LA CRONICA MEDICA

APARTADO 629 - LIMA, PERU

COMITE CIENTIFICO

Leonidas Avendaño, Max Gonzáles Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Hermilio Valdizán, Edmundo Escomel (Arequipa), Carlos Morales Macedo.

REDACCION

Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén
Luis D. Espejo

AÑO XLIV 1927

SANMARTI y Cia.
— Impresores —

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

35200

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Medicina - Revista - Perú
Revista - Medicina - Perú



La Crónica Médica

AÑO 44. — 1927.

El Policlínico para la Facultad de Medicina

El Congreso de la República ha dispuesto por Ley N° 5604 que se construya un Policlínico para la Facultad de Medicina. Esta Ley ha sido iniciada y sostenida con calor y tenacidad por el Dr. Estanislao Pardo Figueroa, senador de la República y profesor de la Facultad de Medicina.

No hay duda que esta Ley significa acontecimiento trascendental para el progreso de la enseñanza médica en el Perú. Ella dará a la Facultad de Medicina un Establecimiento hospitalario propio; ella permitirá que las cátedras clínicas posean elementos materiales de su propiedad para la docencia práctica; ella favorecerá el desenvolvimiento sistemático del aprendizaje de los alumnos, colocándolo bajo su control directo; ella es posible que inicie unidad de acción en la enseñanza y que los alumnos adquieran los conocimientos de la Medicina con toda la coherencia que ésta posee; ella va a aumentar los Establecimientos hospitalarios de Lima, que hace más de cincuenta años que no cambia su número; ella, en fin, obligará a construír un Nosocomio que albergue enfermos de los dos sexos, que rompa con la rutina actual de la Administración de nuestros hospitales y presente un ejemplo tangible del moderno dinamismo nosocomial.

Todo esto puede dar la Ley que ordena construir un Policlinico para la Facultad de Medicina; a estos extremos puede llegar la feliz iniciativa del Dr. Pardo Figueroa, autor de un hecho que marcará período en la medicina nacional, y que después de la creación de la Escuela en 1811 y de la reforma de la enseñanza médica de 1856, no hay ninguno otro que lo iguale. Unanue, Heredia y hoy Pardo Figueroa, son los gestores de los tres hechos médicos peruanos más culminantes.

Pero la obra de Pardo Figueroa necesita su apoyo y dirección espiritual para que culmine en la edificación, y al hacerse el Policlínico, tenga éste la reciedumbre estática y la virtualidad dinámica, que lo haga grande y pujante y harmonioso, como lo concibió el médico que se ha hecho acreedor a nuestro aplauso, porque supo mirar más allá del horizonte circunscrito de nuestro medio, contribuyendo con su entusiasmo a planear una empresa que perpetuará su nombre.

Universidad del Perú. Decana de América

"La Crónica Médica" aplaude al Dr. Pardo Figueroa por haber iniciado y defendido la Ley que dispone la construcción de un Policlínico para la Facultad de Medicina y cree que este hecho lo coloca en situación privilegiada en el claustro fernandino, donde los manes de Unánue y de Heredia lo aclamarán como al profesor que supo hacer obra de provecho para la Facultad de Medicina y mereció los laureles de la Gloria.

Dr. Carlos A. BAMBAREN.

Enterococemia

Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. RAMON E. RIBEYRO

Las afecciones febriles de gran duración y de difícil diagnóstico, son muy frecuentes entre nosotros, por lo que creo interesante referir la siguiente historia clínica y las comprobaciones microbiológicas correspondientes.

Eduardo E., de 36 años de edad, comerciante, enfermó el 19 de agosto de 1922. Pocos datos exactos puedo señalar en el primer período de su enfermedad, porque éstos sólo me han sido relatados por el mismo enfermo. A grandes razgos son los siguientes:

El proceso se inició con una temperatura de 39,5 grados, con cefalalgia, dolores al cuerpo y tos. Durante 4 días no estuvo sometido a observación médica, porque creyó que se trataba de un acceso de gripe; sin embargo, el proceso se prolongó con alternativas de ascención y descenso de la temperatura, entre 39 y 39,5 grados, cerca de mes y medio, hasta el 20 de octubre. Durante este tiempo consultó varios médicos, que indicaron investigaciones de Laboratorio, con los siguientes resultados:

26 de setiembre.—Hematozoario de Laverán, negativo.
9 de octubre.—Hemocultivo, negativo.
18 de octubre.—Análisis de orina, 0,20 gr. de albúmina por litro.
19 de octubre.—Examen de esputo no hay bacilo de Koch.
19 de octubre.—Hemocultivo, negativo.
24 de octubre.—Examen de orina, urobilina y albúmina en muy pequeña cantidad.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El diagnóstico médico osciló entre gripe y fiebre intestinal (Tifoidea, paratifoidea, melitococia?).

El 20 de octubre, la temperatura, que desde días anteriores, había comenzado a descender, vuelve a la normal. El enfermo queda apirético 4 a 5 días, después de los que se inicia un nuevo ascenso térmico, que oscila entre 37,5 en la mañana y 38,5 en la tarde.

En estas condiciones el enfermo se dirije a Chosica, donde su estado sufre una agravación, con aumento de la tos y de la temperatura que sube a 38,5 grados en las mañanas y 39,5 en las tardes. Se presentan por primera vez trastornos intestinalles (heces frecuentes, diarreicas y mucosas). Vuelto el enfermo a a Lima, a principios de noviembre, la temperatura desciende sin ir a la normal y se mantiene entre 36,5 y 37, en las mañanas y 37 a 37,5 y 38 grados en las tardes. Este estado se prolonga por dos meses o sea los de noviembre y diciembre. En 6 de noviembre se le inicia una congestión pulmonar del lado derecho, con aumento de la tos y esputos sanguinolentos; la temperatura sube un poco.

Una exploración radiológica, no deja percibir nada especial y varios exámenes de Laboratorio, dan los siguientes resultados:

13 de noviembre.—	Glóbulos rojos	4.000,000
	Glóbulos blancos	6,000
	Hematozoario de Laverán . .	Negativo
	Hemocultivo	Negativo
15 de noviembre.—	Aglutinación para Tifoidea . .	Negativa
	Id. Alfa	id.
	Id. Beta	id.
	Id. Melitococo . .	id.
	Hemocultivo	Negativo
20 de noviembre.—	Bacilo de Koch en el esputo	Negativo

En 24 de diciembre se traslada a La Punta, donde continúa en el mismo estado durante 8 días; diez días después de su permanencia en este lugar o sea el 3 de enero dé 1923, la temperatura vuelve a subir hasta 39,5 en las tardes, viéndose obligado a regresar a Lima.

El 17 de enero el Dr. N. N. me indica la necesidad de hacer un hemocultivo, y es sólo entonces que puedo examinar al enfermo, cuyos caracteres generales son los siguientes:

Temperatura en la mañana 37,5.
Id. tarde 39,5 (en el momento del hemocultivo).

Estado general satisfactorio. El enfermo está levantado casi todo el día y sólo se acuesta a las 6 de la tarde. En el medio día sufre malestar, frío o ligera cefalalgia. Pulso 120 Lengua saburrosa. Hígado aumentado de volumen. Bazo nor-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

mal. Tos sea, muy ligera. El examen del aparato respiratorio manifiesta ligera oscuridad respiratoria de la mitad superior del pulmón derecho. Petequias abundantes y extensas en la cara y miembros superiores e inferiores.

El examen de la sangre dá el siguiente resultado:

Hematozoario de Laverán			No hay
Hematíes	3.000,000	Leucocitos	10,800
Hemoglobina	75%		
Polinucleares neutrófilos			58%
Idem eosinófilos			0
Formas de transición			7
Mononucleares grandes			2
Idem medianos			58
Linfocitos			7

Aglutinaciones negativas para el bacilo tífico, el paratífico alfa y beta.

El hmocultivo dá un gérmen a los 2 días, que lo identifico como el *enterococo* de Tiercelin.

El 23 tomo nuevamente sangre para hacer una aglutinación con el gérmen encontrado en la sangre, el resultado es positivo al 1|10, 1|20, 1|50.

Pocos días después la temperatura comienza a descender y aunque el enfermo está muy mejor y levantado y se entrega en parte a sus ocupaciones habituales, continúa siempre con una ligera fiebre vesperal que dura hasta el 10 de febrero. Desde entonces está perfectamente bien de salud.

Tal es a grandes razgos y con las imperfecciones inherentes a una historia clínica reconstruida mucho tiempo después, la relación de este caso de enterococia que duró desde el 13 de agosto de 1922 hasta el 10 de febrero de 1923.

Varios hechos dominan el estudio de este proceso:

1°—La duración del proceso febril (5 meses, 19 días).

2°—La imposibilidad de fijar el diagnóstico con exactitud.

3°—El aislamiento de un gérmen en la sangre durante el máximum del proceso febril que he podido identificar al Enterococo de Tiercelin.

Es bien sabido que no conocemos todavía sino la causa etiológica de algunos procesos febriles y que cada día las investigaciones de Laboratorio aportan sobre ellas nuevas luces.

A este respecto bastará tan sólo recordar que en las grandes aglomeraciones humanas que determinó la guera de 1914-18, la observación sistemática y ordenada de un gran número de enfermos febriles, demostró que no cabían ni podrían colocarse dentro de un cuadro restringido. El Gobierno inglés creó entonces, por consejo de sus diretores sanitarios, un hospital especial destinado únicamente a aquellas fiebres sin diag-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nóstico, denominadas P. O. V. (fiebres de origen desconocido). Inútil recordar cuan fructuoso fué el estudio de estos procesos.

Entre nosotros el número de etiquetas o denominaciones es muy limitado.

Los procesos febriles que dominan en nuestro medio, son el paludismo, las fiebres tifoideas y paratifoides y la melitococia. Cuando ni por el aspecto clínico ni por las investigaciones de Laboratorio podemos colocar "una fiebre" dentro de estos marcos, las llamamos fiebre intestinal, grippe prolongada o pensamos en la tuberculosis. En realidad estas denominaciones, ocultan en muchos casos nuestra ignorancia sobre la causa etiológica.

Todo lo que contribuya a la ampliación de este cuadro, debe presentar para nosotros vivo interés y por esta razón, he hecho el relato de este caso clínico.

He creído que debía llamar la atención sobre este caso, no sólo, por que es la primera observación que se hace entre nosotros, de *enterococcemia*, sino porque es corriente repetir que no todas "las fiebres" de difícil diagnóstico deben entrar forzosamente dentro de los límites estrechos que nosotros le hemos asignado. Al frente de un proceso febril de difícil diagnóstico deben multiplicarse los medios de investigación de que actualmente disponemos para llegar al diagnóstico con entera precisión.

Así, por ejemplo, debo igualmente agregar, que en otra ocasión tuve oportunidad de observar, un enfermo atacado de largo proceso febril, sin diagnóstico definido, y en el que el *hemocultivo* reveló la presencia del *micrococus tetragénus*. Desgraciadamente el enfermo que sufría de una afección febril de tres meses murió 48 horas después de practicado el hemocultivo y no tuve posibilidad de reconstituir su historia clínica. He aquí un nuevo caso de proceso febril prolongado, que no entraba tampoco dentro del estrecho cuadro de las fiebres palúdias, melitocócicas o tifoides o paratifoides y cuyo diagnóstico, por la imprecisión de las investigaciones de laboratorio pasó ignorado para los médicos tratantes.

Réstame sólo agregar algunas palabras acerca del *Enterococo* de Tiercelin. Este gérmen es saprofito, huésped habitual del intestino y de las vías aéreas; presenta grandes variaciones en su virulencia y puede volverse patógeno.

El enterococo es esenciamente polimorfo. Basta recordar los diversos nombres que ha tenido: *(Estreptococo encapsulado, Diplococo de Claude, Micrococus ovales* etc.). Todas estas diversas formas pueden encontrarse en el mismo tubo de cultivo. Se cultiva bien en los medios ordinarios (caldo, gelosa, etc.) y es de fácil coloración; queda coloreado por el Método de Gram. Su acción patógena es múltiple. Parece que juega un rol importante en las enteritis de los niños, en el cólera infantil,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

en ciertos casos de apendicitis, de peritonitis secundarias, infección de las vías biliares. Se localiza frecuentemente en el aparato respiratorio, como agente de infección secundaria en la gripe, fiebre tifoidea, tuberculosis, bronconeumonia.

Se han señalado casos de endocarditis y parece que puede producir complicaciones cardiacas consecutivas al reumatismo articular agudo. Es también un gérmen piógeno.

En fin, puede producir septicemias primitivas o secundarias, como en el caso que se ha relatado.

Las observaciones publicadas sobre las septicemias a Enterococo son poco numerosas; pero de un modo general, son infecciones secundarias que se desarrollan después de una fiebre tifoidea o una grippe. Clínicamente no presenta un cuadro típico y en los casos observados hasta hoy hay marcadas diferencias para poderlos englobar en una descripción común. En todo caso, además de la fiebre que presenta varios tipos, el proceso está frecuentemente acompañado de fenómenos eruptivos, máculas, pápulas, herpes, púrpura, etc. Según la localización dominante del gérmen, puede estar acompañada de trastornos gastro-intestinales o de trastornos pleuro-bronco-pulmonares. La enfermedad puede durar 2 o 3 meses y el pronóstico es difícil de fijar, puesto que en ciertos casos se ha observado que después de un período de remisión y de evidente mejoría, sobrevienen localizaciones del gérmen de suma gravedad, como las localizaciones cardiacas, meníngeas o bien recaídas septicémicas que terminan siempre con la vida del enfermo.

La responsabilidad profesional del Médico

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA
Profesor auxiliar de Medicina Legal en la Facultad de Medicina

I.—EL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD

En la antiguedad, por acción imperativa de la fuerza, al estímulo de falsas prerrogativas y contando con el estado de ignorancia y de esclavitud, moral y material, en que ciertos grupos humanos se encontraban, se creó una selección natural entre los hombres; selección, por demás artificiosa desde luego, pero que permitió el establecimiento de diferencias sociales, que fueron hasta la irresponsabilidad por los actos, buenos o malos, cometidos.

Felizmente, en las épocas modernas, el influjo de nuevas costumbres, hábitos y tendencias, tales granjerías han venido desa-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

pareciendo, quedando solo establecido, como soberano señor, el imperio de la ley y de la igualdad. Ante él, el concepto de responsabilidad se ha definido nítidamente para todos los hombres; y este concepto, la obligación de responder de sus actos, constituye en la actualidad un axioma, un dogma social aceptado por todos y que no reconoce mas excepciones que aquellas que se cimentan en el triste privilegio concedido a los enfermos o a los locos.

Todo individuo es responsable de los actos que ejecuta. Tal el principio básico que sustenta todo el andamiaje de las modernas codificaciones; y que constituye una necesidad imperiosa, pues forma parte integrante del honor del individuo y de la salvaguarda de la sociedad.

Esta idea, baja y abstracta algunas veces, cuando se la quiere, maliciosamente, someter a las fluctuaciones y a los caprichos de los inescrupulosos, se precisa claramente en los términos de la ley, cuando no se ejecutoria secretamente en lo más íntimo de nuestra conciencia.

Tal lo que vamos a demostrar.

Por *responsabilidad* se entiende, si nos atenemos a la letra de lo indicado en el Diccionario de la Real Academia Española, XV^a. edición, de 1925: "Deuda,obligación de reparar y satisfacer, por sí " o por otro, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra " causa legal. Cargo u obligación moral que resulta para uno, " del posible yerro en cosa o asunto determinado".

Y si esta definición genérica la aplicamos a esta misma obligación ligada con los actos profesionales del médico, diremos con LACASSAGNE, que *responsabilidad médica* es: "la obligación de " sufrir las consecuencias de ciertos errores cometidos en el ejerci- " cio de la profesión" (1).

Incuestionablemente, y el hecho es plenemente aceptado, toda profesión liberal, y aun todo cargo o función pública, lleva imbíbita en sí el principio de reparación y satisfacción por el daño ocasionado o determinado, en cumplimiento y ejercicio de las labores que le son inherentes. El magistrado, por errores judiciales que pueda cometer; el abogado por el mal resultado de un causa cuya defensa se le encomendó; el notario por los vicios e incorrecciones en los actos que está llamado a legalizar; el ingeniero por los defectos en las obras cuya construcción se le ha encargado; el banquero, por las desgraciadas operaciones con el efectivo que se le entregó a su custodia; y, hasta el mismo militar o el marino, tienen que sufrir las consecuencias dimanadas de una derrota, cuando se prueba que no pusieron en práctica las reglas o los dictados que son ley en el arte de la guerra.

¿Cómo podría, pues, el médico escapar a esta regla, que se ha convertido en una ley incontrovertible e inescusable?

---

1. — LACASSAGNE. — *De la responsabilidad medicale.* — Lyon 1898.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dice muy bien el maestro Profesor AVENDAÑO: "Hoy ya no " se discute el tópico de la responsabilidad médica. Pasó la época de " reacción contra la tiranía de los primitivos tiempos, en que se qui- " so incorporar en la legislación el dogma de la irresponsabilidad " absoluta para todos los actos practicados por los médicos en el " ejercicio de su profesión. Hoy todos los tratadistas, médicos y ju- " risconsultos, aceptan la existencia de la responsabilidad médica, " reconocen la necesidad de que haya un freno para los hechos de- " lictuosos, más o menos graves que pueden cometer los médicos, " y, como consecuencia precisa de este pensamiento unánime, se " registran en todas las legislaciones del mundo, terminantes dis- " posiciones al respecto". (2).

Sin embargo, ha habido personas, aún en época presente, que han tratado de sentar el principio de la irresponsabilidad profesional del médico, haciéndo a favor de esta doctrina campañas intensas.

Se han fundado los que tales ideas sostienen, primeramente en el alto magisterio de la ciencia, que, en el momento presente se hace esencialmente experimental; y en los indiscutibles triunfos que el arte de curar viene cosechando, que solo se pueden obtener merced a una labor de tanteo constante y de investigación audaz. ¿Cómo sería posible, dicen que se estudiaran los efectos medicamenticos de este o aquel producto terapéutico, o la bondad de tal o cual técnica operatoria, si persisten esas cortapisas y se amenaza con la ley a aquellos que, en bien de la Humanidad, juegan su prestigio y sacrifican su bienestar?

El avance de la ciencia se detendría, sostienen; la labor de experimentación, enorme victoria en que se fundamentan los modernos adelantos de la terapéutica médica y quirúrgica, quedaría relegada y abandonada ante el temor de la responsabilidad por los insucesos, y todo hombre de ciencia maniatado por taxativas legales, y a merced sobre todo, de los peritos inescrupulosos.

En segundo lugar, dicen los partidarios de la irresponsabilidad, que una de las características del buen médico y del óptimo cirujano, es precisamente el valor y la audacia en los momentos que exigen decisiones difíciles, en los casos extremos y premiosos; y que el temor de una demanda por responsabilidad, cohibiría al facultativo, limitando su acción y haciéndole perder el inestimable empleo de un medicamento heroico, de una tecnica quirúrgica de urgencia.

Y sintetizan toda su doctrina, en estas palabras: "Al médi- " co se le ha concedido un mandato ilimitado cerca de su enfermo; " sólo en estas condiciones el arte de curar puede ser realmente pro- " vechoso".

Tal tésis de la irresponsabilidad, fundamentada en esta forma, no resiste a la mas ligera crítica. La libertad de experimentación, base incuestionable de todo progreso científico, no se halla limitada, como se pretende, por el temor puritano de la responsabilidad

---

2.— AVENDAÑO. *La responsabilidad del médico en el ejercicio de su profesión.* — Tesis de licenciado en Medicina, Lima, 1884. — (La Crónica Médica, — Tomo I. — Año 1º. 1884. — Págs. 347, 386 y 424).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

profesional; realizan experimentaciones los mejor capacitados para ello, los que mayor acúmulo de conocimientos y mayor versación sobre la materia tienen, y que se hallan, por lo tanto, en las más óptimas condiciones para verificar tales pruebas, poniéndose siempre al abrigo de los insucesos. Serán responsables de sus actos los experimentadores ignorantes o imprudentes, que no han estudiado perfectamente el punto que tratan de dilucídar, y que no toman en cuenta todos los factores, favorables o desfavorables, que tengan que actuar en las experiencias a realizar. Por lo demás, el afán experimental no puede llevar a los hombres de ciencia, hasta la imprudencia y hasta el sacrificio conciente de sus víctimas.

En cuanto a la acción cohibitoria de la responsabilidad para actuar libremente en los momentos difíciles de la profesión, es igualmente argumente delesnable. Dice muy bien MORACHE: " El médico escrupuloso, penetrado de su responsabilidad, vale " muchas veces mas, que el médico mas brillante y mas instruí- " do. Si su intervención no es siempre de una eficacia absoluta, " al menos no irá hasta el mal, y ésto ya es mucho. No confunda- " mos al médico escrupuloso, con el médico timorato, pués éste es " la exageración del primero; es la inescrupulosidad ininteligente. " El escrupuloso, pero con inteligencia, puede, por el contrario, " convertirse en un audaz, que será el que rinda los mejores pro- " vechos". (3).

No es posible, en modo alguno, aceptar, por lo tanto, el principio de la irresponsabilidad para el médico en el ejercicio de sus funciones como tal. Esta doctrina, perniciosa e inmoral, como toda aquella que dinama de una preferencia o de un privilegio, no puede ser aceptada por ningún médico conciente de sus deberes, celoso del prestigio de la ciencia y fervoroso y devoto de su progreso. Observa con justaza FILOMUSI-GUELFI, al decir (4): "El " título no es un brevete de impunidad; y dejar pasar una ne- " gligencia culposa, una imprudencia, un acto contrario al buen " sentido y a la sana lógica, será querer dar la razón a MALGAIGNE, " cuando escribia: los médicos tienen la singular fortuna, de que " el sol les ilumine todos los éxitos y la tierra les oculte todas las " faltas".

Pero, si defendemos y aceptamos, siguiendo el criterio hoy universalmente afirmado, el principio de responsabilidad profesional del médico, no podemos, en modo alguno, aceptarlo en su forma absoluta. Eso sí que sería socavar por su base, los cimientos de la profesión y poner en manos de incautos e inescrupulosos, todo el prestigio de la ciencia y toda la honorabilidad de los facultativos.

La responsabilidad es el resultado de una exigencia de los intereses sociales, creada en resguardo de la vida y salud de las personas; pero ella no puede ir, en su ciego aspecto de resarcimien-

3. — MORACHE.—*La responsabilité.—Etude de socio-biologie et de médecine légale.* — París. Alcan. 1906.

4.—FILOMUSE GUELFI. —*Errori dei medici e chirurghi in rapporto alla legge.*— Corriere Sanitario, 1897.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

to y venganza, hasta la acusación obligada contra los facultativos, por la muerte o el insuceso de todo enfermo. De aquí la necesidad incuestionable de fijar los límites que circunscriben prefijamente los actos responsables del médico en el ejercicio de su profesión, punto capital y tal vez el más difícil de precisar en este delicado problema de Deontología médica.

Desde luego, aunque innecesario parezca afirmarlo, bien sabemos que la medicina y la cirugía no constituyen, aún en la actual época de incomensurables progresos, ciencias de resolución absoluta y terminante para todos los casos que la clínica a diario nos presenta. El arte de la medicina y la ciencia de la cirugía, no han llegado todavía — y está muy lejos — a los últimos capítulos; y, por lo tanto, no hay derecho para ser exigentes e intransigentes en la materia.

Si, como acabamos de ver, la medicina continúa siendo, pese al orgullo desmedido que finjamos aparentar, una ciencia de probalidades, con qué título exigir certezas? No nos resistimos a copiar el siguiente párrafo del artículo Responsabilidad médica en la Enciclopedia Moderna de MELLADO: "El querer exigir la res-
" ponsabilidad, es en nuestro sentir, querer la mas insigne injusti-
" cia; pues para que una orden se cumpla, para que una disposición
" legal se ejecute, preciso es que la persona a quien va dirigida,
" esté en posibilidad de virificarla. El médico no se halla en este
" caso. El médico tiene que responder de actos que no son su-
" yos; el médico no puede sujetar a su voluntad, la voluntad de
" los demás, ni el influjo de las mil causas que perturban la
" marcha de sus planes curativos. Sus prescripciones son a me-
" nudo desairadas, desatendidas, contrariadas, unas veces por ma-
" licia de los asistentes, y otras por un celo mal entendido. ¿Qué
" resulta de aquí? Que las malas terminaciones se achacan siempre
" a su impericia, sin siquiera justificarlas en parte por el influjo
" de modificadores extraños, que de ningún modo podrían entrar
" en su cálculo."

Para algunos autores la doctrina de la responsabilidad, debería condensarse en esta fórmula: "*el médico es responsable de las faltas de su voluntad, pero nunca de las de su inteligencia*". Esta fórmula es de una limitación exagerada, pues es precisamente a las faltas de la inteligencia, a las que pueden referirse una buena parte de los casos de responsabilidad profesional. ¿Qué otra cosa no viene a constituír, la imperfecta preparación para ejercer la medicina, o el atraso en el conocimiento de los continuos adelantos de la ciencia?. Se dirá que los centros docentes están llamados a cautelar la profesión en este sentido, por la confirmación facultativa sólo a aquellos que supieron manifestar su eficiencia y su especial preparación; pero bien sabemos, sin ponernos una venda sobre los ojos, lo difícil que es justipreciar una capacidad en los tiempos que corren, tema que mejor es no *meneallo*.

Es mas lógico aceptar, con muchos autores, que la responsabilidad profesional del médico comienza, cuando la ignorancia, la imprudencia o la negligencia entran en juego. Al rededor de estos tres móviles está incuestionablemente, el desideratum de toda la cuestión, que ya desarrollaremos mas adelante.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Biblioteca Lima-Perú

II.—LEGISLACION HISTORICA Y COMPARADA

En la dilucidación de asuntos de esta especie, en los que se desarrollan temas que se rozan, y bien íntimamente, con los preceptos legales, es ineludible el consignar datos referentes a la legislación histórica que la supedita, pues ella dice de manera clara y precisa, el concepto que sobre la materia se tenia entre los pueblos que han integrado la historia, y la evolución que las ideas han sufrido, al influjo de la mutabilidad de las costumbres y el limaje sucesivo de las civilizaciones.

En segundo término, es impresindible hablar de los modernos preceptos legales en los diversos países del mundo, tratando de parangonar sus tésis y de comparar los principios que los rigen.

Es por eso, por lo que, aunque contreñidos por el tiempo, tenemos, con caracter obligatorio, que hablar, aunque en forma breve, de los antecedentes de legislación histórica sobre la responsabilidad de los médicos en el ejercicio de su profesión, así como de las diversas codificaciones actuales, en lo que a este punto se refieran.

El *Código de Hanmurabi*, en su artículo 218, decía así: "Si " un médico con el punzón de bronce hace una herida grave en un " hombre notable y hace morir a este hombre, así como si abre " con el punzón de bronce la catarata en el ojo del hombre, y le " vacia el ojo, se le cortarán las manos".

A Diodoro de Sicilia le debemos una de las mas notables páginas respecto a preceptos deontólogicos en este sentido, en la antigua *medicina egipcia*. Los médicos egipcios tenían un libro en el cual se hallaban consignados todas las reglas de la ciencia médica, y a las que tenían que ceñirse extrictamente los que ejercían la medicina; reglas que había sido escritas en los libros sagrados, por los inmediatos sucesores de Hermes. Los médicos que seguían fielmente estos preceptos, estaban al abrigo de toda sospecha y de toda inculpación, aún cuando el enfermo muriese; pero, si por cualquiera causa, se separaban de tales reglas, se les castigaban con la muerte, sea cual fuere el resultado de la intervención. Tal la medicina egipcia, que encerraba dentro de limitados moldes, proscribía terminantemente toda iniciativa, todo ensayo por laudable y beneficioso que fuera; pero que precisaba fijamente a los médicos sus modos y medios de acción y les marcaba claramente el límite de su responsabilidad.

Estos preceptos médicos del antiguo Egipcio, fueron igualmente aceptados y profesados por los profesionales de Atenas, y aún en toda la *Grecia*.

Platón sostenía la irresponsabilidad de los médicos, cuando ellos actuaban de buena fé. (*Medicus ab omni poena solutos esse debet, si is qui ab ipso curatur, ipso invito moriatur*). Pero por esa misma época, mientras los filósofos sostenían estas liberales doctrinas, los guerreros eran inflexibles con las faltas de los médicos; y así Alejandro castigaba con la pena de muerte a Glaucus,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

médico de Efestión por que lo había dejado morir, abandonando su curación por ir al teatro.

Entre los *Romanos*, a pesar de la liberalidad con que la medicina se ejercía, preceptos legales terminantes reglaban el ejercicio de la profesión y protegían a los clientes "contra la incuria y la negligencia, y la imprudencia de ciertos médicos". En el *Digesto* (Lib, IX, Tit, 11: (*Ad legem Aquiliam*), se estatuía terminantemente que el médico era responsable de sus actos, fijando claras disposiciones de los jurisconsultos romanos, que despues heredaron las legislaciones medioevales. Esta responsabilidad era, no solo la reparación civil limitada al perjuicio sufrido, sino también la sanción penal, pues comprendía entre los delitos a la impericia y a la negligencia de los médicos; la ley Aquilia los reprimía como delitos, independientemente de la sansión pública que tenía efectos aún mas graves.

En el mismo *Digesto* otras leyes romanas, en la ley 4 de título «*Ad legem Corneliam de sicariis*», y en la ley 6 de título «*De officio proeidis*», se consideraban iguales castigos; y en esta última, Ulpiano, iba hasta querer considerar como un asesino al médico que por ignorancia causaba la muerte de un enfermo.

Mientras la ciencia médica, solo se ejercitaba ciñendose a preceptos precisos, a códigos invariables, trasmitidos por la tradición, o los libros sagrados, el concepto de responsabilidad profesional era estrecho y rigurosas las penas para quienes infringían tales reglas. Pero, a medida que la independencia e individualización del médico fué marcándose, que la libertad de acción fué extendiéndose, emancipándose así de ese oprobioso tutelaje, la acción de responsabilidad fué limitándose, aunque perfilándose mejor, pues ya no se trataba como anteriormente de una responsabilidad ciega e inflexible y que se aplicaba de una manera genérica, sino de una responsabilidad conciente, personal y que debía probarse con todos los requisitos que la ley exigía. Fué así, que en las últimas leyes del Imperio Romano, la responsabilidad del médico fué definiéndose claramente, y circunscribiéndose a los casos de negligencia o de impericia, y la acción del magistrado obligaba a la acción pública, que terminaba generalmente por una reparación civil.

A este respecto dice el pensador francés MONTESQUIEU (5):

" Las leyes romas querían que los médicos pudieran ser castigados
" por su impericia (*Imperitia culpae annmeratur*) o por su negli-
" gencia (*Magna negligeneia culpa est, magna culpa dolus est*)
" en estos casos ellos condenaban a la deportación al médi-
" co de una condición revelante, y a la muerte a aquel que era
" de una condición mas baja. Las leyes modernas aceptan todo lo
" contrario. Es que las leyes romanas y las nuestras se han hecho
" en circunstancias muy diversas. En Roma se ingería en la medi-
" cina todo lo que quería; entre nosotros, los médicos están obli-
" gados a hacer estudios, tomar grados, quedando, obligados a
" conocer su arte".

5. — MONTESQUIEU. — *L'Espri des Lois*.—París, 1748.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Entre los *Ostrogodos*, el médico que por inadvertencia mataba a su enfermo, en el momento de practicar una sangría, era entregado a los parientes del difunto, para que pudieran hacer lo que quisieran.

El *Derecho canónico* admitía igualmente la responsabilidad profesional médica, por grave negligencia y por ignorancia; doctrina que desarrolló sabiamente el padre de la Medicina legal, el gran ZACCHIAS, e su obra: *De erroribus medicorum a lege punibilibus*.

Las *leyes francas* lo aceptaron tambien en principio y en especial para estas dos causales; pero rara vez las ejecutoriaron con la práctica.

En *Alemania*, según se indica en el código criminal dictado por Carlos V, un tribunal especial de sabios y de médicos, estaría encargado de juzgar y castigar al hombre de arte, culpable de grave falta en el ejercicio de su profesión.

En el *Fuero Juzgo*, la antigua legislación hispánica, y posteriormente en la *Ley de las Partidas*, se estatuye la responsabilidad de los médicos; y así se halla consignado en el primer código en el Tit. II, libro XI (de los Físicos y de los Enfermos), y en el segundo en la Ley 1ª. Tit. XVI, libro IV (De los Físicos o Maestros de las llagas).

La acción del tiempo ha venido dulcificando en parte la severidad de estos preceptos contra los médicos. La justicia humana no quiere ya pedir cuenta a los médicos de su conducta, sino cuancuando olvidan los dictados mas elementales de su ciencia, o cuando cometen uno de aquellos errores imperdonables por su magnitud.

En lo que a la actualidad se refiere, no existe codificación alguna en el mundo que no preceptúe en su articulado, la cuestión de la responsabilidad profesional.

Pero, en su forma y alcances, al hacer el estudio de la legislación comparada, vemos que pueden catalogarse tales preceptos en tres grupos, a saber:

En el primero, tal como en Alemania, Austria, China, y de los países de América Chile, los códigos aceptan la responsabilidad profesional médica en toda su amplitud, es decir directamente referida a estas profesiones que quedan así fijamente visados por la ley. Se dice: "los médicos, cirujanos, matronas, etc. que por im-
" prudencia, negligencia, etc. han determinado la muerte de su pa-
" ciente, o grave daño en su salud, etc, serán castigados con tales
" o cuales penas"....La acción de responsabilidad se especifica por lo tanto, terminantemente para los profesionales de la medicina, sin distingo alguno y con sanciones precisas.

En un segundo grupo, tipo anglo-sajón, Italia y la mayor parte de las naciones de América entre ellas el Perú, el precepto punitivo de la responsalidad es menos preciso, considerándolo sólo dentro de los actos símiles por imprudencia, negligencia o impericia en otras actividades, pero indicando actos de su propio arte o profesión, indirectamente refiriéndolos, por lo tanto, a la medicina.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En un tercer y último grupo, tal como España, Francia y varios de América, la prescripción legal es mas lata, pues de manera imprecisa, se declara la responsabilidad por cualquier acto cometido por imprudencia, negligencia, etc, sin referirlo, ni indirectamente, a arte o profesión alguna.

El Perú, como acabamos de ver, queda involucrado en el segundo tipo, si nos atenemos al texto de los artículos respectivos del modernísimo Código Penal de 1924:

ART. 156.— *El que, por negligencia, causare la muerte de una persona, será reprimido con prisión no mayor de dos años.*

La pena será prisión no menor de un mes ni mayor de cinco años, si, por negligencia, el delincuente hubiere infringido un deber de su PROFESIÓN *o de su industria.*

ART. 168.— *El que por negligencia causare una lesión corporal, será, por querella de parte, reprimido con prisión no mayor de dos años o multa de la renta de tres a noventa días.*

El juzgamiento será de oficio y la pena será de prisión no mayor de tres años, si la lesión fuere grave, o si, por su negligencia, el delincuente hubiera infringido un deber impuesto por su función, su PROFESIÓN *o su industria.*

El juez podrá acumular la multa con la prisión.

Y en lo que se refiere a la responsabilidad civil, el siguiente artículo del antíguo Código Civil de 1851:

ART. 2191.—*Cualquira que por sus hechos, descuido o imprudencia, cause un perjuicio a otro, está obligado a subsanarlo.*

Como vemos, nuestra codificación penal, en materia de responsabilidad profesional, forma parte del tipo aquel, que pudieramos llamar ecléctico; pues sin ir hasta precisar terminantemente el delito profesional médico, lo estatuye en su forma indirecta. Como puede verse, igualmente, agrava la falta común, con una mayor penalidad, el hecho de infringirse un deber de la *profesión*, etc.

Pero, vemos que nuestro articulado en esta materia, solo justifica la responsabilidad, por acto de negligencia, y así claramente lo dice, tanto en caso de ocasionar la muerte, como en el hecho de determinar lesiones corporales. Nada precisa sobre la ignorancia o impericia, ni tampoco sobre la imprudencia.

Igualmente nuestro moderno código, como bien lo hizo notar nuestro Maestro el Prof. Avendaño, en su estudio médico-legal sobre "La reforma de la legislación Penal", ha abandonado aquel artículo 165 del viejo código que castigaba los casos en que el médico falta a sus obligaciones al tratarse de la asistencia de los enfermos.

De igual manera nuestro vigente código de moral médica silencia todo todo lo referente a la responsabilidad del médico en el ejercicio de su profesión; urge, por lo tanto, involucrar estos postulados en la ley profesional que norma nuestra profesión, en forma clara y precisa.

(*Continuará*).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El signo de Pagniello en el Paludismo

Por el Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA

Pagniello llamó la atención en "Il Policlinico" N° 27, 1920 (Sezione Pratica), sobre un signo diagnóstico muy frecuente en los pacientes atacados de paludismo, que consiste en dolor exquisito, cuando se presiona el noveno espacio intercostal izquierdo, entre las líneas axilar media y posterior.

Desde el año 1921 hasta el día hemos buscado el signo de Pagniello en unos 700 enfermos, tanto en nuestro servicio del Hospital "Dos de Mayo", cuanto en la clientela civil, encontrándolo positivo en 90 por 100 de los casos.

Confirmando lo dicho por Pagniello, el dolor tiene como localización más frecuente el 9° espacio intercostal, pero también se encuentra extendido en veces hasta el octavo o décimo espacio intercostal.

El signo tiene gran importancia, pues hay maláricos en los que no se puede palpar el bazo aumentado de volumen por muchas circunstancias, tales como: reacción muscular enérgica, grosor notable de la pared abdominal, etc. y en los casos de paludismo reciente es tan insignificante la hipertrofia del bazo que se sería ilusorio querer buscarla por la palpación.

Igualmente es útil el signo, porque aunque la presión de la región esplénica en la generalidad de los casos, da datos sobre el aumento de volúmen del bazo, puede fallar como consecuencia de muy grande timpanismo de la cavidad abdominal, o por la presencia de un derrame pleural enquistado o engrosamiento de estas serosas en la parte anterior e izquierda del seno costo diafragmático.

El signo puede tener, además, gran valor en aquellos casos de malaria en los que es difícil encontrar el hematozoario, aun después de examinar muchas láminas de sangre.

Bueno es advertir que algunas veces hemos comprobado el signo en algunas otras infecciones como la tifoidea, no asociada al paludismo, pero ello no le quita valor.

En cuanto a la génesis del signo de Pagniello, hay que considerar el dolor en la región esplénica como una manifestación víscero-sensitiva como diría Mackenzie; esta concepción fisiológica sostiene que el estado irritativo de las viscerales, es trasmitida a los centros medulares por las fibras nerviosas simpáticas, que están en conexión con las raíces sensitivas intra-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

medulares; exitadas éstas, se exteriorizaría el dolor en la zona metamérica correspondiente de la piel; se cumple así el principio de fisiología que dice: *toda exitación en cualquier parte del trayecto de un nervio sensitivo, produce el mismo efecto o sea dolor en la parte más periférica de él,* es decir, la piel; el fenómeno se produce como si se le hubiese estimulado directamente.

En el caso del signo de Pagniello en el paludismo, la hipertrofia del bazo por más pequeña que sea, origina una exitación que llega a la zona metamérica correspondiente, de acuerdo con la inervación cutánea.

La hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo en el paludismo

Por el Dr. JORGE V. REATEGUI

(Continuación)

Historia clínica N° 2.—N. N. de 33 años de edad, casado, de raza india, natural de Jauja, procedente de la calle del Suspiro; de ocupación barredor; tiene 3 días de enfermedad. Ingresó al servicio "San Francisco" el 1° de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Relata el paciente que el 28 de marzo, encontrándose en sus labores de barredor público, sintió malestar general acompañado de escalofrío, cefalalgia intensa, sudores profusos y fiebre alta. No pudiendo continuar sus labores por ese estado se recogió a su domicilio, donde tomó purgante de aceite de ricino. Al día siguiente el estado de postración en que se encontraba no le permitió levantarse y los síntomas del día anterior se reprodujeron en la misma forma e intensidad. Al tercer día no sintiendo ninguna mejoría y no estando en condiciones de ser atendido en la calle resolvió hospitalizarse.

Exámenes de laboratorio.—Examen de sangre: Hay gametas de *plasmodium falciparum.* Reacción de Wassermenn en la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sangre: negativa. Reacción de Wassermann en el líquido céfalo raquídeo: negativa.

Líquido céfalo raquídeo (extraído después de administración de quinina) Cantidad 6 cc. Aspecto límpido. Color cristal de roca. Reacción alcalina. Serina 0.75 por mil. Globulinas no hay. Cultivo negativo. Gérmenes no se encuentran.

Evolución de la enfermedad.—Día 1° en la tarde 39.6 de temperatura. Se le administra un enema purgante; en la noche se le pone 1 gr. de quinina por vía intramuscuar. Día 2 en la mañana 36.5. Se prescribe un purgante salino y se le administra otra inyección de 1 gr. de quinina. En la tarde la temperatura es de 36.8; por lo demás el estado del enfermo es satisfactorio. Día 3, sigue su tratamiento quinínico. En la tarde la temperatura asciendende a 38. Este mismo día se le hace punción lumbar; el líquido salió con fuerte tensión (a chorro). Día 4 el enfermo revela franca mejoría, la temperatura es de 36.6; en la tarde no hay ascenso de temperatura; sigue su régimen quinínico y se le pone un enema para evacuar el intestino. Desde entonces hasta el día que se lé da su alta, la temperatura no pasa de 37.

Historia clínica N° 3.—N. N. de 38 años, mestizo, soltero, natural de Tacna, procedente de Calera; de ocupación jornalero; con tres días de enfermedad ingresa al servicio "San Francisco" el 8 de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Dice el enfermo que hace tres días trabajando en la Magdalena del Mar, sintió ligero dolor de cabeza, acompañado de malestar; pocas horas después tuvo fiebre alta y continua. Los días subsiguientes, notó que los síntomas indicados anteriormente, se hacían de mayor intensidad, y para combatirlos tomó cascarilla y un purgante de sulfato de soda. Viéndose imposibilitado para continuar sus labores y para medicinarse en su domicilio, se hospitalizó.

Exámenes de laboratorio.—Examen de sangre: *Hay esquizontes de plasmodiun falciparun.* Reacción de Wassermann, negativa.

Líquido céfalo raquídeo (después de administración de quinina) Cantidad 25 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 1 gramo por mil; globulinas vestigios; glucosa 0.50; urea 0.23; cloruros 7 gr.; linfocitos 10; granulocitos 5. Reacción de Wassermann: negativa.

Evolución.—Día 8 de abril en la tarde 40 de temperatura. Se le pone una inyección de 1 gr. de quinina por vía intramuscular. Día 9 en la mañana 37.3. Sigue su tratamiento quinínico. En la tarde 37.7. Día 10 en la mañana 36.6. Se le hace punción raquídea de 25 cc.; el líquido sale con fuerte tensión (salida a chorro). Día 11 en la mañana 37.7 de temperatura. Se le ad-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ministra un enema purgante y régimen quinínico. En la tarde 37.9. Día 12 36.6 de temperatura. Se le administra otra inyección de quinina por vía intramuscular. Desde ese día hasta su salida, el 19 de abril, la temperatura no ha pasado de 36.9.

Historia clínica N° 4.—N. N. de 15 años, mestizo, soltero, natural de Barranca, procedente del Callao; de ocupación empleado. Hac 5 días que está enfermo. Ingresa al servicio de San Francisco el 3 de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Refiere el enfermo qué hace 5 días trabajando en una botica, sintió malestar general, cefalalgia y náuseas; a lo cual siguió ascenso de temperatura que le hizo perder el conocimiento; tuvo sudores profusos, después de lo cual quedó en aparente buen estado de salud. Estos accesos febriles, le repetían en días alternados; presentando en todos, el cuadro descrito anteriormente. En estas condiciones acudió al hospital.

Exámenes de laboratorio.—Análisis de sangre: Hay esquizontes de *plasmodiun vivax.* Reacción de Wassermann negativa.

Examen del líquido céfalo raquídeo (tomado después de administración de quinina) Cantidad 8 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.60; globulina no hay; glucosa 0.74; urea 0.20; cloruros 6.50; linfocitos 3 por m. m. c.; granulocitos no se encuentran. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 4 en la mañana 38.6 de temperatura. Se le pone 0.50 de quinina y 5 cc. de aceite alcanforado; además ventosas en la región posterior del tórax. El paciente se queja de dolores en esta región del tronco. Por la tarde la temperatura es de 37.8. Día 5 en la mañana 36.6 de temperatura. El enfermo sigue el mismo tratamiento que el día anterior. Se le hace punción raquídea de 30 cc.; salió el líquido a tensión regular (gota frecuente). En la tarde la temperatura fué de 37.3. Desde el día 6 hasta el 18 que salió de alta la temperatura no ha pasado de 36.8.

Historia clínica N 5.—N N. de 16 años, mestizo, soltero, natural de Arequipa, procedente de Lima (La Victoria) de ocupación albañil: tiene cinco días de enfermedad, ingresa al servicio de San Francisco el 25 de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Dice el enfermo que en el desempeño de sus labores sintió bruscamente mareos que le obligaron a sentarse, por no poderse sostener de pie. A estos mareos que fueron de duración rápida, siguió cefalalgia intensa, náuseas, vómitos y gran postración, que le obligaron a guardar cama. Tuvo escalofríos intensos, fiebre alta, a la que siguieron sudores poco abundantes, delirio y estravismo. Al día siguiente, se repitió el acceso con un cuadro semejante. En estas condiciones el enfermo ingresa al servicio.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Exámenes de laboratorio.—Sangre: Reacción de Wassermann negativa. *Plasmodiun falciparun positivo* (formas en media luna).

Examen de líquido céfalo raquídeo.—Reacción de Wassermann negativa.

Examen cito químico (la extracción del líquido se hizo después de la administración de quinina) Cantidad 15 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.80 centígramos por mil; globulina no hay; glucosa 0.50; cloruros 7 gr. Linfocitos 3 por milímetro cúbico; granulocitos no hay.

Evolución.—Día 24 en la tarde 36.6 de temperatura. Se le puso 1 gr. de quinina. Día 25 en la mañana 36.6 de temperatura. Se le administra 1 gr. de clorhidrato de quinina. En la tarde la temperatura sube a 40.6; el paciente se queja de cefalalgia intensa; cierra los ojos por no resistir la luz, que le mortifica mucho; acusa dolores en la región dorsal del tronco. Este acceso dura algunas horas. Día 26 por la mañana tiene 36.4 de temperatura. Se le hace la punción lumbar, y se le extraen 15 cc. de líquido, que sale a chorro (fuerte tensión). Se le pone una inyección intramuscular de 1 gr. clorhidrato de quinina. En la tarde la temperatura sube a 36.8. Día 27 por la mañana 37.8 de temperatura el mismo tratamiento del día anterior. Por la tarde la temperatura baja a 37.6. Día 28 la temperatura se mantiene durante el día en 36° y fracción. Se le administra el mismo tratamiento que el día anterior. Desde este día, hasta el día de su salida, que fué el 31, la temperatura se mantuvo en la normal.

Historia clínica N° 6.—N. N. de 18 años, casado, procedente Tarma; de ocupación mayordomo; tiene 4 días de enfermedad. Ingresa al servicio el 7 de marzo Sala de San Francisco.

Enfermedad actual.—Dice el enfermo que hace cuatro días, al levantarse de su cama sintió ligero escalofrío y descomposición de cuerpo; que a pesar de esto, pudo levantarse para ir a su trabajo, que durante el día estuvo con este mismo malestar. Al día siguiente se hizo más intenso este malestar y se acompañó de dolores óseos, inapetencia, cefalalgia intensa, náuseas, vómitos, fiebre alta, sudores profusos y dificultad en los movimientos de rotación y extensión de la nuca. Todos los síntomas anteriormente citados le pusieron en un estado de incacidad para el trabajo, motivo por el cual decidió quedarse en cama y tomar un purgante; pero como los síntomas se acentuaban más y más cada día resolvió hospitalizarse.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes maduros de plasmodiun falciparun y gametas.* Reacción de Wassermann negativa.

Examen del líquido raquídeo (la extracción se hizo después de administración de quinina) Cantidad 18 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.70 por mil; globulinas no hay; glucosa 0.59; urea 0.27; cloruros 6.50;

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

linfocitos 3 por milímetro cúbico; granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 8 en la mañana 36.6. Se le pone una inyección de 0.50 de clorhidrato de quinina. En la tarde 36.3. Día 9 en la mañana 37.4. Sigue el mismo tratamiento que el día anterior. Se le hace punción lumbar de 18 cc. el líquido sale a tensión normal (gota lenta). En la tarde la temperatura es de 37.3. Día 10 en la mañana 39.2. Se le pone 1 gramo de clorhidrato de quinina por vía intramuscular. En la tarde 39.4. Día 11 en la mañana 36.4. El mismo tratamiento que el día anterior. Se le pone un enema para evacuar el vientre. En la tarde 37.1. Desde el día 11 hasta el día 15 en que el enfermo sale de alta, la temperatura no pasa de 36.9.

Historia clínica N° 7.—N. N. de 17 años, mestizo, soltero, natural de Amazonas, procedente de Lima, de ocupación empleado. Con tres días de enfermedad ingresa al servicio de San Francisco el 29 de marzo de 1926.

Examen de laboratorio.—Sangre: *Hay esquizontes maduros de plasmodiun vivax.* Reacción de Wassermann negativa.

Líquido céfalo ráquideo (se extrajo después de administración de quinina) Cantidad 30 cc.; aspecto límpido; color cristalino; reacción alcalina; serina 0.75 por mil; globulinas no hay; glucosa 0.56; urea 0.40; cloruros 7 gr. Linfocitos 4 por m. m. c. Granulocitos 1. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 30 por la mañana 36.8. Se le administra un purgante salino y 1 gr. de quinina por vía intramusular. En la tarde 37.6. Día 31 por la mañana 36.2 de temperatura. Se le da el mismo tratamiento que el día anterior. Por la tarde 37.4. Día 1° en la mañana 36.4. Se le pone 1 gr. de quinina, y se le hace una punción de 30 cc. de líquido que sale a alta tensión (a chorro). Desde el día 2 hasta el 8 que sale de alta, la temperatura se mantiene en 36 y fracción.

Historia clínica N° 8.—N. N., de 26 años, mestizo soltero, natural de Aymaraes, procedente de Miraflores, de ocupación regador; con 6 días de enfermedad ingresa al servicio de San Francisco el 14 de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Dice el enfermo que hace 6 días, cuando trabajaba en el carguío de adobes sintió descomposición de cuerpo, acompañado de cefalea frontal, descomposición de estómago, náuseas, vómitos, sudores fríos; a lo cual siguió un ascenso brusco de temperatura; después de lo cual quedó en condiciones de no poder continuar sus labores; viéndose obligado a guardar cama. Como ya en anteriores ocasiones se le había presentado el mismo cuadro clínico; y se le había diagnosticado paludismo, el enfermo tomó un purgante, y se administró por vía gástrica 1.50 de quinina en tres obleas. Como

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

los ataques palúdicos, a pesar del tratamiento empleado, se repetían en días alternados, resolvió hospitalizarse.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: Abundantes gametas de *plasmodium vivax.* Reacción de Wassermann negativa.

Líquido céfalo raquídeo (se extrajo antes de administración de quinina) Cantidad 20 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.40; globulina no hay; glucosa 0.56; cloruros 7 gr.; urea 0.23; linfocitos 2 por milímetro cúbico; granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 14 en la tarde 38 grados de temperatura. Se le pone un enema. Ventosas en el vértice del pulmón derecho; día 15 en la mañana 37.2. Se le hace una punción lumbar de 20 cc.; chorro a fuerte presión. Se le pone una inyección intramuscular de 1 gr. de quinina. En la tarde 37.8. Desde el 16 hasta el 24 la temperatura no subió de 36 y fracción; razón porque fué dado de alta en esa fecha.

Historia clínica N° 9.—N. N. de 38 años, indio, casado, natural de Ancash procedente de la Hda. Miramar, de ocupación jornalero; con tres semanas de enfermedad ingresó al servicio de San Francisco, el 29 de abril de 1926.

Enfermed actual.—Hace tres semanas que estando en el desempeño de sus labores en el campo, sintió gran malestar acompañado de escalofrío, cefalalgia, vómitos, mialgias lumbares, sudores fríos y fiebre. Síntomas que volvían a acometerle después de un día de intermedio. En estas condiciones ingresó al hospital por no haber sentido mejoría, a pesar del tratamiento quinínico empleado.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Gametas de plasmodiun falciparun. Esquizontes jóvenes y maduros de plasmodiun vivax.* Reacción de Wassermann negativa.

Examen de líquido céfalo raquídeo (extraído después de administración de quinina) Cantidad 10 cc.; aspecto límpido, color cristal de roca, reacción alcalina; serina 0.80 por mil; linfocitos 8 por milímetro cúbico; granulocitos 1 por milímetro cúbico. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—El 29 en la tarde el enfermo llegó al hospital en estado comatoso con temperatura de 39.6. Se le prescribe un enema purgante y 1 gr. de clorhidrato de quinina. El 30 en la mañana 36.2 de temperatura. Se le pone 1 gr. de clorhidrato de quinina y se le da un purgante salino, que le provoca tres cámaras. Por la tarde 39.2 de temperatura. Día 1° en la mañana 36.4. Hizo seis deposiciones. Sigue su régimen quinínico y además se le pone 0.05 de cacodilato. En la tarde 37.6. Día 2 en la mañana 36 de temperatura. Se le administra 1 gr. de quinina y 0.05 de cacodilato. Se le hizo punción lumbar de 10 cc.; el líquido salió gota a gota (tensión baja). En la tarde 37 de temperatura. Hizo 4 deposiciones. Día 3 en la mañana 36.3; en la tarde 36.4. Se le suspende el tratamiento quinínico; pero

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sigue con las inyecciones de cacodilato. Día 4 en la mañana 37. En la tarde 38; sólo se le pone la inyección de cacodilato. Día 5 se le pone 1 gr. de clorhidrato de quinina. Desde entonces hasta su salida la temperatura fluctuaba entre 36.2 y 37. Las inyecciones de cacodilato se le ponen hasta el día 8. El día 9 salió de alta.

Historia clínica N° 10.—N. N. de 26 años, indio, soltero, natural de Huancayo, procedente de la Hda. Manzanilla; de ocupación agricultor. Con 3 días de enfermedad ingresa al servicio de San Francisco el 19 de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Dice el enfermo que desde hace algunos meses nota que con gran frecuencia le repiten los accesos palúdicos; con un cuadro bastante alarmante y que la familia lo relata del modo siguiente: pequeño malestar, raquialgias, cefalea frontal intensa, vómitos biliosos, rigidez de los músculos de la nuca, enfriamiento del cuerpo con sudores poco abundantes y melosos. Estrabismo binocular; temperatura muy elevada y pérdida del conocimiento. Pocas horas después quedaba el enfermo en un estado de letargo. En varias oportunidades ha sido atendido por distintos facultativos; siéndole imposible en ésta hacerlo; razón por la cual se hospitalizó. Debo advertir que el enfermo fué traído en camilla por encontrarse imposibilitado para caminar.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes maduros de plasmodiun vivax. Esquizontes jóvenes y gametas de plasmodiun falciparun.* Reacción de Wassermann negativa.

Examen de líquido céfalo raquídeo (fué extraído antes de la administración de quinina) Cantidad 10 cc.; color cristal de roca; aspecto ligeramente turbio; reacción alcalina; serina 0.95 ctg. por mil; globulina: vestigios; cloruros 7 gr.; linfocitos 7; granulocitos 3. Cultivos negativo. Gérmenes no se encuentran. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 19 en la mañana 37.8. de temperatura, se le hace una punción de 10 cc.; el líquido sale a baja tensión (gota a gota). El mismo día se le administra 1 gr. de quinina por vía intramuscular, y además se le pone una inyección de 500 cc. de suero glucosado por vía subcutánea y se le administra un purgante salino. En la tarde la temperatura es de 37.6. Día 20 en la mañana 38°. Se le pone otra inyección de quinina y además 5 cc. de aceite alcanforado. En la tarde, previo cuadro que simula un ataque pernicioso la temperatura asciende a 40°, razón por la cual se prescribe una inyección de colobiasa de quinina. Día 21 en la mañana 36. 8 de temperatura. El enfermo sigue su régimen quinínico. En la tarde la temperatura asciende a 39.4. Día 22 en la mañana 37 de temperatura. Se le prescribe su régimen antipalúdico y un enema para evacuar el vientre. En la tarde la temperatura es de 38.4. Día 25 en la mañana 37 de temperatura. Sigue su régimen quiní-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nico. En la tarde 36.8. Día 24 en la mañana 36.6 de temperatura Se le administra quinina. En la tarde 37.6. Desde el día 25 hasta el 2 mayo la temperaura oscila entre 36.6 y 37. Debo advertir que el tratamiento quinínico se administra hasta el día 29, y que el día que salió de alta se le dieron obleas para que tomara por algunos días a razón de 0.75 por día.

(Continuará)

Academia Nacional de Medicina

Sesión de Junta directiva celebrada el 15 de Mayo de 1925

Presidencia: Dr. Juvenal Denegri

Encontrándose presentes los doctores Bello, Monge, Eyzaguirra y Bambarén, el presidente abrió la sesión. Eran las 5 y 50 de la tarde.

Se dispensó la lectura del acta de la sesión anterior.

DESPACHO

Se dió lectura al oficio enviado por el Ministerio de Relaciones Exteriores por el que comunica que se ha nombrado delegado del Perú al 7° Congreso Médico Latino Americano que se reunirá en Méjico, al Dr. L. I. de Mora. Al archivo.

Informe del Tesorero en la solicitud del empleado Martín González, que pide una gratificación extraordinaria, con motivo del Centenario de la Batalla de Ayacucho, últimamente conmemorada. Al orden del día.

Nota del Dr. R. Flóres Córdova solicitando la tribuna de la Academia para ofrecer una conferencia al cuerpo médico de Lima. Al orden del día.

Copia del Balance presentado por el señor Tesorero al Tribunal Mayor de Cuentas. Al orden del día.

El Dr. Denegri manifestó que al hacerse cargo de la presidencia había insinuado la conveniencia de organizar un conjunto de actuaciones científicas, para las que podría invitarse a los médicos de los hospitales y que ellas podrían realizarse en la última quincena del mes de julio próximo. Después de un cambio de ideas, se encomendó al secretario Dr. Bambarén, para que presente en la próxima sesión un programa conforme al que pueda organizarse ese ciclo de actuaciones médicas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ORDEN DEL DIA

En la solicitud del empleado Martín González se resolvió otorgarle como gratificación, el valor de la mitad del sueldo que percibe al mes.

Contemplada la solicitud del Dr. Flores Córdova, que pide la tribuna de la Academia para ofrecer una conferencia, se acordó, trascribirle el acuerdo que dispone que "para conceder el uso de la tribuna de la Academia es necesario enviar préviamente el trabajo, para que lo conozca la Junta Directiva".

Se aprobó el Balance del Tesorero, que contiene los siguientes detalles del movimiento de Caja, hasta el 31 de enero de 1925.

Academia Nacional de Medicina

Activo:

Saldo en febrero de 1924 . . .	Lp.	70.304
Ingresos en el año	„	452.000
Total . . .	Lp.	522.304

Pasivo:

Egresos en el año	„	522.078
Saldo en Caja	Lp.	226

Observatorio meteorológico "Unánue"

A caja de la Academia	Lp.	71.550
Egresos en el año	„	71.550

Se levantó la sesión a las 7 y 40 de la noche.

Dr. Juvenal DENEGRI, presidente.
Dr. Carlos A. BAMBAREN, secretario.

Sesión de Junta General celebrada el 22 de mayo de 1925

Presidencia: Dr. Juvenal Denegri

A las 6 y 50 p. m. el presidente abrió la sesión. Se encontraban presentes los académicos Drs. Carlos Monge, Enrique L. García, Rodolfo Neuhaus, Raúl Rebagliati, Rómulo Eyzaguirre, Guillermo Fernández Dávila, y Carlos A. Bambarén (Secretarios).

Se dispensó la lectura del acta de la sesión anterior.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

DESPACHO

Se dió cuenta del siguiente proyecto, para organizar la "Semana Médica".

Proyecto para organizar la "Semana médica"

La Academia Nacional de Medicina acuerda auspiciar en la tercera decena del mes de julio próximo, una serie de actuaciones científicas, que se agruparán con la denominación común de "Semana Médica".

Oportunamente se invitará a los médicos de los hospitales para que expresen si desean présentar algún trabajo indicando su título.

Con las respuestas que se obtengan se formará el programa definitivo de la "Semana Médica" agrupándose las materias de acuerdo con su afinidad, y con los Establecimientos hospitalarios en los que se profesen.

Se recomienda que los temas elegidos correspondan a asuntos de interés actual y nacional, a fin de dar el máximo de provecho a las actuaciones.

Los trabajos pueden ser netamente clínicos, celebrándose entonces las actuaciones en los hospitales, o bien de carácter teórico doctrinario, realizándose la exposición en el local de la Academia.

Los temas clínicos pueden ser médicos o quirúrgicos; los teóricos de Higiene, Medicina legal y social.

El desarrollo de los trabajos sólo podrá hacerse en un período máximo de 1 hora.

La Junta Directiva de la Academia quedará encargada de confeccionar el programa; las sesiones clínicas se efectuarán en los hospitales, en las mañanas; las disertaciones teóricas, por las tardes, en el local de la Academia.

ORDEN DEL DIA

Con motivo de este proyecto, el presidente expuso los puntos de vista, contemplados en el seno de la Junta Directiva, que había hecho suya la iniciativa que presentó al hacerse cargo de la presidencia de la institución.

Después de un cambio de ideas, se aprobó el proyecto para organizar y auspiciar la "Semana médica", disponiéndose que por secretaría se hagan los trabajos preliminares.

El presidente comunicó que el miembro de la Junta Directiva, académico Dr. Felipe Merkel, se había dirigido al extranjero, y que no había llegado a la institución su solicitud de licencia. Se acordó llamar al accecitario Dr. Luis de la Puente, para que desempeñe las funciones de aquél.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El Dr. Carlos Monje leyó un trabajo intitulado "Disfunción vagosimpática en gastropatología".

El presidente felicitó al comunicante, ocupándose en seguida las perturbaciones gástricas reflejas que originan diversas ginecopatías, las cuales pueden explicarse por mecanismo neurógeno, casualmente por disfusión vagosimpática.

El Dr. R. Rebagliati recordó las perturbaciones gástricas reflejas de la tuberculosis, que muchas veces son las que inician la sintomatología de esa dolencia.

El Dr. E. L. García describió, esquemáticamente, autoobservándose el cuadro distónico que padece, asociado a perturbaciones gástricas.

Después de lo cual se levantó la sesión a las 8 de la noche.

Dr. Juvenal DENEGRI, presidente.

Dr. Carlos A. BAMBAREN, Dr. Gmo. FERNANDEZ DAVILA, *Secretarios.*

Sesión de Junta general celebrada el 12 de junio de 1925

Presidencia: Dr. Juvenal Denegri.

A las 7 de la noche y con asistencia de los académicos Drs. Eyzaguirre, González Olaechea, Paz Soldán, Voto Bernales, Maldonado, G. Fernández Dávila y Bambarén Secretarios, el presidente abrió la sesión.

Leída el acta de la sesión anterior, se aprobó sin observación alguna.

DESPACHO

Se leyó la proposición firmada por los académicos Drs. González Olaechea, Eyzaguirre y Bambarén, para que se elija miembro correspondiente extranjero al Dr. Ernesto Cacace de Nápoles. Pasó a informe de la comisión permanente de calificación.

Comunicación del señor Herminio Santibáñez, representante de la Sociedad Artigas y Cía. de Madrid, fabricantes de vidrio neutro, por la que solicita opinión de la Academia respecto a la bondad de su producto. Pasó a conocimiento de la sección de Ciencias biológicas.

ORDEN DEL DIA

El presidente comunicó el estado de los trabajos para organizar la "Semana médica", mereciendo la aprobación de la Junta.

Los Drs. Voto Bernales y Bambarén expusieron algunos comentarios sobre este tópico.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El Dr. Denegri refirió el hallazgo que había hecho al operar un caso de bocio exoftálmico, en el cual encontró una anomalía de la arteria carótida primitiva, muy digna de tenerse presente por su valor anatómico y su importancia en cirugía. Con este motivo estudió, someramente, las anomalías de esta arteria, formulando atingencias que merecieron general aprobación, y planteó algunas cuestiones sobre la etiopatogenia del bocio exoftálmico y su tratamiento.

El Dr. González Olaechea hizo algunos comentarios sobre las génesis del bocio exoftálmico; el Dr. Voto Bernales refirió las indicaciones terapéuticas, especialmente la electroterapia propuesta por Vigouroux, y el Dr. G. Fernández Dávila hizo mención que en un caso autopsiado, encontró una anomalía de la carótida primitiva, semejante a la descrita por el Dr. Denegri.

Se levantó la sesión a las 7 y 55 de la noche.

Dr. Juvenal DENEGRI, presidente.

Dr. Gmo. FERNANDEZ DAVILA, Dr. Carlos A. BAMBAREN, Secretarios.

Sesión de Junta general celebrada el 26 de junio de 1925

Presidencia: Dr. Juvenal Denegri

Estando presente los señores académicos Drs. Denegri, (Presidente), Avendaño, González Olaechea, Ribeyro, Rebagliati, Aljovín, Eyzaguirre y Fernández Dávila (Secretario), se abrió la sesión a las 7.05 p. m.

Se leyó el acta de la sesión anterior, siendo aprobada sin observación alguna.

DESPACHO

Se leyó el programa de la "Semana Médica" confeccionado con las adhesiones recibidas y se acordó que tenga lugar en la última decena del mes de julio.

Se dió cuenta de la aceptación del Ing. Humberto Solari Hurtado del puesto de Director interino del Observatorio Meteorológico "Unánue"; al archivo.

ORDEN DEL DIA

No habiendo más de qué tratar, se levantó la sesión a las 8.25 h. p. m.

Dr. Juvenal DENEGRI, presidente.

Dr. Gmo. FERNANDEZ DAVILA, Dr. Carlos A. BAMBAREN, Secretarios.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Sesión de Junta general celebrada el 31 de julio de 1925

Presidencia: Dr. Juvenal Denegri

Con asistencia de los señores académicos Drs. Juvenal Denegri (presidente), González Olaechea, Avendaño, Eyzaguirre, Bambarén y G. Fernández Dávila (Secretarios), se abrió la sesión a las 7 de la noche.

Se dispensó la lectura del acta de la sesión anterior.

DESPACHO

Comunicación de la Unión Panamericana solicitando las publicaciones de la institución. Se acordó enviar todas las que puedan reunirse.

Oficio del miembro correspodiente extranjero Dr. Tomás G. Perrín, en el que expresa sus vivas simpatías por nuestra causa internacional con Chile. Se acordó contestar e insertar la comunicación en el "Boletín" de la Academia.

Carta del miembro titular Dr. Felipe Merkel por la que comunica que ha resuelto permanecer en Europa un tiempo que no puede precisar y pide que se cumpla lo dispuesto en estos casos por el Reglamento. Al archivo.

Oficio del miembro correspondiente extranjero Dr. Leoncio I. de Mora, enviando publicaciones médicas de Méjico. Al archivo previa contestación.

ORDEN DEL DIA

De acuerdo con el reglamento se resolvió sacar a concurso la vacante dejada en la sección de Patología y terapéutica quirúrgicas por el fallecimiento del Dr. W. S. Salazar, haciéndose las publicaciones por los diarios.

Por los informes suministrados se acordó aplazar la "Semana Médica" hasta el 13 de agosto, autorizándose a la presidencia para cualquiera disposición ulterior.

Se levantó la sesión a las 7 y 35 de la noche.

Dr. Juvenal DENEGRI, presidente.

Dr. Gmo. FERNANDEZ DAVILA, Dr. Carlos A. BAMBAREN, Secretarios.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Notas Terapéuticas

LAS BRONQUITIS CRONICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TERAPEUTICO.—Después de estudiar la etiología y la semiología de la bronquitis crónica, N. Quenee *(Concours Medical,* N° 38, 1926) revisa la terapéutica utilizada hasta el día, acónito, bromoformo, codeína, opio, pantopón, arsénico, arsylene, benzoato de sodio, revulsión, etc., aconseja dar preferencia al thiocol, el cual es eupéptico y estomacal, al propio tiempo que antitóxico y siempre bien soportado, si se tiene cuidado de utilizar un producto químicamente puro, preparado minuciosamente y siempre idéntico. Este medicamento da excelentes resultados en todas las formas de bronquitis crónicas no congestivas y en las que preparan la entrada a la tuberculosis pulmonar, ocasionan repentinamente la infección tuberculosa o la complican. El *thiocol "Roche"* es un remedio perfecto, aún en los niños; y un antiséptico directo del arbol respiratorio. Conviene insistir sobre el papel tan importante que, desde el punto de vista profiláctico, juega este último medicamento; en efecto, parece que coloca al organismo, en particular el aparato respiratorio, en estado de resistir al ataque insidioso del bacilo de Koch; durante todo el período que precede al invierno, en los sujetos que parecen débiles.

El *thiocol* y sobre todo bajo la forma de jarabe "Roche", forma mejor tolerada y también mejor aceptado aun por los niños y los enfermos de más delicado estómago, no excluye los otros procedimintos preconizados para oponerse al desarrollo de las infecciones de las vías respiratorias; como ha hecho sus pruebas, desde hace muchos años, sigue siendo uno de los medios más simples y eficaces de dar al organismo debilitado la posibilidad de luchar eficazmente contra los microbios de las vías respiratorias.

GUIA LASCANO

De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.
NUÑEZ 265
APARTADO 1971.— TELEFONO 3673

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

BIBLIOGRAFIA

HACIA NUEVOS RUMBOS por el Dr. Carlos E. Paz Soldán.—Lima 1926.

Entre los muchos libros y opúsculos, con los que el doctor Paz Soldán nutre su bibliografía, el que tenemos a la vista es uno de los que más interesa a la profesión médica, dados los temas que desarrolla.

Ha hecho muy bien el autor en reunir en un libro, diversos trabajos que suscitan meditación, aunque creemos que no alcance el fin deseado, cual es el de despertar la conciencia médica a la contemplación serena de los problemas que al médico plantea el actual momento sociológico.

Las ideas contenidas en el libro han sido vertidas en discursos pronunciados por el Dr. Paz Soldán desde su alto sitial cuando ejerció la presidencia del Círculo Médico Peruano. En su discurso programa al hacerse cargo de la presidencia, manifiesta la importancia de la *acción gremial,* ya que como lo declara "la actividad médica entre nosotros, el ejercicio profesional, en sus relaciones con la Sociedad y con el Estado, no se ajusta a las duras necesidades de la tremenda hora revolucionaria que está viviendo el Orbe". En "bases para la evaluación del sueldo mínimo", se propone por primera vez entre nosotros una tabla para apreciar los honorarios profesionales. En "el ejercicio profesional de la medicina en el actual momento social", expone con mirada panorámica todo lo que puede interesar al médico desde el triple punto de vista: individual, colectivo y social. En "por la dignificación moral de los médicos", hace un cumplido homenaje de los investigadores de la enfermedad de Carrión. En la "gratitud gremial" agradece al Alcalde de Lima un obsequio hecho al Círculo Médico Peruano. En "un año de acción gremial médica", que es la Memoria al terminar su mandato de presidente del Círculo Médico Peruano, deja apuntar cierta amargura, que al rememorar sus entusiasmos por la evaluación del suledo mínimo, concreta en esta expresión: "el gremio médico peruano no está todavía maduro para sentir la conciencia gremial". Verdad absoluta sobre la que hay que insistir, porque ya no se recuerda esta frase cuando fué pronunciada, y seguramente no se la leerá ahora que está en el libro, dada la costumbre nuestra de recibir y no leer los libros.

Nuestro aplauso al Dr. Paz Soldán por el brío con que trata las cuestiones que desarrolla en este breve pero jugoso librito.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Nuevas técnicas para el tratamiento de las arrugas de la cara y del cuello

Por el Dr. LAGARDE

La "cirugía estética pura", es decir, la que se dirije exclusivamente a la restauración de deformidades inestéticas congénitas o adquiridas, así como a la desaparición de las arrugas y al rejuvenecimiento de la cara, ha conquistado definitivamente derecho de ciudadanía en medicina. Ya en todos los países, desde hace varios años, se han presentado a las sociedades de sabios numerosas comunicaciones, observaciones y enfermos.

A pesar de esto, pocas técnicas verdaderamente originales se han descrito de manera terminante y con una iconografía clara y precisa.

Parecería que los cirujanos especializados en este ramo conservaran celosamente sus técnicas y procederes. Creo que la mayor parte de ellos trabajan en el campo técnico ya adquirido,, sin preocuparse de cambiar de sistema o de hacer algo mejor. Y sin embargo, los procedimientos generalmente empleados no son perfectos pero sí susceptibles de ser muy mejorados.

El temor de cicatrices y la aprensión de dejar una señal demasiado aparente es quizá también la razón por la cual los cirujanos se han limitado a operaciones tímidas en las intervenciones plásticas de la cara, sobre todo las que conciernen al tratamiento de las arrugas de la cara y del cuello, o el rejuvenecimiento de la cara.

Sin duda, con las técnicas actuales, las señales de la operación son poco visibles y fáciles de disimular, pero por otro lado, el resultado es a veces discutible.

Así actualmente se ha abierto una campaña contra estas operaciones plásticas, campaña provocada por las quejas de los operados y explotada por el escepticismo de los unos y la mala fé de aquellos cuyo interés profesional es de desaconsejar este género de operaciones. Hay que confesar, sin embargo, que en la base de estas quejas hay algo de cierto y es que el resultado de dichas intervenciones para la desaparición de las arrugas y el rejuvenecimiento de la cara es con alguna frecuencia insignificante y efímero. Y esto porque las operaciones están mal hechas, las correcciones se hacen con demasiada

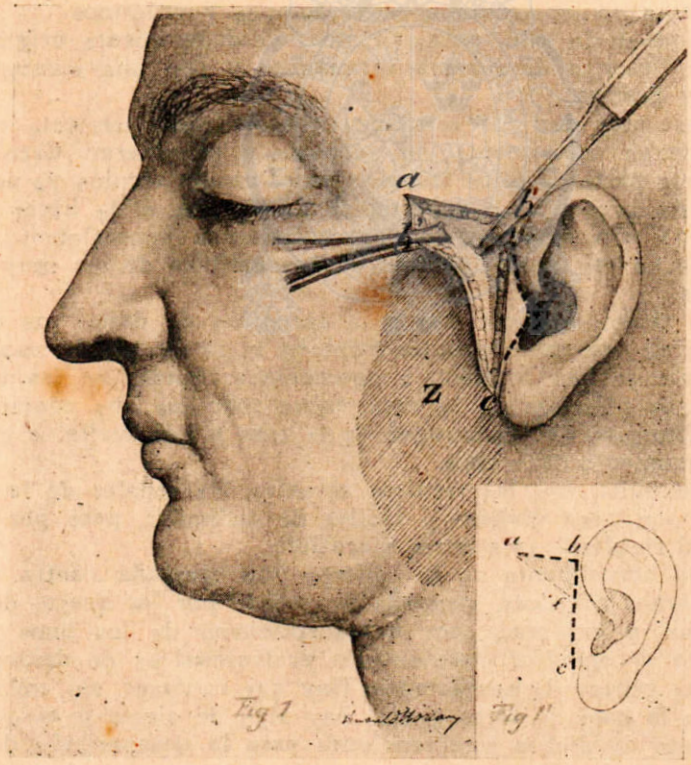
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

parsimonia o porque las técnicas generalmente empleadas son insuficientes.

Si es imposible, con los recursos actuales de la cirugía cutánea, no dejar traza alguna del bisturí, es sin embargo posible, con ciertas técnicas que voy a describir, hacer grandes, muy grandes intervenciones cuyo resultado será notable, estable y persistente, no dejando como traza visible sino una cicatriz imperceptible situada en una región donde se encuentra disimulada.

En la descripción de estas técnicas, que nos son personales, seremos breves, siendo las figuras que las acompañan suficientemente explícitas por sí mismas.

A.—Técnica para el tratamiento quirúrgico de las arrugas de la parte media de la cara. Los defectos de la cara correjidos por este procedimiento son: las arrugas del ángulo externo de los párpados, las arrugas y la flacidez de las regiones palpebrales y malares y la ptosis de las mejillas.



Figs. 1 y 1'

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte media de la cara).

Anestesia linear siguiendo la línea de incisión *a, b, c,* la cresta del trago *b d.* Infiltración de toda la zona parótida y maseterina *z.* (fig. 1 y 1').

Línea de incisión superior horizontal *a b,* yendo de la inserción superior del pabellón hacia el ángulo externo del ojo, más o menos larga, siguiendo la inserción del pelo.

Línea de inserción inferior y vertical *b c,* formando ángulo derecho con la porción horizontal y bajando delante del trago hasta la inserción del lóbulo.

Desprendimiento del fragmento cutáneo, sea con el bisturí, sea con las tijeras. Este desprendimiento debe continuarse más o menos lejos hacia la comisura bucal, hacia adelante y hacia la región cervical, hacia abajo. Adelante desprender paralelamente los tegumentos para cuidar los filetes del facial.

Hemostasis perfecta para evitar todo hematoma.

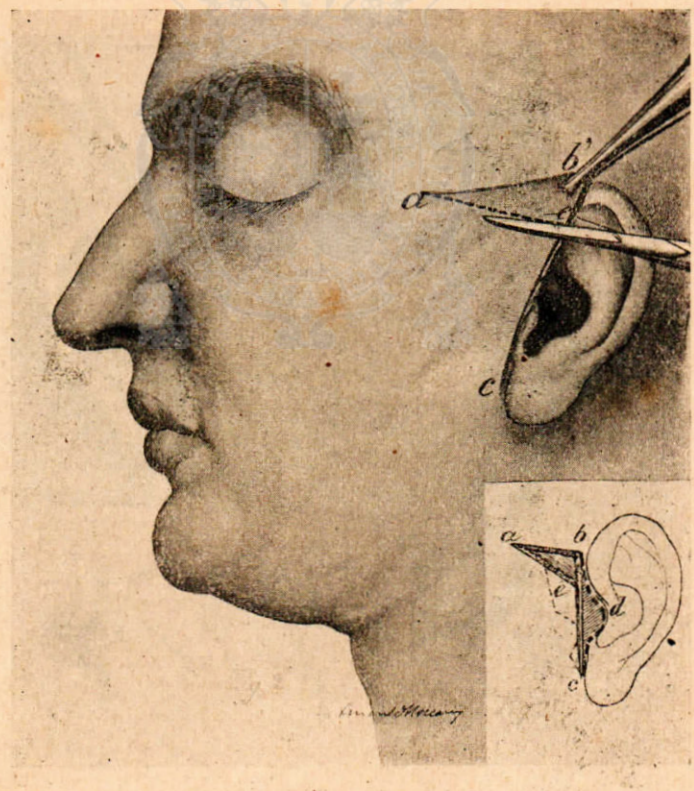


Fig. 2 y 2'

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte media de la cara).—

Una tracción sobre el fragmento cutáneo a b' c (fig. 2) en la dirección de la inserción superior del pabellón y por la parte alta, en el sentido de una diagonal pasando por el medio de los pliegues naso-labiales, nos indica cuál es la porción a b' e del fragmento cutáneo que debe ser resecada.

En seguida, siguiendo la línea de puntitos b d c (fig. 2'), hacer una incisión que roce la inserción ántero-superior del pabellón, siga la cresta del trago, roce la inserción anterior del lóbulo.

Descarnar toda la región delante del trago delimitada por la incisión b d e (fig. 2').

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte media de la cara).—

Tallar la porción vertical del fragmento a b c un perfil b c (fig. 3) que se adapta sobre la porción descarnada del trago b d c (fig. 3"), perfil que será saturado a raíz de la inserción

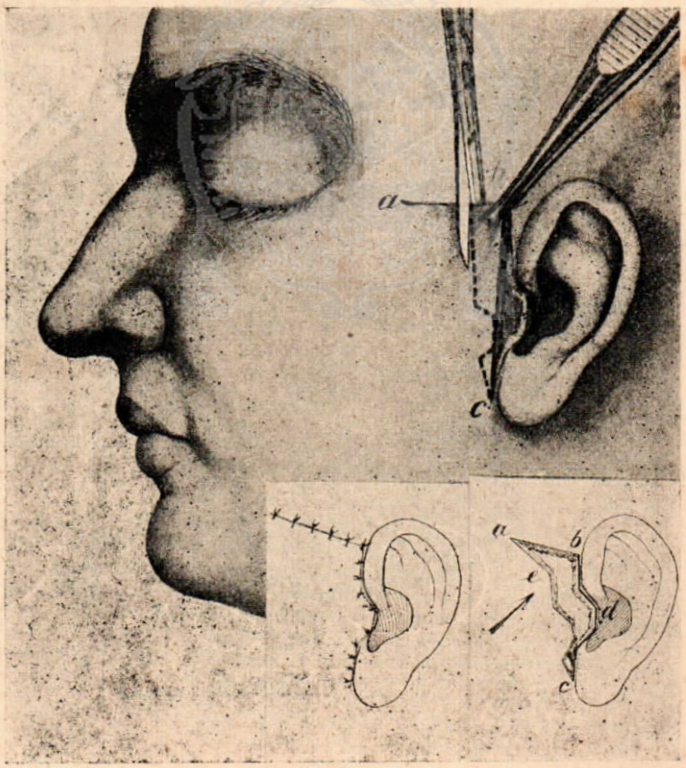


Fig. 3, 3' y 3"

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ántero-superior de la oreja, sobre la cresta del trago y a raíz de la inserción del lóbulo.

Suturar primero la incisión horizontal a b con los crines medianos, suturar en séguida la incisión vertical b c con los crines finos.

Resultado obtenido, la operación terminada (fig. 3').

B.—Técnica para el tratamiento quirúrgico de las arrugas de la parte inferior de la cara. Los defectos de la cara correjidos por este procdimiento son: los surcos naso-labiales, las arrugas o los pliegues que deforman la boca, la ptosis de las mejillas, la flacidez en la región de la barba y de la papada.

Cura quirúrgica de las arrugas.—(Parte inferior de la cara).—

Anestesia linear siguiendo la línea a b c. Infilltración anestésica difusa de toda la región sombreada z; es decir la región parótida posterior, la región cervical lateral bajo el lóbulo y la región mastoidiana, parte mediana y punta.

Línea de incisión, una nueva curva a b, una porción derecha b c, formando ángulo derecho con la extremidad superior de la porción curva, sobre la parte mediana de la región mastoidiana. (fig. 4 y 4')

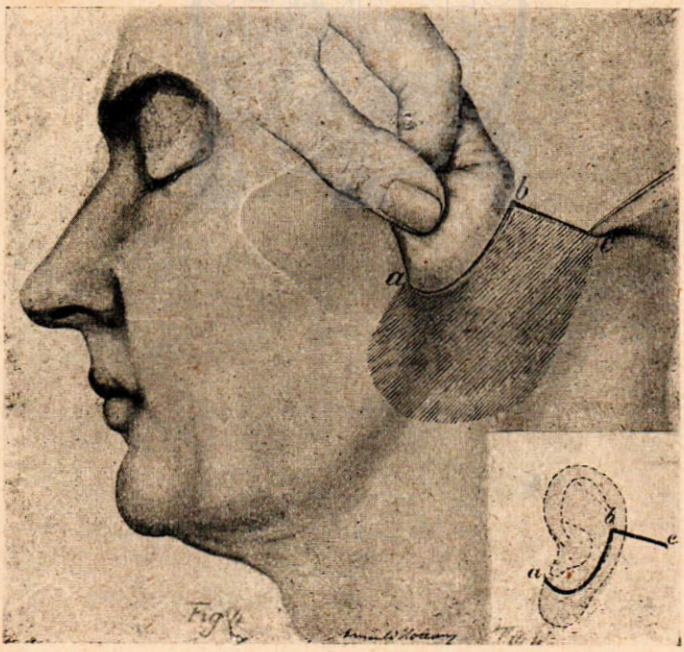


Fig. 4 4'

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El único punto de ligamento sólido y resistente en esta región, es el periostio de la apóficis mastoide. Si como en los procedimientos ya conocidos, se hace solamente una resección cutánea semi-lunar, debajo del lóbulo, la cicatriz se extiende, el lóbulo se alarga, la oreja se agranda y se deforma. En esta técnica toda la resistencia y la tracción se hacen siguiendo la línea b c.

Desprendimiento de toda la parte sombreada z tan lejos como sea posible, adelante y abajo.

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte inferior de la cara).— Una tracción sobre el fragmento cutáneo a b c (fig. 5) muestra la parte que debe de ser resecada. Esta resección debe hacerse con tijeras a lonjas y de una manera progresiva, así mismo sobre el labio de la incisión derecha b' c como también sobre la línea de incisión curva a b'. Debe de ser ancha en la parte horizontal como lo indica la línea de puntitos d c (fig. 5 y 5'), al contrario será poco importante sobre la parte curva a b' (fig. 5).

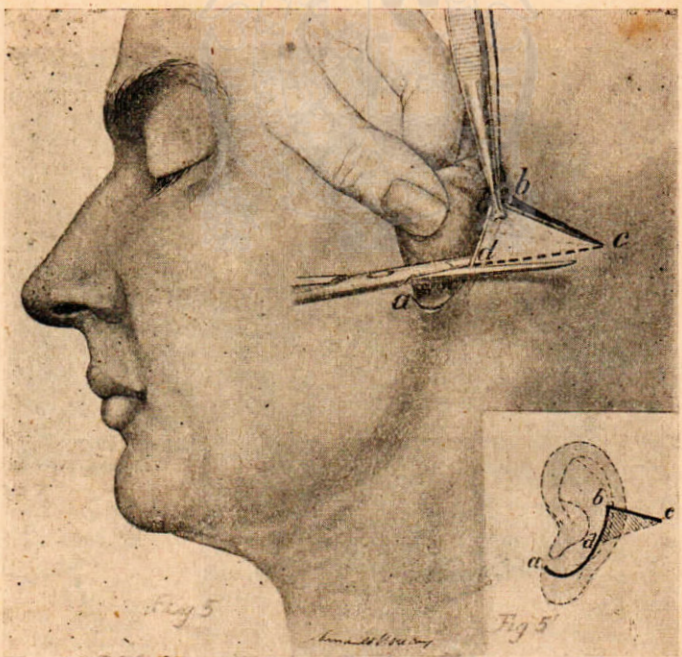


Fig. 5 y 5'

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte inferior de la cara).—

Una vez terminada la parte de la resección triangular b d c (fig. 6) del fragmento cutáneo, suturar con los crines medianos los labios b c y d c comenzando por el punto inferior c.

Cuando esta sutura está concluida resecar sobre el borde curvo a d, del fragmento cutáneo todo lo que es necesario para que la coaptación sea perfecta.

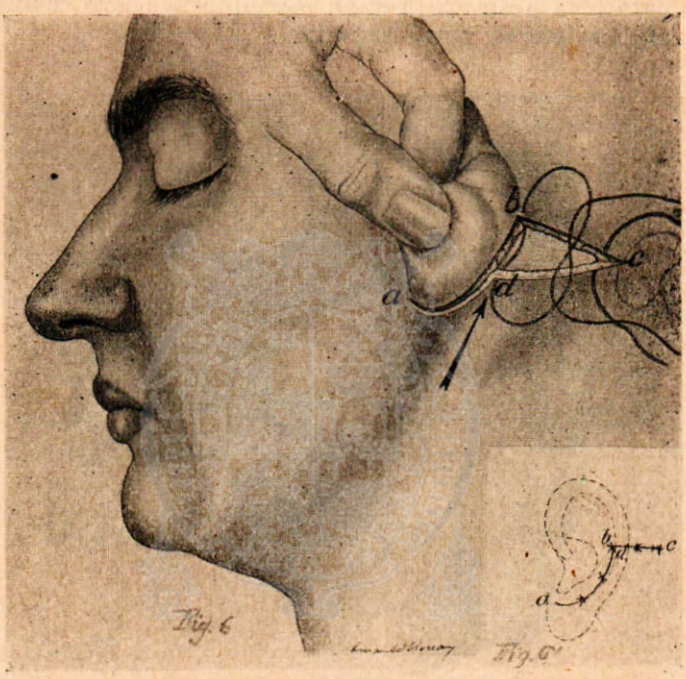


Fig. 6 y 6'

Suturar con los crines finos los labios a b y a d en el surco posterior del pabellón.

Línea de sutura al fin de la intervención.

C.—Técnica para el tratamiento quirúrgico de los defectos de la región cervical. Este procedimiento corrije los mismos defectos que la técnica anterior, pero actúa además sobre todo el revestimiento cutáneo cervical suprimiendo los pliegues, las arrugas, los pliegues colgantes y los cordones tendinosos del cuello.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte inferior de la cara y región cervical).

Anestesia linear siguiendo la línea a b c d, en el surco posterior del pabellón, sobre la parte mediana de la mastoide y sobre la parte lateral de la nuca. Toda la porción lateral de la nuca siguiendo la línea c d, habrá sufrido suficientemente afeitada de manera que la cicatriz quede perdida en el pelo.

Infiltración anestésica difusa de toda la región sombreada z, región parótidea posterior, región mastoidiana, parte mediana y punta, región lateral, parte superior.



Fig. 7 y 7'

Línea de incisión siguiendo a b c d en el surco posterior del pabellón sobre la parte mediana de la mastoide y sobre la parte lateral de la nuca tan bajo como la permita la inserción del pelo.

Desprendimiento con la tijeras y con el bisturí de todo el fragmento cutáneo, representado por toda la parte sombreada z, de manera muy extensa, hacia adelante y atrás.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte inferior de la cara y en la región cervical).

Una tracción sobre el fragmento cutáneo a e b c d atrás del pabellón y en el sentido verticcal muestra el segmento cutáneo triangular e b c (fig. 8 y 8') que debe de ser resecado.

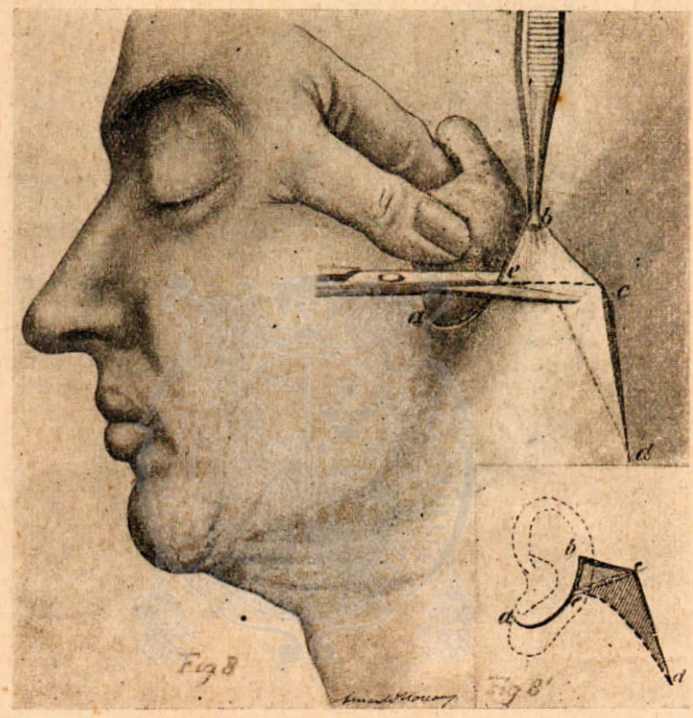


Fig. 8 y 8'

Sobre el fragmento restante a e c d, después de una tracción hacia atrás una resección triangular para deshacer los pliegues del revestimiento del cuello, evitar los fruncidos de la piel y obtener una aceptación perfecta del labio a e d con el labio a b c d (fig. 8²).

Resecar lo que parece necesario sobre la parte curva a b.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Cura quirúrgica de las arrugas. (Parte inferior de la cara y región cervical).

Fijar primero un punto sólido en b y un segundo en c.

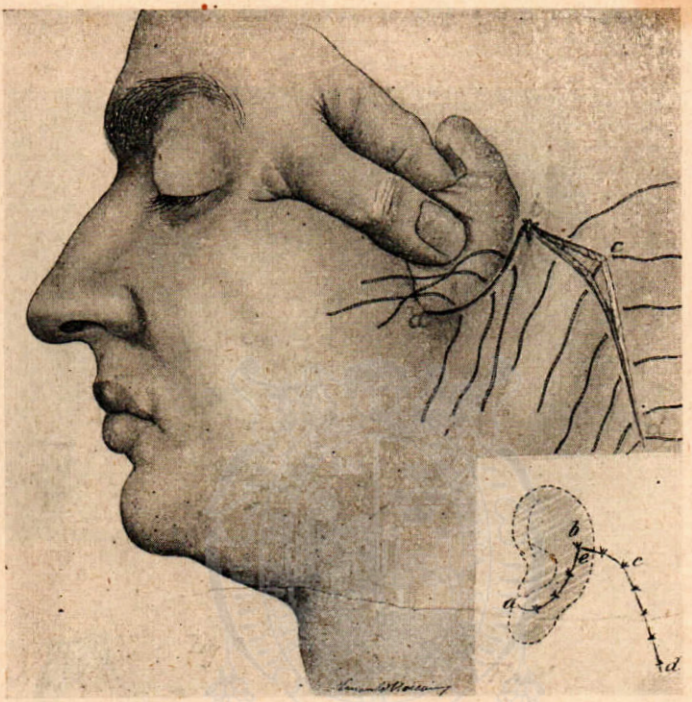


Fig. 9 y 9'

Suturar en seguida la incisión curva a b con los crines finos, la incisión horizontal b c con los crines medianos, la incisión vertical c d con los crines finos.

Resultado obtenido después de la sutura completa a b c d (fig. 9').

GUIA LASCANO

De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.

NUÑEZ 265
APARTADO 1971.— TELEFONO 3673

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La responsabilidad profesional del Médico

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA
Profesor auxiliar de Medicina Legal en la Facultad de Medicina

(*Conclusión*)

III.—LA RESPONSABILIDAD MEDICA ESPECIAL

De los actos responsables, que como médicos, cometamos, tenemos que dar cuenta, primeramente a nuestra propia conciencia, después a la sociedad en que vivimos, y, por último, a la ley.

De aquí las modalidades de responsabilidad, que según muchos autores, se concretan de esta manera:

A. — *Responsabilidad moral*, o conciencia profesional, que se define y ejecutoria en nuestros propio fuero interno, y cuyo Juez, inapelable y siempre justiciero, nunca se equivoca.

B — *Responsabilidad social*, o sanción social, que dimana del vulgo, como resultado del reflejo del ambiente, que casi siempre es injusta, pero que en veces constituye juez veraz, castigando con excesiva severidad las faltas cometidas: *vox populi, vox dei.*

C. — *Responsabilidad legal*, o sanción legal, que constituye la esencia del delito profesional y deriva de nuestra obligación de ser responsables ante la ley, de los actos o hechos que como profesionales hayamos realizado.

La *responsabilidad moral*, que como ya hemos dicho constituye la verdadera conciencia profesional, es ignata en todo hombre, y cobra aquí, en el ejercicio de la medicina, un aspecto especial, pues forma la ejecutoria más completa del valor del facultativo.Queremos repetir con MARTIN: (6) "La conciencia, con la cual el médico ejerce « su arte, crea la nobleza de nuestra profesión. Un médico instruido « no asiste sino con cierta ansiedad, a la evolución de una dolencia, « o al acto terapéutico que él pone en práctica madura y decididamente. Esta sensibilidad, algunas veces exagerada, le permite « comprender la angustia que experimenta el enfermo y lo obliga a « rodearse de todos los elementos que comprometen la seguridad « del éxito, y este gran deseo es beneficioso para el paciente. Mien« tras más instruido es un médico, más técnica posee de su arte y « con ello más se desarrolla su responsabilidad moral. ¡Sólo los igno« rantes son incapaces para comprender el mal que pueden causar!»

Y es, por lo tanto, esta responsabilidad moral, la primera que debe estimular y temer el profesional médico; pues ella nunca deja

6.—MARTIN. —*A propos de la responsabilité médicale.*—Arch. del Institut de Médecine légale de la Université de Lyon — T. III.—1920-21.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de evidenciarse, jamás deja de imponer su fallo. La conciencia profesional no olvida, ni perdona, ni a través del tiempo, ninguno de esos pequeños o grandes delitos, que por acción o por omisión hayamos cometido; constantemente nos recuerda esas amargas experiencias, nos trae a la memoria aquellos difíciles y angusticsos momentos, en que comprobamos un error cometido, cuyas consecuencias vemos y palpamos. Esta responsabilidad debe siempre estimularla el médico, pues ella constituye una verdadera sensibilidad, ignata a la profesión, y es, a la larga, precisamente la fuente de la experiencia. ¿Quién al practicar un acto difícil cualquiera de nuestra profesión, no recuerda un insuceso, más o menos amargo, que er igual forma tuvimos en los años ya corridos, y al recuerdo de ello nos acuciamos la inteligencia y estimulamos la atención, para obtener un resultado benéfico en este caso?

La *responsabilidad social* es, por desgracia, aquella que más debemos temer. Es el murmullo reticente y ambiguo que comienza a formarse alrededor de un hecho profesional desgraciado; es la afirmación maliciosa, con tendencias a la hipertrofia, que malabariza preguntas y estimula respuestas; es el silencio estudiado o el movimiento dubitativo de cabeza—¡cuán elocuentes!, — con que responde un colega, a la frase interrogativa que inocentemente se le hace; es, por último, la sentencia inapelable que el gran galeote promulga, y ejecutoriada a base de mentira, de suspicacia, de malevolencia y de insidia.

Debe, pues, el profesional médico temer mucho a esta clase de jurados y a esta clase de fallos; y pensar que mientras más arriba se esté, mientras de más espectación, por propia valía y ejecutoriada competencia, sea nuestro nombre, más se encona el vulgo para emitir sus falaces afirmaciones. Y debe pensar también, que en muchos casos es el público el primer acusador, y que todo aquello que no quiera saber la Justicia o quiera perdonar el deudo, la sociedad jamás lo olvida, y a través del tiempo y de las distancias, cuando el momento propicio se presenta, vuelve nuevamente a flote aquel episodio desgraciado, que ya ni torturador de nuestra conciencia es.

La *responsabilidad legal*, es la obligación de responder ante la Justicia de los hombres, de los daños que hemos ocasionado, en un acto cualquiera de nuestra vida profesional.

Ella es ejecutoriada, ya bajo la forma de simple reparación, como resarcimiento por el perjuicio ocasionado; y en forma más o menos privada (responsabilidad civil); o ya, como acto sancionai y punitivo, como castigo por estas mismas faltas (responsabilidad penal).

Pensamos y sostenemos que la primera forma, es de indiscutible aplicación, constituyendo parte del rubro genérico de nuestra obligación de responder como hombres de todo acto dañoso realizado; pero, somos algo recalcitrantes en lo que a responsabilidad penal se refiere, para castigar el delito profesional. Creemos que ella sólo puede y debe aplicarse en casos extremos y muy raros.

La *responsabilidad con intención dolosa*, escapa completamenete a la forma profesional del delito. Es el crimen vulgar, sin atenuar te alguna, y si, más bien, con agravantes enormes, por el uso oprobioso

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de medios y elementos que la profesión misma le presta, para la consumación de un asesinato, tranquilamente premeditado y fríamente realizado.

Es el *delito en su forma culposa*, o por accidentalidad causal, el que corresponde a esta forma de responsabilidad. «Culpa, como « dice Gajo (7), es la no previsión de aquello que debió preveerse; el « desarrollo de un peligro que fué posible evitarse». Y como confirma Ziino (8) « En la involuntariedad del acto y en la negligencia « en ejecutarlo, consiste la sustancialidad de la culpa; cuya punibilidad se justifica ampliamente, refiriéndola a la ineludible « obligación que cada uno tiene, no sólo de evitar el mal, sino « también, y sobre todo, de preveer las consecuencias que él puede determinar».

La responsabilidad en su aspecto culposo, constituye, pues, la esencia de este hecho delictuoso, desarrollado en el ejercicio de la profesión médica.

La provocación de una muerte, o la determinación de una lesión o de un proceso morboso, debidos a actos profesionales, justificativos de responsabilidad, son la consecuencia directa de:

1°. — una *impericia manifiesta*, dimanada o de una ignorancia supina de la materia en que se actúa, o de una falta de manuabilidad en el acto que se ejecuta, ambos hechos sustancializados por una falta de experiencia, que sólo el estudio, el tiempo y la práctica constante del arte médico, pueden darnos;

2°. — una *negligencia inexcusable*, en acto de por sí delicado y grave, que lo lleva hasta olvidar los claros preceptos científicos o a superficializar los peligros que puedan presentarse; y

3°. — una *imprudencia temeraria*, que lo produzca hasta ejecutar actos profesionales, para los que no está preparado, o cuyas consecuencias no sabe, no quiere o no puede apreciar.

Así, en una u otra de estas tres modalidades, se halla imbívita la accidentalidad causal o forma culposa, en el desarrollo del acto profesional, responsable ante las leyes.

La Sociedad de Medicina Legal de Bélgica, deseando aclarar las diversas teorías y formas que sobre la responsabilidad médica, venían emitiéndose y precisadose en Alemania, Francia, Bélgica, y otros países, encargó en 1891 al Prof. Alfred Moreau, para que emitiera un informe al respecto, presentando las siguientes conclusiones, que se aprobaron por la Sociedad, mereciendo insertarlas aquí, porque ellas núclean claramente el hecho jurídico, dentro de los considerandos que hemos indicado. Dice así:

«Todo médico o cirujano que causa un perjuicio a un enfermo es responsable, cuando se le puede imputar:

1°. — que se ha hecho culpable de una falta absoluta de cuidados, fuera de toda cuestión científica;

2°. — de haber en un tratamiento u operación, sea por negligencia, sea por ignorancia, omitido observar una regla científica,

7. — Gajo.—*Dolo e colpa.*—Riv. de Diritto Penale e Sociologia criminale.

8. — Ziino. — *In causa de responsabilitá médica.* — Napoli.— Gior. Inter. delle scienze mediche.—1891.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

que todo médico, cualquiera que sea, debe necesariamente conocer y respetar; y

3°. — de haber escollado en una experimentación nueva que él ha llevado a cabo sin estudios preparatorios, o sin la autorización del enfermo, o sólo con un objeto de simple y pura curiosidad;

En todo otro caso, cualquier daño que haya infringido, no constituirá responsabilidad para el médico o el cirujano.

Y más concretamente perfila aún el delito profesional, el joven profesor argentino NERIO ROJAS (9), en una reciente obra.

Para que pueda existir responsabilidad médica se requiere:

1°. — Agente: médico, farmacéutico, partera, etc.
2°. — Acto exclusivamente profesional y sin intención dolosa;
3°. — Daño cometido: muerte, lesión o enfermedad;
4°. — Impericia, negligencia ó imprudencia; y
5°. — Relación causal probada entre el acto y el daño

Siempre se ha tratado de clasificar las faltas profesionales, a manera de englobarlas en una serie de grados, que permitieran en un caso dado, catalogar el acto delictuoso y al delincuente. Ello como bien se comprende, es de por sí muy difícil.

Ya ZACCHIAS (10), en su clásica obra sobre responsabilidad dividía a ésta en cinco grados:

Culpa latíssima.
Culpa latiora.
Culpa lata.
Culpa levia
Culpa levísima.

LACASSAGNE (11) igualmente ha tratado de clasificarla, en tres grupos que denominaba: Falta gravísima (Lourde), falta grave falta leve.

MERLIN, (12) a su vez, glosando la clasificación de LACASSAGNE, considera: 1°. — la falta gravísima (resultado de errores científicos); 2°. — la falta grave (debida a negligencia comprobada) y 3°. la falta voluntaria.

No insistiremos en estas clasificaciones porque comprendemos que cada caso tiene un aspecto especial, difícil de encasillar en tal o cual grado, y muchas veces justificables de serlo en dos.

Tema muy discutido, en lo que a responsabilidad profesional médica atañe ha sido el referente a la juridicción de los juicios que en tales casos se ventilen; y, así, para algunos, ellos deben caer solo y exclusivamente ante el estudio y las decisiones de tribunales espe-

9. — ROJAS. — *Lesiones. Estudio médico legal.*— Buenos Aires, 1925.
10. — ZACCHIAS.—*De erroribus medicorum a lege punibilibus.*—Lib. VII.—T.8.
11. — LACASSAGNE. — loc. cit.
12. — MERLIN. — *De la responsabilité médicale.*—Saint-Etienne, 1892.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ciales formados por facultativos, que, a su entender, son los únicos capacitados para discernir justicia en tales casos, con conocimiento perfecto de causa. Para otros, esta clase de actos delictuosos, deben entrar en el conglomerado general de los delitos, y, por lo tanto juzgarse únicamente por los tribunales de Justicia.

Es indudable que aquellos tribunales privativos, constituirían los más competentes para esta clase de juicios. Pero, como lo afirma muy cuerdamente MORACHE, hay razón fundada para que estos tribunales especiales puedan ser acusados de parcialidad, en uno u otro sentido; además, sus decisiones serían inapelables, por no reconocer jurisdicción superior, y bien sabemos que la justicia humana és siempre justificativa de errores y es necesario la revisión y el control posterior.

De otro lado, un juicio de responsabilidad es un litigio entre un médico y un cliente; y éste último tiene perfecto derecho para exigir el fuero que le corresponde.

Todo el problema se compagina, si sabemos que los jueces no podrán actuar sino a base de informes y dictámenes emanados de peritos médicos que llevarán la opinión y concepto de la ciencia para juzgar en esta clase de pleitos. Téngase fé en los peritos y la difícil cuestión de jurisdicción queda perfectamente dilucidada.

Con todo, tal vez en el porvenir, la estabilización de los Sindicatos médicos, de la Cámara y Ordenes médicas, pondrán su cooperación en esta clase de controversias judiciales y harán su labor, independiente de la justicia o asesorándola, pero mancomunándose en un ideal común de purificación y defensa profesional. Ya en conversación que hemos ofrecido y pronto daremos en el "Círculo Médico Peruano" nos ocuparemos más extensamente de este interesante punto.

¿Puede y debe haber graduaciones en la responsabilidad médica, tanto civil como penal, en armonía con la situación, el prestigio y otras circunstancias inherentes a los profesionales?

Rechazada esta cuestión por muchos, por creerla incompatible con todo principio de igualdad, por equidad creemos nosotros que puede, en determinadas y muy contadas circunstancias, establecerse claros distingos, apreciables por el espíritu sereno y ponderado del Juez.

No puede ser igualmente responsable ante la Ley el Médico o el Cirujano que vivió toda su vida a la claridad diáfana de su saber y competencia y ejecutorió su título y su renombre en la forja del trabajo y la honorabilidad, que aquel que vegetó siempre en la existencia triste y sospechosa del covachuelismo profesional, o aquel otro cuyo apellido constituye ya motivo de sospecha y que vive en contínuo sobresalto ante las asechanzas del código penal.

La delictividad de la falta, estimulada por la impericia, la negligencia o la imprudencia, se aleja indudablemente de aquellos que, por su competencia y prestigio, están menos expuestos a esta clase de desgracias; pero, es justo decirlo y afirmarlo, que aún los mejor preparados y que con más prudencia o tino actúan, pueden ser víc-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

timas de esta clase de conflictos judiciales, es pues también lógico aceptar, que la sanción que se establezca, tendrá que contemplar estas circunstancias particulares, cuyo criterio sólo podrá apreciar un juez honorable e inteligente.

De igual manera, ante los errores por falta de elementos de auxilio clínico, no podrá medirse con igual medida al facultativo que actúa en la ciudad, la que le brinda toda clase de facilidades, que el que ejerce en el campo, o los lugares apartados, en que sólo tendrá para su difícil labor, el criterio de su saber y su experiencia.

Múltiples factores, entre que los el interés es más importante, se cohesionan para determinar la querella o acusación en caso de responsabilidad médica.

El interés, hemos dicho es el estímulo más poderoso; pero existen una serie de consideraciones de orden psicológico, social y moral, que contriñen a la iniciación de estos juicios. Y hasta la misma moda o afán de imitación pone su coeficiente indicativo, pues revisando los anales de los tribunales de justicia, nos admira la periodicidad con que esta clase de litigios se presentan, incentivándose unos a otros, por la lectura diaria de los procesos, que una publicidad malsana despierta en los sujetos.

No nos resistimos a copiar aquí el cuadro pintado por MARTIN (13) en el cual se delínea claramente la intromisión de múltiples y variados factores en la determinación de los procesos por responsabilidad profesional:

He aquí un diario corriente y al parecer baladí:

—"Doctor: he venido a buscarlo, porque conozco los progresos « sorprendentes de la cirugía y he pensado muy bien que un hombre « de su talento y competencia, podría fácilmente librarme del mal « que ha tiempo me aqueja. Tengo en Ud. la más completa con- « fianza, pero quisiera me garantice que no hay ningún peligro en « esta operación y pueda así asegurarlo a mi familia.

—« Oh, señor, yo practico esta operación todos los días, y « puedo afirmarle que se hace con una gran simplicidad y sin riesgo « alguno ».

« El enfermo entra en la Clínica, lleno de vida y de salud. « Algunos días después cesa de vivir. ¡Estupefacción de la fami- « lia! Cómo ha sobrevenido la desgracia? Inmediatamente se busca « a los responsables. ¿El doctor que lo operó? Imposible; un hombre « tan bueno, tan competente y que goza de tanta reputación. Ni « pensarlo.

« Pero, sin embargo nuestro pariente ha muerto, cuando se ha- « llaba en las mejores condiciones. ¿Habrá habido algún error? No « habrá faltado alguna comprobación de laboratorio, algún examen « complementario, tal vez si tal o cual exploración eléctrica o a los « rayos X?

« Se pide consejos a médicos amigos, a los familiares, a los « conocidos. Todos sin conocer el caso en particular y atenidos a los « datos, bien se comprende exagerados, sin saber dónde se quiere ir, « ni que apetitos se están incentivando, cada uno aporta al espíritu

13. — MARTIN. — loc. cit.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

« inquieto y ya semi-convencido del deudo, hechos y argumentos « insidiosos y más o menos reticentes, que se toman como terminan- « tes e indiscutibles. De deducción en deducción, se llega a la con- « vicción de que el acto operatorio no ha tenido éxito, porque el ci- « rujano ha actuado con una ligereza inconcebible o una impruden- « cia temeraria.

« El sufrimiento engendrado por la pérdida del ser querido, la « decepción y la insidia agena, destruyen en los parientes la confian- « za y la admiración que tenían por su médico y llegan a olvidarse « hasta los servicios prestados anteriormente.

« La obseción engendra la violencia; se siente el deseo de ven- « ganza, de obtener, primero, un castigo para el culpable; después, « habla el interés, que se escuda bajo la forma de justas reparacio- « nes. ¡La vida del deudo se ha puesto a precio!

« Se toma una decisión, comenzando por pedir explicaciones al « Cirujano. De esta primera entrevista, después de la catástrofe, « resultan impresiones muy importantes.— ¿Qué va a responder el « médico a las cuestiones precisas, que han sido maduramente pre- « paradas y graduadas? El sentirá primeramente sorpresa, pues ig- « nora la preparación psicológica por la que viene pasando el clien- « te, la evolución sucesiva de sus impresiones e ideas a estímulos « varios; y va después de la sorpresa a la indignación cuando com- « prende la duda y ve brotar la acusación que pesa sobre él».

« Podrá escapársele palabras de escusa, que herirán más el « amor propio o la sensibilidad predispuesta de su interlocutor y que « ahondarán entre ambas partes una fosa infranqueable; y ya deses- « perado el Médico, termina por decir: Después de todo, haga Ud. lo « quiera. Yo estoy seguro de lo que hecho y lo demás me es igual».

« La conclusión desdichada de esta entrevista, quita toda duda. La querella es interpuesta y la Justicia entra en acción ».

«Esta en el alto papel que le corresponde, podrá actuar con toda « clase de garantías; los peritajes que se aporten podrán ser más o « menos convincentes, y podrán tomarse en cuenta con mayor o « menor interés. La sentencia que recaiga, podrá ser castigo, o la ab- « solución pero, en este último caso, como dice muy bien FAURE, « en ese recinto del pretorio, se puede permanecer con la cabeza « alta, pero de él nunca se sale sin ser seguido por sospechas incu- « rables».

———

Vamos ahora, desde luego en forma breve, a pasar revista a las principales manifestaciones de la vida profesional médica, dentro de las que pueden cometerse estos pecados contra la ley y la conciencia.

A) — La responsabilidad en Cirugía.—La actuación quirúrgica desgraciada por motivos A o B es causa frecuente y la más ostensible para las demandas por responsabilidad profesional. Bien se recuerdan los múltiples y sonados juicios en que cirujanos eminentes han sido citados ante los tribunales, para responder de un error de diagnóstico, que condujo a una intervención fatal, o de una práctica quirúrgica que ocasionó igual fin en un cliente suyo o que por lo menos en ambos casos, se determinó una incapacidad.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Es indudable que nada puede amargar más la vida de un hombre de ciencia, que aquellos momentos angustiosos en que vemos que una vida, cuya salud queremos devolver por medio de una operación, se escapa, por decirlo así, por entre nuestros dedos. Y sin embargo, todo eso es nada, al lado de el sinnúmero de sinsabores que vendrán después cuando la familia nos reclama por su deudo, e instaura contra nosotros un juicio de responsabilidad por *falta operatoria.*

En este radio de acción, brillantes son las palabras que pronunciara el mes pasado en el XXXV. Congreso Francés de Cirugía, esa lumbrera de la Cirugía moderna, el Prof. Faure (14).

« ¿Es qué podemos nosotros ser acusados y condenados por « una falta profesional? No y mil veces no. Porque no hay tal falta « operatoria; lo que hay son desgracias operatorias. Las faltas pue- « den evitarse; las desgracias, por el contrario, escapan a toda pre- « visión. Cabe en lo posible que en una operación desgraciada, se « considere delito una ejecución imperfecta, una falta de destreza, « la poca rapidez en pinzar un vaso que sangra, la falta de calma o « de presencia de espíritu, una fatiga excesiva y tantas otras causas « de desfallecimiento; en una palabra, no ser maestros infalibles en « este arte que pueden dominar algunos hombres excepcionales, « pero que todos no pueden dominar en el mismo grado. Esta es una « ley de la naturaleza que nosotros no podemos contrariar; los hom- « bres son iguales en capacidad de trabajo, en experiencia, en saber, « en inteligencia, en calma, en sangre fría y en claridad de espíritu « y no hay nadie perfecto. Por eso no puede exigírsenos sino que « operemos lo mejor que sepamos y podamos. Pues bien, ¿quién no « prefiere mil veces la satisfacción del éxito por modesto que pueda « ser, a la amargura de un fracaso?.....Ponemos toda nuestra al- « ma en la tarea y si alguna desgracia nos ocurre, en la paz de nues- « tra conciencia ahogamos nuestro dolor, para afrontar nuevas « batallas y rescatar con la salvación de otros, la pérdida de aquel « que no pudimos curar».

Bellas y alucinantes palabras con las que el gran cirujano francés, quiso propugnar aquel abuso inmoral e inmoderado de la responsabilidad de los cirujanos. Comulgo con ellas, soy de los que sin exageraciones defiendo el principio de responsabilidad médica pero no pretendo que el delito profesional sea erigido en pasto de concupiscencias o en flama de difamación, que es la que, a la postre incentiva toda esta clase de litigios, cuando ellos van dirigidos a eminencias ejecutoriadas. Eso sí; sostengo que se debe ser implacable, para los delitos de orden quirúrgico que cometen los profesionales ignorantes e incapaces, los cometidos en flagrante forma de negligencia o de imprudencia.

B. — La responsabilidad en Medicina y Terapéutica.—El error de diagnóstico médico, es de por sí frecuente, máxime si tenemos en cuenta que hoy se dilucida el problema de diagnósis en la mayor

14.—FAURE.—*La responsabilidad de los Cirujanos.*—(Discurso leído en el XXXV Congreso Francés de Cirugía de 1926).—Trad. «La Voz Médica» de Madrid 22 de Octubre de 1926. — Año V. Núm. 217.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

parte de las veces, con el auxilio del laboratorio y otras ciencias auxiliares. ¿Cómo exigir responsabilidad, por lo tanto, cuando no se cuenta con estos elementos? y contando con ellos, ¿es posible aplicarlos siempre, por consideraciones diversas, de orden económico, sobre todo?

De otro lado, la ciencia médica constituye todavía, una ciencia de probabilidades en una serie infinita de entidades morbosas. Y es posible que se pretenda hacer responsable de hechos todavía imperfectamente dilucidados, a aquellos que no acertaron?

Ya LACASSAGNE lo ha dicho: «Nosotros no conocemos *obligaciones ineludibles*, ni tampoco *intervenciones reglamentarias*, de cuya « infracción se derive culpabilidad. Si el médico no sabe cuando « infringe una regla prescrita imperfectamente, no debe ignorar « de que puede ser castigado. Pero si el práctico tuviese la convic- « ción de que cada uno de los múltiples casos en que interviene en el « ejercicio de su profesión, puede originar una pena, el arte se haría « imposible. La espada de la Justicia, se convertiría en la espada de « Damocles; ley tan injusta sería una tiranía » (15).

Con todo, el verdadero médico, aquel que conciente de su saber ha tomado todas las precauciones que le dicta su ciencia y su conciencia, por el estudio cuidadoso del enfermo y la aplicación racional de la terapéutica que él juzga necesaria, ese médico no deberá temer nunca la responsabilidad legal.

En lo que respecta a la experimentación, sintetizamos nuestra opinión en estas mismas palabras del Prof. Nerio Rojas: « mientras « el sistema no signifique una herejía científica y los ensayos tera- « péuticos se hayan hecho preceder de los experimentos aconse- « jados por la prudencia y la probidad debidas, tales tentativas, más « o menos audaces, no deben comportar responsabilidad judi- « cial» (16).

C.—Responsabilidad en medicina legal.—Bien se habrá formado criterio nuestro auditorio, de que no merezco por un exagerado conservadorismo de principios, ser englobado en ese grupo de profesionales que, a decir de FAURE: « al contacto incesante con los hombres « animados de cerrado espíritu jurídico, parecen que han deforma- « do por una fatalidad natural,el espíritu médico que debieron con- « servar intacto» (17).

He mostrado mi gran liberalismo que en materia de responsabilidad, modestamente profeso. Pero, al tratar de la responsabilidad de los médicos legistas, voy a ser, tal vez, iconoclasta, ya que me manifesté exigente en grado sumo, para aquellos que faltan y delinquen, en esta ciencia predilecta de mi espíritu.

Es porque sostengo que la actuación profesional del médico-legista debe ejercerse serena y tranquilamente, con toda honradez y poniéndose a contribución, como ya muchas veces lo he repetido, un 50 por ciento de ciencia y otro 50 por ciento de conciencia.

15. — LACASSAGNE. — loc. cit.
16. — ROJAS. — loc. cit.
17. — FAURE. — loc. cit.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Si pesa sobre el profesional, con toda la gravidez de la ley, enorme responsabilidad por las faltas cometidas en el ejercicio de la profesión, ya como médicos, ya como cirujanos, etc. ¡con cuanto mayor valor deben apreciarse aquellas que se cometen fría y aún premeditadamente, al expedirse un documento médico-legal que va a servir de elemento de acusación y de castigo para un inocente, o también,—y no se cual será peor—para escudar y liberar a un criminal, de aquellos de tipo peligroso, que irán en el trascurso de tiempo, a producir sus anteriores actos delictuosos, al estímulo, precisamente, de sus neuro-criminopatías.

Bien podría asimilarse, — y en esto me siento excesivo en aras del cariño a mi especialidad — el delito de responsabilidad profesional del médico-perito, hasta con el acto delictuoso de forma dolosa, porque en verdad, existe una premeditación, perfectamente conciente, que compulsa el perito tranquilamente, en el largo tiempo de preparación de su dictamen, al abrigo de su experiencia y de su bien documentada biblioteca. Nada, pues, lo excusa; no podrá achacarse a la premura del tiempo, al acto emocional del momento, a la falta de documentación o de elementos, pues en estos casos le cabe confesar su impotencia, ante la imposibilidad material de llegar a conclusiones definitivas.

Es, por tales razones, que sostengo que, en las faltas que cometa el médico, en su actuación como perito, debe caer la ley con todo su rigor; porque nada salvaguarda, al que se precia de un título de tanto honor, ni la ignorancia o la impericia, ni mucho menos la negligencia o la imprudencia.

Y así podríamos seguir examinando otras facetas de la vida profesional, en lo que a responsabilidad se refiere, pero no queremos ser exagerados con nuestro auditorio.

IV. — *EL PERITAJE MEDICO-LEGAL SOBRE RESPONSABILIDAD*

Pocas actuaciones médico-legales serán tan odiosas para el forense,— entre las muchas que la especialidad presenta, — como aquella que tiene por objeto determinar una responsabilidad profesional. La tarea, ingrata desde luego, pues a herir a un colega, lleva en sí, además, múltiples dificultades, dimanadas de esa misma lucha de intereses, por lo general, grandemente exagerados, que restan elementos de apreciación al peritaje.

Desde luego, nada debe impedir al que se precia de médico-legista, para negar su concurso en esta clase de intervenciones, pues ello se comprende dentro del radio de acción de su especialidad. Solamente tendrán justificación a una negativa, perfectamente fundada, los demás profesionales que no se hayan dedicado a esta rama de la medicina o no hayan hecho anteriormente labor médico-forense.

La compulsación de los hechos, para llegar a la verdad científica, finalidad del proceso, deberá llevarse con suma cautela. Los datos a comprobarse se tomarán siempre en su justo medio, dejando

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de lado las obligadas exageraciones de quienes intencionalmente tratan de desvirtuarlos. Se oirá al colega, primeramente, y después a las partes querellantes; se rehará lo más completamente la historia clínica del caso y se recojerán elementos en las clínicas, hospitales o laboratorios, por los que haya pasado el paciente. Si éste vive, se le examinará prolijamente; se harán todas las pruebas, exámenes e investigaciones que fuesen necesarias y conducentes a establecer la verdad clara de los hechos.

Ya en posesión de todos los elementos, es necesario establecer el proceso médico-legal, como lo indica el Prof. Rojas (de Buenos Aires) o sea: 1°. — el agente (médico, farmacéutico, partera); 2°.— el daño resultante; 3°. — si ha sido acto exclusivamente profesional; 4°. — si no ha habido intención dolosa; 5°.— si el daño comprobado guarda relación de causalidad con el acto incriminado; y 6°.–determinar si ello ha sido debido a una impericia, a una negligencia o a una imprudencia.

Si los elementos que logramos conseguir son tan completos que nos permiten conclusiones claras y terminantes, no titubearemos en establecerlas; pero si con los datos obtenidos no es posible llegar a una certera finalidad, terminaremos nuestro informe dejando establecido la esterilidad de nuestros esfuerzos, por la imposibilidad material de sustentarlos en hechos claros e indiscutibles.

Debe el perito tener presente, además, que en los casos dudosos o de incierta interpretación, debe inclinarse de preferencia del lado del colega; una sana moral, un espíritu de solidaridad así lo aconsejan. Pero, debe, igualmente, huir de todo lo que signifique parcialidad profesional, pues, sobre las consideraciones de orden colectivo, y gremial, deben estar siempre los derechos del cliente, para quien y por quien ejercemos nuestra profesión. La solidaridad profesional tiene sus límites, y estos son aquellos que limitan igualmente la conciencia individual.

CONCLUSIONES

Voy a concluir, señores, y al hacerlo quiero dejar, perfectamente nitificadas, estas conclusiones, que son convencimiento íntimo, serenamente formado.

1ª. — No acepto la irresponsabilidad médica, porque como ya lo he dicho, parodiando a un escritor italiano "el título profesional no puede constituir nunca un brevete de impunidad".

2ª. — No acepto, tampoco, la responsabilidad absoluta, porque ni en el estado actual de la ciencia, ni aún en el trascurso del tiempo y sus máximos adelantos,podrá llegarse a la infalibilidad profesional. El médico es un ser humano, tan susceptible de errores, como el que menos.

3ª. — Afirmo que la responsabilidad penal, sólo debe limitarse para los grandes ignorantes, que cometen sus crímenes profesionales, a sabiendas.....de que no saben nada. Para estos responsables ignorantes, castigo y execración y rechazo absoluto del gremio médico, pues son los criminales concientes en el arte de curar. Y más

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

aún los ignorantes mercantilezcos, que determinan sus víctimas, engañándolas entre los señuelos de una fórmula polifarmácica, de un tratamiento novedoso de cuarta plana, o de una intervención quirúrgica simulada.

4ª. — Para los que cometieron su falta bajo el estímulo de una imprudencia o de una negligencia, mientras aquel no sea temerario y esta inconcebible, la sanción civil, pues es justo el resarcimiento de los daños que ocasionó nuestra incorrecta actuación.

5°. — Para todos quellos que, por una u otra causa, tuvieron la desgracia de convertirse en reos de responsabilidad, la sanción moral, aquella que se ejecutoria en lo más íntimo de nuestro ser, de nuestra conciencia. Que no se valandronen si escaparon impunes a la justicia de los hombres, cuando la conmiseración, el respeto a la timidez, dejaron que el tiempo cubriera sus delitos con el manto del olvido, pues siempre tendrán un Juez que todo lo sabe, y nada perdona: SU CONCIENCIA; y un castigo que siempre se cumple: EL RECUERDO.

La hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo en el paludismo

Por el Dr. JORGE V. REATEGUI

(Continuación)

Historia clínica N° 11.—N. N. de 26 años de edad, blanco. natural de Caraz, procedente de Lima, calle de la Barranquita; de profesión gasfitero. Ingresa al servicio de San Franisco, después de 6 dias enfermedad.

Enfermedad actual.—Refiere el paciente qué hace 6 días despertó con pesadez en el cuerpo, él fué trocándose en un verdadero malestar, acompañado de náuseas, vómitos biliosos, cefalalgia intensa, calofríos, fiebre alta, y después sudores profusos; que este malestar le duró hasta las once del día, dejándole bastante postrado. Al tercer día sintió a eso de las 9 de la mañana una sensación de pesadez en el hipocondrio izquierdo, ligera tos, malestar general, escalofrío, cefalalgia, fiebre y sudores profusos. Como estos síntomas se repetían a pesar de la cascarilla que había tomado, desde el primer día que se sintió mal, resolvió hospitalizarse.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes de plasmodiun vivax.* Reacción de Wassermann negativa.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Examen del líquido céfalo raquídeo (extraído antes de administración de quinina) Cantidad 20 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcaina; serina 0.80 por mil; globulina vestigios; glucosa 0.50; urea 0.22; cloruros 6.50. Linfocitos 3 por mmc.; granulocitos 1 por mmc. Cultivos negativos. Gérmenes no se encuentran. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 9 de marzo 38.6 por la tarde. Se le manda un purgante salino. Día 10 en la mañana 36.6. Se le hace una punción lumbar, extrayéndole 20 cc. de líquido, que sale a mediana tensión (gota frecuente); en seguida se le pone 1 gr. de quinina por vía intramuscular. En la tarde la temperatura alcanza a 36.8. Día 11 en la mañana la temperatura sube a 37.2. Se le pone un gr. de clorhidrato de quinina por vía intramuscular. En la tarde la temperatura sube á 39.8. El 12 en la mañana la temperatura es de 36.2. Se le administra su tratamiento quinínico. Por la tarde la temperatura marca 36.4. Desde este día hasta el 21 que se le dió de alta, la temperatura se mantuvo en la normal.

Historia clínica N° 12.—N N. de 18 años de edad, indio, soltero, natural de Huancayo, procedente de la Hda. Naranjal, de ocupación peón. Ingresa al servicio de San Francisco con seis días de enfermedad el 10 de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Dice el enfermo que estando en sus labores de campo, sintió un malestar, acompañado de calofrío, sudor y fiebre de 39°. síntomas que le duraron hasta la noche, y que le comenzaban por la tarde. Estos síntomas se repetían a diario a pesar de los remedios caseros que tomaba. Refiere el paciente que además tenía cefalalgia intensa que a nada quería ceder. En estas condiciones resolvió venir al hospital.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: Reacción de Wassermann negativa. *Plasmodium vivax.*

Examen de líquido céfalo raquídeo (extraído antes de la administración de quinina) Cantidad 10 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.40 por mil; globulina no hay; glucosa 0.54; urea 0.27; cloruros 7 gr. linfocitos 3 por milímetro cúbico; granulocitos 1 por mmc. Cultivos negativos. Gérmenes no se encuentran. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—El 10 de abril por la tarde ingresó con 40.8 de temperatura. Se le prescribe un purgante salino y unas obleas de piramidón y antipirina. Día 11 en la mañana 36.8 de temperatura. Se le hace punción lumbar de 10 cc. de líquido, que sale a gota frecuente; después se le pone una inyección de clorhidrato de quinina de 1 gr. Por la tarde 38.4. El 12 en la mañana 36.2. Se le administra su tratamiento quinínico. Por la tarde la temperatura sube 38.6. Día 13 en la mañana la temperatura es de 36.2; por la tarde alcanza a 36.4. Se sigue el mismo tratamiento que el día anterior. Se le vuelve a poner inyección de clorhidrato de quinina el día 14, el 16 y el 18. La

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

temperatura se mantiene en la normal hasta el 21, día que sale de alta.

Historia clínica N° 13.—N. N. de 25 años, mestizo, soltero, natural de San Bartolomé, procedente de la Hda. Chacarilla; de ocupación caporal. Después de cuatro días de enfermedad ingresa a la Sala de San Roque, el 8 de abril de 1926.

Enfermedad actual.—Hace 4 días sintió descomposición de cuerpo, dolor de cabeza y fiebre alta; tuvo dolor en la región lumbar, que no le permitía caminar. Dice que la fiebre bajó con un baño caliente, y dejando un día volvió a tener temperatura alta, pero sin escalofríos. Además ha tenido vómitos biliosos. Tiene cefalalgia y tos con espectoración.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes jóvenes de plasmodiun vivax.* Reacción de Wassermann positiva.

Examen de líquido céfalo raquídeo (extraído después de administración de quinina) Cantidad 10 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.80; globulinas no hay; glucosa 0.59; urea 0.23; cloruros 7 gr.; linfocitos 6 por mmc.; granulocitos 1 por mmc. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 8 en la tarde 36.4. Se le pone una inyección de quinina en vista de la procedencia y de los antecedentes del enfermo. En la tarde 37. Día 9 en la mañana 36.2; en la tarde 40.2. Sigue su tratamiento quinínico. Día 10 en la mañana y en la tarde 36.4. Se continúa su tratamiento quinínico. Desde ese día hasta el 16 la temperatura se mantiene entre 36.4 y 36. 9. El día 17 en la mañana 38.9. El enfermo está soporoso. Se le hace una punción lumbar de 10 cc. que salió a tensión mediana (gota frecuente). Se le ponen dos gramos quinina. Desde el día 19 hasta el 29 la temperatura se mantiene normal, y se le sigue administrando su tratamiento quinínico.

Historia clínica N° 14.—N. N. de 33 años de edad, soltero, procedente de la Hda. Huachipa, de ocupación agricultor; con 5 días de enfermedad ingresa al servicio de San Francisco el 9 de enero del 1926.

Enfermedad actual.—Relata el enfermo que estando en el desempeño de sus labores sintió fuerte escalofrío, al que siguió cefalalgia y ascenso de la temperatura; que al día siguiente amaneció bien, en vista de lo cual reanudó sus labores y su alimentación de costumbre. En la noche del mismo día tuvo cefalalgia, con eructos rancios, náuseas, vómitos y diarrea. El enfermo creyendo una cosa pasajera se medicinó con remedios caseros. El cuarto día se repitió el acceso, con el mismo cuadro que el primero, agregándose los trastornos digestivos. En estas condiciones resolvió hospitalizarse.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes de plasmodiun malarie.* Reacción de Wassermann negativa.

Examen de líquido céfalo raquídeo (se extrajo después de administración de quinina).—Cantidad 15 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.70; globulinas no hay; gucosa 0.66; urea 0.45; cloruros 7 gr.; linfocitos 6 por mmc.; granulocitos 2 por mmc. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 9 en la tarde 37.6. Se le pone una inyección intramuscular de 1 gr. de clorhidrato de quinina. Día 10 en la mañana 36.8. Se le administra su tratamiento quinínico. Por la tarde la temperatura se matiene en la normal. Día 11 la temperatura se mantiene en la normal. Se le hacé una punción lumbar de 15 cc. que sale a tensión baja (gota lenta). Día 12 en la mañana 37.2. Se le administra un gramo de quinina. En la tarde la temperatura sube a 39.1. Se le prescribe un enema purgante. Día 13 la temperatura se mantiene normal; la que se conserva en este estado hasta el día 18 que se le da de alta.

Historia clínica N° 15.—N. N. de 48 años, blanco, casado, procedente de Lima, de ocupación pintor. Ingresa al servicio de San Francisco el 15 de enero de 1926.

Enfermedad actual.—Hacen cinco días encontrándose en sus labores sintió malestar, náuseas, fiebre alta, cefalalgia intensa y por último, sudores profusos, que le duraron algunas horas. Refiere el paciente que después del acceso se sintió muy postrado. Al día siguinte tomó un purgante salino y cascarilla; pero como los síntomas se volvían a repetir a pesar del tratamiento que seguía, resolvió hospitalizarse.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes de plasmodiun vivax.*

Examen del líquido céfalo raquídeo (extraído después de administración de quinina) Cantidad 15 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina. Serina 0.90 por mmc.; globulinas no hay; glucosa 0.50; cloruros 6.50; linfocitos 8 por mmc.; granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—El día 15 en la tarde 39. Se le pone una inyección de quinina por vía intramuscular. Día 16 en la mañana 38.8. Se le administra un purgante salino. Sigue su régimen quinínico. En la tarde 37.4. Día 17 en la mañana 36.9. Se le hace punción lumbar de 15 cc. de líquido, que sale a gota frecuente. Sigue su régimen quinínico. En la tarde la temperatura sube a 39.6 Día 18 en la mañana 36.8. Se le pone una inyección de quinina. En la tarde la temperatura se mantiene normal. Permanece en este estado hasta el día 24 que se le dió de alta.

Historia clínica N° 16.—N. N. de 53 años, indio, casado, natural del Callao, procedente de Lima (calle de La Victoria);

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de ocupación agricultor; ingresa al servicio después de 6 días de enfermedad, el 1° de enero de 1926.

Enfermedad actual.—Hace seis días estando en el desempeño de sus labores con los pies descalzos en el agua, sintió fuerte escalofrío y fiebre. En estas condiciones se retiró a su domicilio, en donde tuvo dolor de cabeza intenso, dolor de sintura y sudores abundantes.. Este mismo cuadro se repitió al día siguiente; razón por la cual tomó un purgante salino y seis pastillas de bromoquinina. En vista de que el mal continuaba sin ninguna mejoría se hospitaliza el 1° de enero.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Plasmodiun vivax, esquizontes jóvenes.* Reacción de Wassermann negativa.

Exámen de líquido céfalo raquídeo (se extrajo después de administración de quinina) Cantidad 15 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina, serina 0.50 por mil; globulinas no hay; glucosa 0.52; urea 0.19; cloruros 7 gr.; linfocitos 2; granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 1° 37 de temperatura. Se le pone 1 gr. de quinina. Día 2 en la mañana 36.8. Sigue su tratamiento quinínico y se le prescribe un purgante. Por la tarde 38.5. Día 3 la temperatura se mantiene normal. Sigue su tratamiento quinínico. Se le hace la punción lumbar, extrayéndosele 15 cc.; el líquido sale a gota frecuente. Día 4 en la mañana 37 de temperatura. Sigue su tratamiento quinínico. En la tarde 38.6. Se le administra quinina hasta el día 8. La temperatura se mantiene normal hasta el día 13 que se le de alta.

Historia clínica N° 17.—N. N. de 24 años de edad, indio, procedente del Pedregal, de ocupación basurero. Ingresó al servicio de San Francisco el 6 de enero de 1926.

Enfermedad actual.—Hace 6 días fué atacado bruscamente de malestar general vómito, diarrea y fiebre. Poco rato después tuvo sudores abundantes y cefalalgia intensa. El enfermo atribuyó estos trastornos a una indisposición gástrica que tuvo dos días antes, razón por la cual tomó 6 píldoras de Jaime, consiguiendo evacuación abundante; además tomó obleas de quinina. En vista de que no conseguía ninguna mejoría se hospitalizó.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Hay esquizontes maduros de pasmodiun vivax.* Reacción Wassermann negativa.

Examen de líquido céfalo raquídeo (se extrajo después de administración de quinina) Cantidad 22 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.90 por mil; globulina no hay; glucosa 0.53; urea 0.23; cloruros 7 gr.; linfocitos 3 mmc.; granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 6 en la tarde 38.7 de temperatura. Se le pone 1 gr. de quinina y un enema purgante. Día 7 en la mañana 37 de temperatura. Se le hace punción lumbar de 20 c. c. de líquido, que salió a gota frecuente. Sigue el régimen qui-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ALFOZONO

PODEROSO GERMICIDA SIN EFECTO TOXICO NI IRRITANTE.

Su potencia como tal, sus incomparables ventajas sobre los germicidas ordinarios y su excepcional eficacia han sido comprobadas por experiencias clínicas en el tratamiento de,



Cistitis, Uretritis, Enfermedades de la Vagina y del Utero, Afecciones de la Nariz y Garganta, Afecciones Gastro-Intestinales, Lesiones Accidentales y en la Cirugía.

A solicitud se enviará a los señores médicos muestras y un folleto con datos importantes acerca del uso económico del ALFOZONO y sus admirables resultados en los casos indicados.

El Alfozono se presenta en polvo y en tabletas.
Se vende en todas las principales farmacias y droguerías.

Frederick Stearns & Compañía
Detroit, Mich. E. U. de A.
Casa establecida en 1855

En la

Anemia, Clorosis y Debilidad

esta indicado el

VINO TÓNICO DE STEARNS

de Extracto de Hígado de Bacalao con Peptonato de Hierro

Tónico-alterante que renueva las fuerzas reconstructivas, estimula el apetito, mejora la digestión y enriquece la sangre



Es agradable al paladar y aceptado por el estómago más delicado. Excelente vehículo y coadyuvante de los cacodilatos, el guayacol, etc.

DOSIS: Para adultos una cucharada antes de las comidas y al acostarse si fuere necesario. Para niños según la edad o como lo requiera el caso.

De venta en las Droguerías y Farmacias.

A solicitud se enviarán muestras gratis.

FABRICANTES:
Frederick Stearns y Compañía, Detroit, E. U. A.
Casa establecida en 1855.

Sírvase solicitar muestra y literatura médica a nuestro repesentante

Casilla 1707
Lima

ENRIQUE. S BAMBAREN

Plaza Francia 230
Tel. 2830.

Universidad del Pacífico. Biblioteca de América

PULMOSERUM
BAILLY

ANTISEPTICO MODIFICADOR
de las Afecciones Bacilares
PODEROSO RECONSTITUYENTE
de los Organos de la Respiración
MEDICACION DE LAS ENFERMEDADES

BRONCO PULMONARES

RESFRIADOS, TOS, GRIPPE, CATARROS,
ASMA, LARINGITIS, BRONQUITIS, etc.

Empleado en los Hospitales.
RECOMENDADO POR LA MAYORIA DEL CUERPO MEDICAL FRANCÉS
Adoptado por mas de 30.000 Medicos Extranjeros

Modo de Empleo: Una cucharada de las de café mañana y noche.

MUESTRAS GRATIS SOLICITANDOLAS

Exigase el nombre: PULMOSERUM - BAILLY
15 & 17, Rue de Rome, PARIS
Venta en todas las Farmacias

FORXOL

MEDICACION DINAMOGENICA
para la cura de todos los estados de
DEBILIDAD ORGÁNICA
AGUDA O CRÓNICA

ASOCIACION SINERGICA, ORGANO MINERAL
bajo la forma concentrada de los principios medicamentosos los mas eficaces
HIERRO, MANGANESO, CALCIUM
en combinacion nucleinica, hexoso-hexafosforica y monometilarsinico vitaminado

ADINAMIA DE LOS CONVALECIENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESION Y SURMENAGE
ASTENIA CRÓNICA DE LOS ADULTOS
PERTURBACIONES DE CRECIMIENTO - DEBILIDAD GENERAL
ANEMIAS Y NERVOSIS

LIQUIDO AGRADABLE *para tomarlo a mitad de las comidas, con agua, vino o un liquido cualquiera, que no sea leche.*

Ninos a partir de 5 años . . . . 1 a 2 medias cucharaditas de café por dia
Adolecientes . . . . . 1 a 2 cucharaditas de café por dia
Adultos . . . . . 2 a 3 — —

SE MANDAN MUESTRAS SI SE PIDEN

Laboratorios A. BAILLY
15, 17, Rue de Rome, PARIS (8e)

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nínico. En la tarde 38.8 de temperatura. Día 8 en la mañana 37 de temperatura. Sigue su régimen. En la tarde 38.2. Desde el 9 hasta el 14 que sale de alta, la temperatura se mantiene en estado normal.

Historia clínica N° 18.—N. N. de 32 años, negro, natural de Cañete; procedente de Lima; de ocupación albañil; ingresó al servicio de San Francisco el 3 de enero de 1926.

Enfermedad actual.—Hacen tres días, estando en sus labores sintió malestar, acompañado de náuseas y vómitos que fueron seguidos de dolor de cabeza, ligero escalofrío, fiebre y sudores no muy abundantes. Atribuyendo el paciente su malestar a un almuerzo copioso que hizo, tomó seis píldoras de Reuter. Dice que al día siguiente despertó sin fiebre; pero con el cuerpo muy adolorido; notó que la temperatura le subió por la tarde, terminando después de algunas horas. Como al tercer día volvió a sentir los mismos síntomas ya descritos anteriormente, resolvió hospitalizarse.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Hay esquizontes de plasmodium vivax.*—Reacción de Wassermann negativa.

Examen de líquido céfalo raquídeo (extraído antes de administración de quinina) Cantidad 20 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.70; globulina no hay; glucosa 0.56 por mil; urea 0.16; cloruros 7 gr. Linfocitos 3 mmc. Granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—El día 3 por la tarde 38.9. Se le prescribe un enema purgante. Día 4 en la mañana se le hace una punción lumbar de 20 cc.; el líquido sale a gota lenta. Se le pone una inyección de quinina por vía intramuscular. La temperatura es de 36.8. Por la tarde la temperatua marca 36.5. Día 5 en la mañana 37.2. Se le sigue su tratamiento quinínico. Por la tarde 39.1. Día 6 la temperatura baja a 36.6 y se mantiene en este estado durante todo el día. Se sigue su tratamiento quinínico. Día 7 la temperatura se mantiene en 36 y fracción. Se le administra su tratamiento quinínico. Desde esta fecha hasta el 12, que sale de alta la temperatura se mantiene normal.

Historia clínica N° 19.—N. N. de 29 años de edad, mestizo, natural de Chiclayo procedente de La Victoria, de ocupación chauffeur; ingresó al servicio de San Francisco el 4 de febrero de 1926, después de 4 días de enfermedad.

Enfermedad actual.—Relata el enfermo que hace cuatro días, fué sorprendido bruscamente por cefalalgia intensa, descomposición de cuerpo, dolores articulares, mialgias generalizadas; vómitos biliosos, a lo que siguió sudor con enfriamiento de las extremidades. Una hora más tarde tuvo un ascenso de temperatura que llegó a 41. Dice el enfermo que desde hacía tres días no deponía, además sentía ligero malestar y somno-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

lencia, con dolor a la presión de los globos oculares. En la noche la fiebre bajó un poco, pero el estado del enfermo era el de un individuo que no estaba con sus facultades mentales normales. Al día siguiente por la mañana, sin haber desaparecido la fiebre, volvió a remitir hasta 40.5. En estas condiciones el enfermo tomó purgante salino, unas obleas de quinina y cascarilla como bebida. No habiendo conseguido ninguna mejoría, con el tratamiento empleado, se hospitalizó.

Exámenes de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes maduros y gametas de plasmodiun falciparun.* Reacción de Wassermann negativa.

Examen de líquido céfalo raquídeo (extraído despues de administración de quinina) Cantidad 25 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.70; globulina no hay; glucosa 0.56; urea 0.16; cloruros 7 gr. linfocitos 3 por mmc. granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 4 en la tarde 38.8. En vista de los antecedentes del enfermo se le prescribe una inyección de colobiasa de quinina de 1 gr.; un enema purgante. Día 5 en la mañana 38. Se le pone otra inyección de colobiasa. En la tarde la temperatura es de 37.6. Debo advertir que los síntomas que dice el enfermo tuvo en su casa, no se han presentado en el servicio con la misma intensidad. Día 6 en la mañana 37. Se le hace la punción lumbar de 25 cc.; el líquido sale a gota frecuente. Se le prescribe una inyección intramuscular de 1 gr. de clorhidrato de quinina. Por la tarde es de 36.9. Se continúa su tratamiento quinínico hasta el día 11. La temperatura se mantiene normal hasta el día que el paciente sale de alta.

Historia clínica N° 20.—N. N. de 13 años, indio, natural de Ayacucho, de ocupación mayordomo, procede del Callao; con seis días enfermedad ingresa al servicio de San Francisco el 16 de enero de 1926.

Enfermedad actual.—Refiere el enfermo qué desde hace seis días tiene cefalalgia intensa, con fiebre no muy alta, y sudores abundantes. Cree que la fiebre le dura todo el día, por sentirse inapetente y sin deseos de trabajar desde aquélla ocasión Es en estas condiciones que ingresa al hospital.

Examen de laboratorio.—Sangre: *Esquizontes de plasmodiun vivax.* Reacción de Wassermann negativa.

Examen de líquido céfalo raquídeo (etraído antes de la administración de quinina) Cantidad 15 cc.; aspecto límpido; color cristal de roca; reacción alcalina; serina 0.60; globulinas no hay; glucosa 0.53; urea 0.23; cloruros 7 gr.; linfocitos 3 por mmc;.; granulocitos no hay. Reacción de Wassermann negativa.

Evolución.—Día 16 en la mañana 36.8. Se le hace la punción lumbar, extrayéndole 15 cc. de líquido que sale a gota frecuente. En vista de los antecedentes se le prescribe una inyección de quinina por vía intramuscular. En la tarde 38.6 de temperatura. Día 17 en la mañana 37.5. Se le prescribe el mis-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

mo tratamiento que el día anterior, y además un purgante salino. En la tarde 38.9. Día 18 en la mañana 37.5. sigue su tratamiento. En la tarde previo un escalofrío, la temperatura llega a 38. Día 19 en la mañana 36.5. Sigue su régimen. En la tarde 36.8. Desde este día hasta el 25 que sale de alta la temperatura se mantiene normal.

CONCLUSIONES

1°—La hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo, es constante en el paludismo, cualquiera que sea el plasmodium que lo produzca.

2°—La serina es la albúmina encontrada en el líquido céfalo raquídeo de la mayor parte de los palúdicos; sólo en cuatro casos de 30 estudiados, se consiguieron vestigios de globulina.

3°—Las cantidades de albúmina encontradas, en el líquido céfalo raquídeo de los palúdicos, ha oscilado de 0.60 a 0.80 en el mayor número de ellos (66.6%).

4°—Hay disociación citológica en el líquido céfalo raquídeo de los palúdicos.

5°—Hay hipertensión manifiesta del líquido céfalo raquídeo en gran número de palúdicos; de 30 casos examinados, 20 acusaban elevación de tensión—14 a gota frecuente y 6 a chorro—, es decir, que hay un porcentaje de 66.6%.

6°—La hiperalbuminosis constante, la relativa frecuencia de pleocitosis y los síntomas clínicos que acompañan al paludismo, hacen pensar que todos estos datos traducen un proceso meníngeo discreto.

7°—La administración de la quinina no tiene influencia sobre la hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo de los palúdicos.

Notas Terapéuticas

EL EMPLEO DEL ALLONAL EN CLIENTELA NEUROPSIQUIATRICA.—La terapéutica del insomnio debe esforzarse en ser etiológica, la hiperexcitación, la agitación, la angustia, el dolor son unas de las principales causas del insomnio. Un buen hipnótico debe ante todo atenuar estos síntomas o bien hacerlos desaparecer. La hiperexcitación se determina sobre todo por la fatiga, agotamiento nervioso y la autointoxicación; un insomnio debido a estas causas se combatirá eficazmente por el sedobrol, bromuro disimulado, fácilmente absorbible y sin ninguna acción nociva para el tubo digestivo. Al

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

parecer, el sedobrol, presenta ventajas muy importantes desde el triple punto de vista fisiológico, práctico y psíquico, no solamente en los nerviosos, sino también en todos los enfermos que padecen de alguna afección del tubo digestivo y del aparato cardiovascular.

En los grandes insomnios de los agitados, de los ansiosos, de los angustiosos, el semiforme soluble e inyectable, excesivamente manejable, es el hipnótico preferido.

El *allonal* es seguramente preferible en los insomnios provocados o mantenidos por el dolor (abcesos, reumatismos, cánceres, tuberculosis, poliomielitis, causalgias, tabes, tics dolorosos, zona, algias y neuralgias de cualquier origen que sean). Se sabe que el *allonal* es el isopropilalilbarbiturato de dimetilamidoantipirina; es pues un medicamento que obra a la vez sobre el elemento dolor (dimetilamidoantipirina), y sobre el elemento insomnio (ácido isopropilalilbarbitúrico).

Según J. Vinchon (*Pratique Medicale Francise*.—París 1926), el allonal presta los mejores servicios en clientela neuropsiquiátrica. Da siempre buenos resultados en los pequeños ansiosos y en los ansiosos medianos, en los agitados, melancólicos, hipocondríacos, y particularmente en todos los insomnios causados por el dolor. En fin, este medicamento puede substituir con ventaja a las inyecciones de morfina y puede hasta ser un adyuvante muy útil de la desintoxicación en la morfinomanía y en la cocainomanía.

Noticias

EN MONTEVIDEO SE VA A REUNIR UNA CONFERENCIA PARA ESTUDIAR LA MORTALIDAD INFANTIL EN AMERICA.—La Sexta Asamblea de la Sociedad de las Naciones resolvió encargar al Comité de Higiene la organización de una conferencia de especialistas en matéria de protección a la infancia; esa reunión se llevó a cabo en Ginebra en los últimos días del mes de setiembre último.

Las conclusiones de la Conferencia—que han sido aprobadas por el Comité de Higiene—recomiendan una investigación internacional sobre diferentes problemas relativos a la mortalidad infantil y se propone, con ese fin, la preparación, por los miembros de la Conferencia, de estudios basados en la observación e investigación en sus respectivos países, de cuestiones estadísticas, médicas y de higiene pública. Con este objeto, en cada país se escogerán dos regiones rurales y dos ur-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

banas, una de las cuales deberá tener una mortalidad infantil superior a la otra.

La investigación comprenderá desde el nacimiento hasta la edad de un año—con el objeto de hacer resaltar la elevada mortalidad durante la primera semana de vida—y estará dividida en las siguientes secciones:

a) desde el nacimiento hasta la primera semana:
b) de la primera semana al primer mes;
c) los siguientes once meses de vida.

Con objeto de llegar a conclusiones prácticas, la investigación se referirá únicamente a las causas más importantes de la mortalidad infantil; esas causas son las siguientes:

1) nacimiento antes del término;
2) accidentes durante el nacimiento y enfermedades congénitas;
3) muertes atribuídas a debilidad congénita;
4) enfermedades de vías respiratorias;
5) enfermedades intestinales; y
6) enfermedades infecciosas, incluyendo sífilis y tuberculosis.

Una investigación de esta clase ya se lleva a cabo en los siguientes países: Alemania, Austria, Estados Unidos de Norte América, Francia, Holanda, Inglaterra, Italia y Noruega. Con objeto de comparar el progreso de las observaciones hechas, los especialistas de esas naciones se reunirán cada cuatro meses en diferentes centros, debiendo efectuarse la primera reunión en enero de 1927.

Para estudiar estos asuntos el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones ha decidido invitar a especialistas de la América del Sur y la ciudad de Montevideo ha sido escogida para que en ella se lleve a cabo esa reunión, que será inaugurada por el profesor Th. Madsen, Presidente del Comité de Higiene, con la colaboración activa del Dr. Ludwig Rajchman, Director-Médico de la Sección de Higiene. El profesor Morquio prepara todo lo concerniente al certámen, al que se han invitado especialistas de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

El Perú, según creemos, no ha recibido invitación. La Sociedad de las Naciones dice que al designarse los países que estarán representados en la Conferencia, se ha tenido en cuenta la facilidad y rapidez de comunicaciones con Montevideo.

LIGA SURAMERICANA DE LUCHA CONTRA EL CANCER.—En la cuarta Conferencia de higiene, microbiología y patología celebrada últimamente en Buenos Aires, después de escuchar algunas comunicaciones relacionadas con el cáncer el delegado brasileño doctor Pinheiro Echagas, propuso la creación de una Liga sudamericana de lucha contra el cáncer, idea que fué apoyada por el voto unánime de la asamblea.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Tanto el profesor Aráoz Alfaro, que presidía la sesión, como el delegado brasileño, profesor Nacimento Gurgel, hicieron uso de la palabra aplaudiendo la iniciativa.

Por indicación del delegado del Uruguay, profesor Pou y Orfilia, se ha designado una comisión compuesta por el doctor A. H. Roffo, por la Argentina, y el doctor Pinheiro Echagas, por el Brasil, y el profesor Pou y Orfilia delegado del Uruguay, para que proyecten las bases de esta institución, organización que, por una gentil decisión de los demás delegados ha quedado a cargo del doctor Roffo.

Esta fundación ha de redundar beneficiosamente, no sólo para un acercamiento científico más amplio, entre los países de la América del Sur, sino también hacia la adopción de métodos y procedimientos para una mejor lucha contra uno de los flagelos que interesa a todos por igual. Este llamamiento para ofrecer un frente único contra esta enfermedad, tiene su precedente en el IV Congreso Médico panamericano celebrado en Lima en 1913, donde el profesor Hercelles, despues de la comunicación que hiciera el doctor Roffo sobre el cancer experimental, propuso la organización de un comité sudamericano, cuya sede principal residiría en Buenos Aires, y cuya realización no se ha llevado a la práctica por causas ajenas a la voluntad de sus fundadores.

Bibliografía

TECHNIQUE DES PRELEVEMENTS ET DES BIOPSIES DANS LA PRATIQUE CLINIQUE par les Drs. Robetr Dupont, Roger Leroux et Jean Dalsace.—*Masson et Cié.*, editeurs.—París. 1926.—2 Shellings.

Este bello libro, contiene, expuestos en la mejor forma, todos los datos que es menester conocer para tomar las muestras que deben analizarse.

En la primera parte de la obra se describe todo lo relacionado con los exámenes hematológicos, bacteriológicos y clínicos.

La segunda, trata de las biopsias, para los estudios anatomopatológicos, especialmente de aquellos análisis que deben realizarse durante el acto quirúrgico mismo.

Por estos datos es posible darse cuenta de la importancia de este libro, que se debe romendar a todos los que se dedican a investigaciones de Laboratorio.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Infartos supurados múltiples del pulmón después de operaciones abdominales

Por el Dr. PEDRO ESCUDERO
Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires

Durante muchos años se consideró que las complicaciones pulmonares que siguen a las intervenciones del vientre, eran neumonías, bronconeumonías o congestiones activas; este criterio erróneo ha sido modificado en la actualidad, como puede deducirse de las publicaciones de los últimos años. De Quervein de Berna, asegura que las tres cuartas partes de los fallecidos por operaciones sobre estómago, obedecen a complicaciones pulmonares.

Excepción hecha de algunos casos publicados aisladamente en 1915 por Castex, la primera publicación de conjunto la hacen Ochsner y Scheindler en 1920 quienes pasan en revista las 37 monografías publicadas en los últimos setenta años, y ponen de manifiesto que la trombosis pulmonar es causa de muerte en el medio por mil de las laparotomías altas y en el medio por mil de las histerectomías y anuncian muchas causas de estas trombosis.

Posteriormente se suceden numerosos trabajos en todos los países y con preferencia en América del Norte; su lectura lleva la convicción al ánimo que se está aún muy lejos de conocer las causas que originan embolias e infartos pulmonares. Cutler no cree en la influencia de la anestesia, porque las complicaciones aparecen en la general y en la local; Herb en cambio, asigna un papel importante a la concentración exagerada de los vapores de éter; varios autores atribuyen a la mala circulación y a la éstasis venosa causa preponderante; otros en cambio, les asignan defectos de técnica sumados a condiciones particulares del enfermo.

FORMAS CLINICAS DESCRITAS

Si se exceptúa el colapso agudo del pulmón se describen tres formas clínicas:

1. *Embolia pulmonar* grave, mortal en más del 90 por 100 y debida al enclavamiento del émbolo en la arteria pulmonar. Kirschner ha publicado un caso salvado por la operación de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Trendelemburg, efectuada inmediatamente de producida la embolia pulmonar.

2. *Infarto pulmonar* consecutivo a las embolias de una arteria pequeña y que origina una sintomatología bien conocida y una mortalidad de 15 a 20 por 100.

3. *Embolias diminutas* de las ramificaciones pulmonares, que describiremos.

Esta clasificación de Wharton y Prison la creemos la más ajustada a los hechos de observación; las dos formas primeras han sido descritas y son conoidas de tiempo atrás. No sucede lo mismo con la tercera, que nosotros denominamos *embolias diminutas* del pulmón; éstas producen infartos pulmonares en fracciones de la lengüeta pulmonar sin trastornos circulatorios que pueden exteriorizarse. Estas embolias diminutas producen puntada de costado, disnea, fiebre, reacción pleural, no se acompañan de expectoración hemoptóica ni de hemoptisis; evolucionan en tres a cuatro días y pasan con el nombre de pleurodinia, en congestión pulmonar, enfriamiento etc. Como no producen condensación pulmonar no se las sospecha.

A menudo, la repetición de los ataques benignos lleva a la formación de infarto pulmonar fácilmente diagnosticable; en el 43 por 100 de los casos, coincide con tromboflebitis de la femoral, y cuando ocurre, le da el sello inconfundible del diagnóstico verdadero.

Este tipo de complicación, bien estudiado por los autores americanos, ha pasado desapercibido para todos los autores; a menudo curan y en general no se tiene oportunidad de descubrirlas en la autopsia; producen el 50 por 100 de las complicaciones transiorias que curan y que se las cataloga como pleurocorticalitis, neumonías, etc.

La concomitancia de las complicaciones (embolias, infartos) con lesiones inflamatorias de las venas, ha sido puesta de manifiesto por la mayoría de los autores; Magnus, en 32 casos de la Clínica de Schilling, en Jena pudo comprobar en 23 la participación de la tromboflebitis de las venas profundas de la pelvis (7 casos), de la femoral derecha (7 casos), de la izquierda (6 casos), de la espermática (2 casos) y múltiples en dos casos; no pudo comprobarse nunca la participación de la safena. En los casos de Castex coincidió con una flegmasía "alba dolens" de la pierna, Hampton y Wharton hablan de la frecuencia de la embolia de origen femoral.

INFARTOS SUPURADOS MULTIPLES

Antecedentes.—En los tres casos que presentamos se trataba de operados con procesos inflamatorios, un caso de reloj de arena por úlcera de la pequeña curvadura, el segundo una úlcera perforante del páncreas; el tercero una litiasis biliar.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En todos ellos la operación fué laboriosa y la complicación apareció entre el tercero al séptimo día.

Sintomatología.—En los tres casos la complicación tuvo la apariencia de una lesión banal del pulmón: fiebre, disnea, sin puninferior.
tada de costado, y fenómenos de congestión intensa del pulmón, en el tercero apareció una hepatización completa del lóbulo

Al tercer día en los dos primeros, al séptimo en el tercero, se inicia una expectoración purulenta, fluída, fácil, sin vómica y muy abundante, semejando la abertura de un absceso del pulmón; por su examen se demuestra una flora microbiana rica, pus y elementos de destrucción pulmonar.

Esta expectoración, que ha oscilado entre 150 y 500 c. c. diarios, se mantiene entre una y dos semanas, si cura el enfermo; en el caso opuesto, hasta la terminación.

El examen no descubre ninguna cavidad y hay desproporción evidente entre los elementos de juicio derivados del examen y la cantidad de pus eliminado. El cuadro clínico corresponde al de enfermo grave.

Diagnóstico.—En el primer caso hicimos diagnóstico de absceso del pulmón; como curó, no pudimos rectificar nuestro error. En el segundo hicimos el mismo error, pero la autopsia nos demostró el verdadero diagnóstico; en el tercer caso hicimos el diagnóstico en vida, que confirmó la necropsia.

El diagnóstico no puede establecerse sino con la expectoración fluída, francamnte purulenta, abundante y sostenida. Cuando ella aparece entre el tercero y octavo día de una complicación pulmonar operatoria, si el examen no descubre la presencia de gran cavidad, habrá que pensar en los abscesos múltiples por supuración de infartos pulmonares. El examen físico descubre muy poco: fenómeno congestivo de pulmón, sin un solo estertor bronquial.

Puede coincidir con una neumonía bastarda o con un proceso congestivo pseudo neumónico; el error será creer que la expectoración viene de allí; en general, se trata de una concomitancia de dos procesos desarrollados en el mismo pulmón.

Anatomía patológica.—Se descubre la presencia de innumerables abscesos, abiertos unos, cerrados los otros, del tamaño de un garbanzo, repartidos en ambos pulmones, llenos de pus fluído igual al expectorado. Cada cavidad se halla rodeada de pulmón aparentemente normal o con una ligera zona inflamatoria. En un caso coincidió con una neumonía y era portador de una discreta lesión tuberculosa de un vértice. No se hallaron tromboflebitis.

Patogenia.—No hay la menor duda de la relación entre la intervención laboriosa en un proceso inflamatorio y la complicación pulmonar. No dudamos que se trata de embolias pequeñas diseminadas en el pulmón, partidas del campo operatorio. No podemos resolver en definitiva si se trata de embolias sép-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ticas o si de la supuración de infartos pequeños; nos inclinamos por lo segundo, fundado en las razones siguientes: si se tratara de embolias sépticas, éstas aparecerían en cualquier parte del organismo y se acompañarían de estado septicémico.

Es difícil explicar el mecanismo de las embolias múltiples y el por qué de la supuración. La misma dificultad existe para explicar las embolias que no se acompañan de lesiones inflamatorias de las venas; ya hemos citado el trabajo de Magnus que no pudo comprobar en ocho casos, sobre 32 autopsias, la presencia de tromboflebitis. Todos los autores están contestes en afirmar que las maniobras traumatizantes, como pasa en las operaciones laboriosas, favorecen la complicación.

Lockhart Mummery, al estudiar las causas de las embolias pulmonares, opina del modo siguiente: la éstasis sanguínea es una condición necesaria para su producción, no así la infección, como lo prueba el hecho que la mayoría son "casos limpios"; la infección podría originar una septicemia o cambiar las condiciones hemáticas que favorecen la complicación. Como el coágulo supone en la sangre la presencia de tromboquinasa, admite el autor inglés que ella pasa al torrente sanguíneo de la herida operatoria, y que junto con la éstasis venosa constituyen las condiciones indispensables para la producción de la embolia pulmonar, cuyo coágulo primitivo parte siempre de la cava o de la ilíaca.

LOS ABSCESOS MILIARES DEL PULMON

Podría argüirse que los casos llamados infartos supurados múltiples, no son, en realidad, otra cosa que abcesos miliares. Estos aparecen también como complicación postoperatoria, pero su aspecto clínico difiere por lo siguiente: no tiene la expectoración purulenta, fluída, abundante de la complicación pulmonar, tal cual lo demuestra el caso cuarto.

Pronóstico.—De tres casos dos terminaron por la muerte, en cambio el primero sobrevivió después de quince días de enfermedad. El pronóstico variará con la extensión del proceso exteriorizado por la cantidad y duración de la expectoración. Como a menudo se acompañan de hepatización pulmonar, el pronóstico de ésta se sumará al de la anterior.

Tratamiento.—No queda otra cosa que el tratamiento sintomático: sostener el corazón, mantener al enfermo en las condiciones de higiene que corresponde a todos los enfermos graves del pulmón y administrar hiposulfito de sodio, 6 a 8 gramos diarios, para modificar las condiciones pulmonares.

CASOS CLINICOS

Primer caso.—V. A., 32 años. Observación 4.161. Hospital Rawson. 20. XI. 1916.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Enfermo operado por el Dr. Enrique Finochietto, de una gastro-enterostomía y gastro-gastrotomía por un reloj de arena orgánico, consecutivo a úlceras de la pequeña curvatura y del píloro.

Al segundo día se inicia una ligera temperatura, disnea marcada y malestar general. Desde la iniciación se comprueba una congestión del lóbulo inferior derecho; al tercer día se inicia una expectoración fácil, fluída, abundante y francamente purulenta; expectoración muy difícil de ser explicada por el examen físico del pulmón.

Al cuarto día se hepatiza el lóbulo derecho inferior, que perduró 15 días; la expectoración siempre del mismo tipo, llégaba a 200 c. c. diarios; fiebre, entre 38 y 39 grados, con remisiones muy escasas, disnea intensa y malestar general.

Fué tratado con medicación sintomática e hiposulfito a altas dosis.. El enfermo curó de su complicación pulmonar y de su estómago.

He aquí el resultado del examen de los esputos practicado por el Dr. Lorenz: Numerosos glóbulos de pus, células bronquiales y alveolares escasas. Poco mucus. Flora microbiana abundante, en su mayoría constituída por *micrococus catarralis* y *neumococus*. Ningún bacilo de Koch.

Comentario del caso.—Llamaba la atención la forma de su comienzo y el tipo de expectoración; con escasos fenómenos auscultatorios, se inició una expectoración purulenta, fácil, abundante y fluída; semejaba la abertura en un bronquio de un absceso pulmonar.

Segundo caso.—P. A., 36 años. Observación 5.017 de nuestro servicio del Hospital Rawson. Mayo, 12, 1919.

El enfermo solía enfermarse con alguna facilidad; nunca tuvo hemoptisis ni expectoración sanguinolenta; ignora si ha padecido de fiebre.

El 10 de abril es operado por una litiasis biliar y hernia epigástrica; dos días después amanece con fiebre que pasa en cuarenta horas; siete días más tarde se inició un foco de bronconeumonía, según el diagnóstico del cirujano; sólo tenía tos seca y disnea. Poco después es sorprendido por una intensa puntada del costado derecho, acompañada de disnea intensa, y poco después se inicia su expectoración.

Esta es permanente desde su iniciación, oscila entre 250 y 300 cc. diarios, pero ha habido días de arrojar 350 a 500 cc. al día; expectoración fácil, francamente purulenta, semilíquida, poco aireada, no sanguinolenta.

Su fiebre se mantiene con máximas de 39° y con oscilaciones hasta de dos grados, con remisiones que bajan de la normal, sin sudores. Sólo en dos ocasiones tuvo escalofríos. En 20 días de enfermedad había perdido 1.800 gramos de su peso corporal.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

He aquí resumido el estado actual: sujeto muy flaco, tórax simétrico, amplitud respiratoria del tórax muy reducida, disincronismo de ambos hemitórax, disnea, polipnea. En la base del hemitórax izquierdo, a partir de la 6ª costilla, se nota una macidez absoluta que se extiende hacia adelante, siguiendo la línea interlobular. Las vibraciones vocales se las halla ligeramente reforzadas en la parte superior de la macidéz y abolidas en la base. La auscultación de esta región descubre inspiración breve, áspera y ruda, sin murmullo vesicular, soplo expiratorio prolongado, broncofonía y pectoriloquia áfona.

En el vértice de este pulmón se nota una ligera condensación con signos de reblandecimiento.

En el resto del pulmón y en el izquierdo se notan pequeñas zonas de focos de bronconeumonía, muy reducidos y numerosos.

El examen de los esputos, hecho varias veces, dió siempre el mismo resultado (Dr. Lorenz): abundante cantidad de glóbulos de pus, células bronquiales, algunas alveolares y con fibras elásticas escasas. Abundante flora microbiana; saprófitos, estafilococos, neumococos, "micrococus catarralis"; muy escasos bacilos de Koch (uno cada dos o tres campos) y ausencia de cristales de Charcot Leyden.

Diagnóstico del caso.—Llegamos a afirmar la existencia de una discreta lesión ulcerosa en el vértice derecho y una neumonía de la base. La presencia de la expectoración abundante, fluída, francamente purulenta, establecida de golpe, mantenida constantemente y el tipo de la fiebre, nos hicieron afirmar la existencia de infartos supurados múltiples.

El enfermo sucumbió a los 15 días y la necropsia demostró: tuberculosis úlcero-caseosa muy discreta del vértice del pulmón izquierdo, hepatización de todo el lóbulo inferior de ese lado, presentando una cavidad muy pequeña en su centro. En el resto del pulmón y en el derecho, había docenas de cavidades del tamaño de un garbanzo, de paredes lisas, llenas del mismo pus que expectoraba.

Sólo se comprobó tuberculosis en el vértice izquierdo.

Diagnóstico anatómico.—Tuberculosis úlcero-caseosa discreta del vértice izquierdo, neumonía de la base izquierda, infartos supurados múltiples de ambos pulmones.

Tercer caso.—S. F., de 52 años de edad. Observación 5.592, de nuestra Clínica del Hospital Rawson. Septiembre, 1921.

Es operado por el Dr. Rodríguez Villegas, en el Servicio del Dr. Medina, por una úlcera perforante en páncreas, con tumor inflamatorio. He aquí el post-operatorio.

Los primeros días los pasa bien y sin fiebre. Al final del tercer día se siente mollesto y se inicia una expectoración fácil, purulenta, muy fluída y en cantidades que oscilan alrededor de 70 c. c. Lo examinamos personalmente al cuarto día:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ligera submatitez en la base izquierda, soplo suave expiratorio en E, sin modificación de la voz auscultada, sin pectoriloquia afona. Al quinto día dolor en la base derecha, que aumenta con la respiración; al sexto día se inicia fiebre por primera vez, 38.2.

Este día, el cuadro pulmonar llega a su máximum: se ve obligado a permanecer sentado, 42 respiraciones por minuto toraco-abdominales, sin tiraje; se comprueba una hepatización del lóbulo derecho inferior y estertores bronquiaes médianos en el resto del aparato pulmonar.

Expectora diariamente entre 100 y 150 cc. un expectorado francamente purulento, fluído, con expectoración muy fácil, algunas veces como pequeñas vómicas.

Este proceso pulmonar que se inició con una ligera congestión de la base izquierda, que se hizo ostensible al tercer día por una expectoración abundante, purulenta, fluída, que encendió fiebre al sexto día, que se continuó con fiebre irregular entre 38 y 39 grados, con remisiones moderadas, concluye con el enfermo a los 17 días de operado.

En los últimos tres días la expectoración y el aliento del enfermo eran fétidos.

He aquí el examen de los esputos: expectoración purulenta pura, con gran cantidad de leucocitos muy granulosos, no se observan fibras elásticas ni bacilos de Koch. Se observan numerosos "micrococus catarralis" y estreptococos en cadenas largas. No se observan espirilos ni espiroquetas (Prof. Maza).

La autopsia nos demostró una úlcera de la pequeña curvatura perforante en páncreas, con tumor inflamatorio prepilórico; suturas en perfecto estado. Ambos pulmones presentan cavidades numerosas del tamaño de un garbanzo y diseminadas en ambos pulmones; algunas están vacías, otras llenas de pus fluído, como el expectorado. El Prof. Llambias, que examinó la pieza, dijo tratarse de infartos supurados múltiples del pulmón.

Cuarto caso.—J. L., de 32 años de edad. Ficha 269 de la Clínica de la Cátedra. 1923.

En esta enferma llegamos al diagnóstico de úlcera callosa de la pequeña curvadura; presentaba como carácter del momento el tener ligeras décimas de temperatura y presentar una leucocitosis, 15.552 blancos, con ligera polinucleosis, 80 por 100. Fué operada por el Prof. Solé, quien le hizo una gastro-enterostomía con resección de la coronaria estomáquica. He aquí el post-operatorio.

Desde el segundo día presenta fenómenos pulmonares agudos: hepatización de ambas bases pulmonares, expectoración muco-purulenta, escasa fiebre subcontinua de 38 a 39 grados, con fenómenos de insuficiencia cardíaca. Fallece al octavo día.

La autopsia descubre: pulmón derecho, su lóbulo inferior erguido sobre la mesa, tiene color rojo violáceo con zonas algo salientes y pálidas, bien limitadas; consistencia muy au-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

mentada y crepitación casi desaparecida. Al corte se nota la presencia de una serie de foquitos del tamaño de una lenteja, que a la presión dan una gota de pus gruesa y bien concreta, rodeados de parénquima de color rojo violáceo y de aspecto granuloso. Los pequeños trozos van al fondo del agua. En la base del pulmón izquierdo se descubre el mismo proceso, pero menos intenso. El Prof. Llambias llegó al siguiente diagnóstico: *hepatización y abscesos miliares de ambos lóbulos inferiores del pulmón.*

Este caso se diferencia de los otros, en la ausencia de expectoración purulenta, fluída y abundante que caracteriza a aquéllos; era, por el contrario, muco-sanguinolenta, difícil y escasa.

Al diagnóstico clínico de neumonía lobar doble que hiciéramos, se añadió después de la autopsia: abscesos miliares de ambas bases del pulmón; en los casos anteriores, los abscesos eran de mayor tamaño y estaban repartidos en ambos pulmones sin limitación del sitio.

Un caso de heredosífilis del testículo

Presentado al Conversatorio Clínico del Hospital Militar

Por el Dr. LUIS ARIAS SCHREIBER
Venereólogo de los Hospitales de Lima

La lues del testículo es menos fácil de diagnosticar de lo que se pudiera creer; pues existen fuera de las formas clásicas, formas latentes que pasan desapercibidas, formas agudas raras, formas líquidas no diagnosticadas (que se confunden con el hidrocele), asociaciones patológicas (Blenorragia y Sífilis; Tuberculosis y Sífilis; Sífilis y Neoplasia) y sobre todo formas pseudo-neoplásicas que se confunden con procesos de ese orden y que son operados, con grave perjuicio, como se comprenderá, para el paciente, y también para el prestigio del cirujano tratante.

El caso que les presento es el de un soldado que fué dado de baja final en la Junta de Licenciamiento del mes de abril del año pasado.

Nombre: Ezequiel B. Raza india. Edad 20 años. Soltero. Natural de Cerro de Pasco. Tiempo de servicio: 3 meses 12 días. Ingresó a nuestro Departamento el 31 de diciembre del año 1925. Pertenecía al Rgto. de Infantería N° 3.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Antecedentes familiares.—Padre muerto de Neumonía, padecía desde cinco años antes de su muerte de paraplegia que por los datos que el enfermo dá, parece tabética. Madre muerta de grippe. Tiene 4 hermanos vivos y sanos, la mayor de 34 años. 5 murieron muy chicos, ignora la causa.

Antecedentes personales.—Ocupación anterior: ninguna.

Hábitos e intoxicaciones.—Alcohólico moderado; no fuma; aficionado a la coca.

Enfermedades infecciosas.—Ha padecido de Disentería, Paludismo, Bronquitis y Neumonía, cuando tenía 18 años; padece en la actualidad de infección dentaria. No tiene antecedentes de chancro alguno. No ha padecido nunca blenorragia. No ha sufrido intervención quirúrgica. Está vacunado contra la viruela y la tifoidea. No ha padecido de Parotiditis.

Examen del enfermo.—Síntomas subjetivos: La enfermedad actual se inició aproximadamente el 20 de diciembre del año 1925 con hinchazón en las bolsas que al principio no le molestaba gran cosa, sintiendo un poco de peso en ellas; algunos días después comienza a sentir dolor, aumentando éste a medida que crecía el tamaño de la hinchazón; es entonces que se consultó con el médico del regimiento que lo envió al hospital. No recibió tratamiento anterior.

Síntomas objetivos.—El examen del enfermo practicado el 3 de enero del año pasado en compañía del Interno del servicio, señor León, dió los siguientes datos:

Enfermo conciente, en decubito dorsal. *Piel y mucosas:* pálidas y decoloradas. Buen estado de nutrición. Peso 63 kilos. Pulso normal. *Sistema ganglionar:* Existe pléyade ganglionar en las regiones inguinal, axilar, cervical, etc., mejor dicho, está tomado íntegramente este sistema, con micropoliadenopatía. No hay esplenomegalia. *Sistema vascular:* Normal. *Laringe tráquea:* Normales. *Pulmones:* Normales. *Paredes abdominales, estómago, hígado, intestinos:* Normales. *Sistema nervioso:* Normal. *Reflejos:* normales.

Aparato uro-genital.—Riñones: normales. En los exámenes de orina que se hicieron nunca se encontró nada anormal. *Vejiga:* Capacidad normal. No existe residuo. *Uretra y Glándulas uretrales:* Normales, no hay estrecheces, pasa fácilmente el Nº 50 de la escala de Charriere. *Próstata y vesículas seminales:* La Próstata no está dolorosa, ni aumentada de volumen. No se tocan las vesículas. Al examen del Sémen se encontró los espermatozoides deformados. No había Gonococo, ni Treponema. *Conducto Deferente:* Libre y de calibre normal; no hay ninguna deformación. *Escroto, testículo y epididimo.*—A la inspección se nota gran aumento de volumen en las bolsas, no hay enrojecimiento del escroto, ni ningún síntoma que permita suponer exista una inflamación aguda. No hay edema. A la palpación se nota que ambos testículos están duros, aumentados de volumen, deformados; están aplastados transversalmente, pe-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ro al lado de las partes duras se notan también partes blandas formadas por el tejido sano de la glándula. Nos es difícil delimitar el epidídimo. Se nota también nódulos esféricos de distinto volúmen y que forman relieve en la superficie de la glándula. A la presión ambos órganos están dolorosos, no hay signo que indique la presencia de líquido en la cavidad vaginal.

Reacción de Wassermann en la sangre.—Fuertemente positiva..

Líquido céfalo-raquídeo.—Albúmina 0.40. Linfocitos 10 por milímetro cúbico.

Reacción Wassermann: negativa.

Evolución del caso.—A los veinte días de encontrarse en el servicio la dureza del polo inferior del testículo izquierdo sufrió reblandecimiento notándose cierta adherencia a la piel del escroto; igual igual cosa se observó en la glándula del lado derecho, a los pocos días de este síntoma; se produjo la fusión purulenta del tejido con perforación hacia el exterior, que se produjo en la parte baja del saco escrotal, dando salida a un líquido lijeramente purulento, mezclado con sangre y con restos desprendidos del tejido necrosado.

El examen que se hizo en el Laboratorio del Hospital Militar de este líquido no descubrió bacilo de Koch, treponema ni Gonococo.

Aunque están enfermas las dos glándulas, el sujeto no presenta trastornos de secreción interna por razones fácilmente comprensibles.

Este enfermo tiene erecciones buenas y cree que llegado el caso podría realizar el coito perfectamente.

Diagnóstico.—Por su evolución, la Reacción Wassermann *fuertemente positiva,* la duplicidad de la lesión, los antecedentes familiares, y más que todo por el buen resultado del tratamiento se diagnostica *Heredo-sífilis-tardía del testículo,* con lesiones gomosas ulceradas.

En este caso el diagnóstico quizá ha sido fácil de establecer. Sin embargo, en muchos es difícil, puesto que hay afecciones de esta glándula no sifilíticas, que producen en el testículo lesiones semejantes a las de la lues. Así por ejemplo, en la *Orquiepididimitis gonocócica,* en la *orquitis aguda de la Parotiditis,* en la *orquitis crónica Tuberculosa,* y en los tumores malignos del Testículo, como el *Sarcoma* y el *Carcinoma,* pueden existir lesiones confundibles con la sífilis de este órgano.

En la afección *blenorrágica aguda,* es muy raro que se tome la glándula propiamente dicha; la orquitis gonocócica es una excepción, en cambio afecta casi siempre el epidídimo.

En la *orquitis parotidiana,* el testículo se compromete rápidamente y los fenómenos inflamatorios son muy dolorosos. Además, en el curso de esta enfermedad junto con la lesión al testículo hay infarto a las glándulas parótidas, fiebre etc. y las enfermedad es epidémica.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En la *tuberculosis genital* la afección comienza por el epididimo y se acompaña de dolor; en esta afección, en oposición a la Sífilis, casi siempre hay propagación al cordón espermático, lo cual es fácil comprobarlo por su engrosamiento en forma de guirnalda a la palpación. Además, la existencia de procesos tuberculosos en otros órganos demuestra muchas veces el carácter de la afección.

También es necesario tener en cuenta que la orquitis tuberculosa es mucho más rara que la luética y que muchas afecciones del testículo y del epididimo consideradas como tuberculosas, después de un examen clínico detallado, se han catalogado como sifilíticas. Cuantas castraciones que se han hecho sospechando una tuberculosis, han resultado después sífilis testicular.

Pero donde el diagnóstico diferencial es más difícil, es en los tumores malignos, como el *Sarcoma* y *Carcinoma*. El *Sarcoma* se distingue de la Sífilis del testículo, por su desarrollo más rápido y por alcanzar mayor volumen. El *Carcinoma* se observa generalmente en las edades avanzadas y la tumuración escrotal presenta una superficie groseramente abollada, a la vez que los infartos ganglionares inguinales que acompañan a ambas afecciones testiculares aparacen precozmente. En caso de que exista alguna duda, es de mucha importancia para el diagnóstico diferencial, el éxito del tratamiento anti-luético; con el cual, para afirmar la Sífilis será necesario que se obtenga, sino el inmediato retroceso del Tumor, por lo menos una suspensión en su crecimiento en un espacio de tiempo relativamente corto.

Tratamiento.—Mientras ha estado en el Servicio se le inyectó una serie completa de Neo-Salvarsán y de bicianuro de mercurio. Desde el comienzo del tratamiento se observó franca mejoría y retroceso de las lesiones, que se completó con una serie de Mutamol (hidroxido de bismuto radio-activo). En estas circunstancias se produjo la baja final del enfermo, razón por la cual ha seguido su tratamiento en el Consultorio a mi cargo en el Hospital "Dos de Mayo", donde terminó su curación encontrándose completamente curadas sus lesiones desde el mes de julio.

Este caso permite sostener: 1°—Que en la evolución de la *Sífilis adquirida*, ya sea con accidentes secundarios y terciarios, así como en la *heredo-sífilis* hay que prestar mucha atención al examen del aparato epidídimo-testicular.

2°—Que en todo tumor del saco escrotal, ya sea líquido o sólido, de evolución aguda o crónica, se debe tener siempre presente la infección luética; y

3°—Que en caso de que exista la duda sobre la naturaleza luética de un tumor del saco escrotal deberá siempre instituirse tratamiento antisifilítico de prueba.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Técnica del tubaje duodenal

Por el Dr. ELEAZAR GUZMAN BARRON

Asistente extranjero en la Clínica Médica del profesor Chauffard (Hospital St. Antoine de París)

Habiéndosenos encomendado en la Clínica del Prof. Chauffard, la práctica de los tubajes duodeales que en el servicio había necesidad de verificar, ya bajo el punto de vista diagnóstico o terapéutico, nos vimos obligados a estudiar los numerosos procedimientos que se han dado durante estos últimos años, para el análisis del contenido duodenal, observando cuidadosamente cuáles eran los métodos de análisis que más satisfacían y a los que se podía prestar fe, para deducir en seguida consecuencias que tuvieran algún valor.

El presente artículo, desprendido de toda consideración histórica que se encontrará bien tratada en las varias monografías publicadas en distintos idiomas, se limita a dar a conocer a quien quiera ocuparse de este asunto, los mejores procedimientos de análisis que por hoy tenemos; nuestro objeto es solamente manifestar cómo nosotros realizamos en la Clínica estos análisis.

Técnica del tubaje.—Introducción de la sonda.—Los autores franceses han exajerado demasiado la importancia de esta primera operación que a nosotros nos parece de lo más sencilla. Estando el enfermo en ayunas desde la víspera, tomamos la sonda entre los dedos índice y medio de la mano derecha y después de advertirle que haga amplios movimientos respiratorios con la boca abierta al menor indicio de náusea, introducimos la oliva tras del velo del paladar, a la base de la lengua, invitando al paciente a hacer algunos movimientos de deglución. En dos o tres minutos, tenemos la sonda en el estómago, es decir la raya 2 aflora la cavidad bucal. Extraemos el contenido de ayuno y luego hacemos acostar al enfermo en decúbito lateral derecho y con la cabeza baja, encargándole que haga cada diez minutos, pequeños movimientos de deglución hasta que la sonda haya llegado a la raya 1. Es este tiempo el más delicado de la técnica, porque no es controlado por el experimentador; requiere de parte del enfermo voluntad y de parte del operador una grande vigilancia. La función peristólica del estómago, tiende a llevar la oliva hacia el píloro, el cual durante su relajación la deja pasar hacia el duodeno. Una

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

hora después podemos verificar si este pasaje se ha realizado.

Si se dispone de una instalación radiológica en el servicio, su verificación no ofrece la menor dificultad; mas cuando no se puede emplear este método, nosotros procedemos así: abrimos la llave de la sonda y la dejamos introducida dentro de una copa situada a nivel más bajo que la cavidad gástrica; practicamos luego una muy ligera aspiración con la ayuda de una jeringa y observamos el líquido que se escurre. Si es incoloro y ácido, la oliva no ha franqueado el píloro. Se debe entonces retirarla hasta la raya 2 y recomenzar la operación. Si sale un líquido amarillo de oro límpido, viscoso, filante, es probable que la sonda se encuentre en buena posición si la reacción del líquido és alcalina. Sucede, sin embargo, que numerosos pasajes gástricos, vuelven ácido el jugo en el momento de la prueba. Queda por emplear otro procedimiento: se inyecta por la sonda 20 c. c. de leche o un líquido coloreado y pocos momentos después, se procede a su extracción. Si la sonda permanece en el estómago, el líquido introducido podrá ser retirado nuevamente; nó, si está en el duodeno. Hay casos (obstrucción del colédoco, ya sea por tumor o por enclavamiento de un cálculo) en que apesar de haber llegado la sonda al duodeno, se obtiene un líquido claro, casi incoloro y neutro. Chiray (1) dice que aún en ciertos casos de "espasmo del esfinter de Oddi" puédé obtenerse tal líquido. En estas circunstancias, se puede recurrir a la prueba de la densidad, sabiendo que la dénsidad del jugo gástrico es de 1002 a 1007, mientras que la del jugo duodenal es de 1008 a 1015. Preferimos nosotros el control indispensable en tales circunstancias de los rayos X, tanto más que es en estos estados patológicos, en que el dosaje del líquido duodenal presta grande ayuda. Se puede obtener aun un líquido amarillo sin que el tubo se encuentre en el duodéno, mediante el reflujo biliar producido por la presencia de la oliva; el líquido entonces, además que sale uniformemente turbio, va disminuyendo de coloración poco a poco.

En los casos en que la sonda no llega a atravesar el píloro, ello puede ser debido o a espasmo pilórico (dejando de lado las estenosis) o la ptosis gástrica. Para obviar el inconveniente se da al enfermo 300 gr. de agua bicarbonatada al 1%; para obviar el segundo inconveniente hay que levantar las caderas del paciente, poniendo cojines debajo.

Estudiemos los caracteres del líquido duodenal.

Coloración.—Generalmente el líquido duodenal es de un color amarillo de oro, característico, color que varía no sólo según su tenor en pigmentos biliares, sino también según la cantidad de jugos pancreático e intestinal que se encuentren

(1) Chiray et Milanovitch.—*Diagnostic et traitement des maladies de la vesicule biliaire*, 1924, P. 41.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

en la mezcla. Einhorn habla del color verde turbio que présénta la bilis en las infecciones biliares (2). El color varía en las oclusiones del colédoco siendo entonces más o menos incoloro.

Aspecto.—El líquido duodenal es generalmente límpido y transparente. Esta transparencia desaparece siempre que los pasajes gástricos se verifican, porque el ácido enturbia la bilis; por tal razón en todo caso que se quiera recojer la bilis para su análisis, hay que vigilar atentamente en el tubo de vidrio de manera de rechazar las muestras que salgan turbias. En los casos de colecistitis, angiocolitis, o angiocolécistitis, se puede tener la bilis turbia de conjunto que se distinguiría de la turbidez anterior por salir uniformemente turbia.

Densidad.—La densidad media del líquido duodenal oscila entre 1007 a 1010. Sancti Pisani (3) manifiesta que ella se eleva a 1012 en la ictericia catarral y baja a 1002 y 1004 en los cólicos hepáticos. En verdad, su determinación no ofrece ningún interés práctico, ya que el líquido duodenal es una mezcla a proporciones variables de la bilis y jugos pancreáticos, intestinal y gástrico.

Consistencia.—Densidad.—El líquido duodenal es viscoso, filante. Su cantidad media es según Sancti Pisani de 60 c. c. por hora.

Alcalinidad.—Se determina su alcalinidad potencial con una solución decinormal de HCl y sirviendose de la heliantina como indicador (solución al 20%). La alcalinidad bien estudiada por Einhorn valiéndose del examen fraccionado de cuarto en cuarto de hora, después de la ingestión de una taza de caldo, es mayor durante el ayuno, decrece durante el primer cuarto de hora de una comida, para aumentar en seguida. Se determina la alcalinidad actual ya sea por el método electrométrico o por el método colorimétrico. Este último método se presta a muy grandes errores porque jamás hemos podido observar colores comparables "standard". Nosotros hemos empleado siempre para dichas determinaciones el potenciómetro a cuadrante de la casa Poulenc. La acidez iónica del líquido duodenal oscila entre 6'6 y 7'6. Según Labbé (4) la noción de la acidez iónica revela un estado de infección o de no infección vesicular, debiéndose la baja de la acidez en los casos patológicos a los ácidos orgánicos, subproductos del desarrollo microbiano.

Colesterina.—Practicamos su dosaje empleando el procedimiento de Grigaut que es como sigue. Se toma 5 c. c. de líquido duodenal que se introduce en el colesterinómetro de Grigaut: se añade 20 c. c. de alcohol a 60° sodado (0'5% de NaOH). Se

(2) Einhorn.—*The Duodenal tube and its possibilitis.* 1920.

(3) Sante Pisani.—*Arch. des Mal. de l'App. dig.* T. VIII, 1914, 15 julio.

(4) Labbé, M. de Moor et Nepveux.—"Compt. R. de la Soc. Biol". T. XC Nº 12, 1924.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

mezcla y se añade éter sulfúrico 15 c. c. Se tapa el aparato y se mezcla de nuevo volteando dos veces. Se deja reposar diez minutos, y se decanta el éter. Se lava este étér por dos véces con agua a 40° dejando reposar cada vez, cinco minutos. Después de separación de las aguas de lavado, se vierté el étér en una cápsula de porcelana de 60 c. c. Se le añade los pocos c. c. de éter. que han servido para enjuagar el aparato y se évapora a sequedad en el baño de maría. El residuo de la cápsula constituído de gotitas grasosas se disuelve en cloroformo. Se trasvasa el líquido en una probeta de 10 c. c., se enjuaga cuidadosamente las paredes de la cápsula hasta concurrencia de un volumen de 5 c. c. Se practica la reacción de Liebermann mézclando a los 5 c. c. de la solución clorofórmica, 2 c. c. de anhídrido acético puro y 5 gotas de ácido sulfúrico, abandonando al reposo durante media hora. Al mismo tiempo en otro tubo graduado se mezcla 5 c. c. de la solución clorofórmica a o'06% de colesterina, 2 c. c. de anhídrido acético y 5 gotas de ácido sulfúrico, dejando también reposar. A la media hora, la coloración verde de Liebermann alcanza su pleno desarrollo. Basta comparar la desigualdad de tintes al colorímetro. Es conveniente desembarazarse de los pigméntos biliarés que perjudican la visión colorimétrica mediante una solución de cloruro de bario, al 1 por 10 y ligeramente alcalina. La cantidad normal de colesterina es de o'62 para la bilis A, 2'12 para la bilis B y o'69 para la bilis C, según Labbé. En su estudio sobre la colesterina en los líquidos duodenales (5) Labbé establece una curva de la colesterina en las tres bilis, curva que presenta su máximum para la bilis B; en los casos patológicos esta curva desciende.

Pigmentos biliares.—Empleamos para dosar los pigmentos biliares el procedimiento de Himans Van den Berg (6, 7 y 8), que como se sabe reposa sobre la diazo reacción de Ehrlich. Los reactivos necesarios son los siguientes: Una solución conteniendo:

Acido sulfanílico 1 gramo.
Acido clorhídrico concentrado 15 c. c.
Agua destilada c. s. p. 1000 c. c.

2° Una solución acuosa de nitrito de soda a o'5%.

Para preparar la solución de diazonium que se hace solamente en el momento de servirse, se toma 25 c. c. de la primera solución, con o'75 c. c. de la segunda y el reactivo así obtenido,

(5) Labbé, Id. id.

(6) Petrovitch.—*Etude sur le dosage et les variations de la bilirubine dans le suc duodenale prelevé par le tubage*, París. 1924.

(7) Chiray et Lebon.—*Le tubage duodenale*. 1924.

(8) Sotaro Kay.—"The Jour. Of. Biol. Chem.". Vol. LII, may 1922, N° 1.

Universidad del Perú. Decana de América

sirve para efectuar inmediatamente la reacción en el líquido a examinar.

3º Una solución tipo para la medida colorimétrica que se obtiene ya sea siguiendo la técnica de Van den Berg o la de Tanhauser y Andersen.

Dada la dificultad de conseguir bilirubina pura, nosotros empleamos la técnica de Van den Berg, que es como sigue:

Se disuelve 0'1508 de alumbre de hierro amoniacal puro en 50 c. c. HCl fuerte y se añade agua para hacer 100 c. c. Esta solución se conserva indefinidamente. Se toma 10 c. c. de esta solución y se le añade 25 c. c. de HCl fuerte más H_2O destilada, c. s. para 250 c. c. Se obtiene así una solución al 1 por 8000 que puede ser conservada seis meses sin alterarse.

4º Una solución de SCNK al 20%.

Se toma 2 c. c. de líquido duodenal que se vierte en un tubo de centrífuga y se añade 4 c. c. de alcohol a 95º. Se agita la mezcla y se centrifuga. En este momento mientras se verifica la centrifugación es que se preparan las soluciones de diazonium y la solución tipo indicadas más arriba y que deben ser renovadas a cada serie de análisis. Hay que preparar también la solución de comparación tipo del siguiente modo. Se mezcla en un tubo de prueba 3 c. c. de la solución de hierro con un volumen igual de la solución de sulfocianuro de potasio y se termina agregando 12 c. c. de éter. Agitar; tapar fuertemente para evitar la menor evaporación de éter.

Se toma luego 2 c. c. del líquido centrifugado y se vierte en una de las cuvetas del colorímetro; se añade 0'5 de la solución de diazonium y 1 c. c. de alcohol. La coloración roja aparece. Inmediatamente después y luego de haber fijado el vernier del tubo donde se va a poner la solución tipo en 30 por ejemplo se vierte en este tubo el líquido etéreo y se verifica la igualdad lo más pronto posible. Los resultados se expresan de dos maneras: en títulos de dilución o en unidades.

Para calcular en unidades se procede de la siguiente manera. Si por ejemplo el líquido examinado contiene 1 por 10000 de bilirubina, bastará dar a esta fracción el mismo denominador que a la solución tipo, es decir, 1 sobre 200000; tendremos así 20 sobre 200000. Suprimiendo los dos denominadores, los numeradores indican las unidades. La solución tipo, representa la unidad. En el caso presente nuestro líquido tendrá 20 unidades.

Para calcular las diluciones es necesario recordar la manera como se han hecho las diluciones de jugo duodenal; hemos practicado en efecto dos sucesivas; en la primera la dilución es al tercio, o sea reduciendo a séptimas, 21 sobre 7, es decir para 21 de solución, 7 de líquido duodenal. En la segunda, se toma 1 c. c. de esta solución y se añade 0'5 de alcohol y 0'25 de reactivo diazonium lo que da 1'75 o sea en cuartos, 7 cuartos. Para tener la dilución total bastará multiplicar las diluciones parciales $\frac{21}{7} \times \frac{7}{4} = \frac{147}{147} = 5'25$. Basta multipli-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

car por esta cifra la dilución encontrada por colorimetría para tener la concentración normal de la bilirubina. Ejemplo. Estando a 30 la solución tipo, hemos obtenido la igualdad de coloración llevando a 15 el otro tubo. Como la altura es inversamente proporcional a la concentración de la solución, tendremos:

$$\frac{30}{15} = \frac{x}{\frac{1}{200000}}; \quad x = \frac{30}{200000} : 15 = \frac{1}{100000}$$

Esta sería la concentración si hubiéramos operado con un jugo no diluído. En nuestro líquido diluído dos veces, multiplicaremos $\frac{1}{100000} \times 5'25$ que nos dará $\frac{1}{19047}$ valor de la concentración del líquido a examinar, o sea en unidades: dando común denominador a las fracciones $\frac{1}{200000}$ y $\frac{1}{19047}$, resultará $\frac{1}{200000}$ y $\frac{10'4}{200000}$; es decir 10'4 unidades.

Este método, que es el que más se aproxima a la exactitud, presenta serias objeciones; en primer lugar que la solución tipo no es de bilirubina y en segundo lugar que ella varía muy rápidamente del rojo al violeta si la concentración de iones H aumenta, o al azul intenso si la concentración de iones OH aumenta. Si estos cambios se realizan, toda comparación es imposible. Habrá que añadir a dicha solución tipo unas gotas de solución de NaOH si el líquido es violeta o de HCl si es azul.

La cantidad media normal de bilirubina es, según Petrovitch, la siguiente en las tres bilis obtenidas por el método de Vincent-Lyon. Bilis A: $\frac{1}{15000}$ o 12'8 unidades; Bilis B: $\frac{1}{5000}$ o 40 unidades y bilis C: $\frac{1}{25300}$ ó 8 unidades.

Dosaje de sales biliares.—Este es uno de los puntos delicados del análisis del líquido duodenal, pues que hasta ahora no poseemos un método clínico de dosaje de salles biliares, es decir, que permita conocer su cantidad, en corto espacio de tiempo, cosa necesaria cuando se realizan por ejemplo exámenes en serie. Nos hemos ocupado bastante de encontrar un método satisfactorio, ya que los anteriormente preconizados basados en la disminución de la tensión superficial no ofrecen absolutamente valor alguno: nosotros hemos visto empleando el método estalagnométrico, que en la bilis no sólo las sales biliares disminuyen esta tensión, sino muchas otras sustancias, que se ha-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

llan en cantidad variable, y cuya naturaleza no la conocemos. Tal vez el método de Van Slike, que consiste en transformar las sales biliares en aminas y dosar luego éstas por medio de su aparato, pueda ser empleado. No hablamos de dicho método porque no lo hemos empleado, por falta del aparato especial. Por tal motivo hemos tenido que hacer nuestros dosajes por el siguiente procedimiento, que si bien demanda algunas horas es bastante preciso.

Se toma 10 c. c. de líquido duodenal más 100 c. c. de alcohol a 90° que se vierten en un refrigerante a reflujo. Se somete a la ebullición durante media hora de manera de descomponer la combinación de las sales biliares con la mucina. Se filtra sobre papel filtro y se lava el filtro dos o tres veces con alcohol hirviendo. Se evapora esta solución alcohólica en una cápsula de porcelana y en un baño de maría, hasta obtener 5 c. c. Se redisuelve con alcohol absoluto, 40 c. c. y se hierve nuevamente en el refrigerante por espacio de un cuarto de hora. Se filtra de nuevo en caliente y se lava nuevamente el filtro con pequeñas cantidades de alcohol absoluto hirviendo. Se evapora nuevamente el filtrado es una cápsula de porcelana y al baño de maría hasta que quede un residuo de 3 o 4 c. c. Se recibe el residuo en un filtro tarado colocado en un embudo a llave inferior y lleno de éter sulfúrico anhidro. El éter precipita las sales biliares y una vez que se ha realizado dicha precipitación completamente, se abre la llave del embudo y se deja escapar el éter que se lleva la colesterina en disolución. Se evapora el filtro a la estufa a 110° hasta peso constante. Se pesa y se calcula.

La cantidad normal de sales biliares oscila entre 6'5 y 10'7 gramos por 100.

Dosaje de los fermentos pancreáticos.—Lipasa.—Dosamos nosotros la lipasa empleando el método de Bondi (9) que satisface bien.

Reactivos necesarios: Aceite de olivo neutro químicamente puro. Solución de NaOH decinormal.

Se vierte en un frasco de Erlenmeyer 2 c. c. de líquido duodenal y en seguida 10 c. c. de aceite de olivo. Se agita fuertemente y se lleva a la estufa a 37° durante una hora. Sé añade luego 60 c. c. de alcohol a 95° con el objeto de impedir los fenómenos de disociación durante la neutralización y algunas gotas de fenolftaleina. Se mide luego la acidez del líquido de digestión con la soda decinormal. El número de c. c. empleados, nos indicará el número de unidades. Normalmente es de 50 a 60 unidades.

Tripsina. Para su dosaje empleamos el método de Gross modificado por Sotaro Kai.

(9) Hatzieganu, "París Medicale", 26 abril 1922. N° 34.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Reactivos necesarios. 1. Solución de caseína alcalina que se prepara del siguiente modo: Se toma gr. 0,1 de caseína pura, 15 c. c. de NaOH decinormal y 400 c. c. de agua destilada. Se titula 10 c. c. de esta solución con HCl centinormal en presencia de fenolptaleína hasta decoloración. Se añade luego al total una cantidad equivalente de HCl y se lleva a 500. De este modo nuestra solución será a 0'2 por 1000.

2. Una solución normal de ácido acético 23'7 más 17'3 de NaOH normal y agua destilada, cantidad suficiente para 100 c. c.

3. 0'01 de tripsina más 10 c. c. de agua. Filtrar y cubrir con una capa de tolueno.

Se toma 25 c. c. de la solución de caseína y se vierte en dos frascos Erlenmeyer. Se añade a uno de ellos 1 c. c. de líquido duodenal y al otro una solución de tripsina 1 c. c. Se espera 12 minutos, pasados los cuales se verifica de dos en dos minutos si la solución da un precipitado con la mixtura sodio-acética. Este precipitado desaparecerá cuando la digestión de la caseína habrá concluído. Este tiempo es normalmente de 15 a 20 minutos. Si queremos saber la demostración en tripsina, bastará dividir este tiempo por 0'0518; la cifra hallada nos dará la concentración de nuestro líquido en tripsina.

En vista del poco valor funcional de la amilasa pancreática no nos hemos ocupado de estudiar los distintos métodos de dosaje preconizados, de modo que no podemos emitir opinión sobre ellos.

Cuando se quiera estudiar especialmente los fermentos pancreáticos, lo que sucede por ejemplo en casos en que se sospecha una afección pancreática, es necesario emplear la prueba de Katch, que consiste en inyectar, una vez la sonda en el duodeno, dos centímetros de éter, *lentamente*. De este modo se exita dicha secreción.

Caracteres microscópicos del líquido duodenal.—El estudio de la citología y bacteriología del líquido duodenal es bastante delicado dadas las diferentes zonas que atraviesa la sonda antes de llegar al duodeno.

Citología. Este examen debe ser hecho lo más pronto posible valiéndose del depósito de centrifugación. Si se demora un tiempo cualquiera se corre el riesgo de no encontrarlos por la acción destructiva de los fermentos digestivos. Es preferible como lo indica Rotham Manheim, añadir al tubo de centrífuga, antes de la centrifugación, unas cuantas gotas de formol al 10% y poner al baño de maría durante 5 minutos con el objeto de destruir las diastasas.

La citología del líquido duodenal que ha sido bien estudiada por Hatzieganu, nos ofrece células epiteliales más o menos vacuolares que provienen en su mayor parte del estomago o de los intestinos, mucus en abundancia visible bajo la forma de corpúsculos redondeados o de anchas bandas homogéneas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Células provenientes de las vías biliares o pancreáticas, se observan muy raramente. Los leucocitos son muy raros, lo que da un gran valor a su constatación cuando se sospecha una inflamación de las vías biliares. Esta constatación así como la presencia de sangre y de albúmina forman un conjunto de positiva importancia para ayudar el diagnóstico. Se observan también cristales de colesterina, bilirubinato u oxalato de calcio.

Bacteriología.—Libert (10) ha hecho un excelente estudio de la bacteriología del líquido duodenal y es este éstudio el que nos ha guiado absolutamente en nuestros exámenes. Para que este examen tenga algún valor, es necesario que el líquido sea extraído lo más asépticamente posible. Es preciso esterilizar la sonda previamente e introducirla con la ayuda de guantes esterilizados. Una vez el tubo en el duodéno, proceder a inyectar 150 a 200 c. c. de suero fisiológico estéril con el objeto de rechazar el jugo gástrico o la saliva deglutida. Esperar que el líquido que se escurre reprenda sus caracteres propios, tomar con una jeringa estéril y practicar los siguientes exámenes.

Al estado fresco.—Para reconocer eventualmente la presencia de parásitos (la Guiarda Intestinales es muy frecuente de encontrarla, ya que su habitat normal como lo han probado las interesantes constataciones de Deschien (11) es el duodeno) y juzgar la existencia o ausencia de bacilos móviles, apreciar los detalles morfológicos de ciertos hongos, para orientarse en la diversidad de la flora contenida en el líquido sometido a examen y juzgar de los medios de cultivo que debemos emplear.

Al hacer los cultivos, se debe esforzar por obtener colonias separadas y utilizar paralelamente a los medios usuales, el caldo ascitis o caldo a la clara de huevo (medio de Sacquepé) que se examinará 5 o 6 horas después y se repicará a la gelosa ascitis. Se descubren frecuentemente así, según Libert, la presencia de estreptococos que pasarían desapercibidos sin esta precaución.

Los cultivos en medios aerobios deben siempre ser completados por cultivos anaerobios y según los resultados de la *enquéte* clínica y el examen de las preparaciones, se practicará cultivos en medios especiales.

Al estado normal, el líquido duodenal es muy pobre en bacterias. Sucede con frecuencia que es necesario buscar con mucho cuidado sobre preparaciones hechas con el depósito de centrifugación, para encontrar algunos gérmenes constituídos lo más frecuentemente por cocus Gram positivos, raros colibaci-

(10) Libert.—*Le tubage duodenale.* Thése de Paris.

(11) Deschiens.—"Bull de la Soc. de Pat. Exot." T. XVI, 12 Dic. 1923, No. 10.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

los y levaduras. En los cultivos se encuentra generalmente algunas colonias de colibacilo, más raramente estafilococos o cocus diversos; a veces no se obtiene cultivo alguno.

La infección colibacilar del duodeno parece casi constante, así como la presencia de *bacilus fecalis alcaligénus*, fácilmente reconocidos por sus colonias sobre gelosa lactosada tornasolada de un bello color azul.

En resumen, la flora duodenal es mucho menos rica que la del estómago y sobre todo que la de los segmentos subyacentes del intestino. Esta débil septicidad, por lo demás bien conocida, del contenido duodenal al estado fisiológico, deja campo en las circunstancias patológicas, a una flora extraordinariamente abundante y variada, cuyo estudio apenas comenzado, merece ser proseguido con método y cuidado.

El puericultorio integral

Fragmentos de un trabajo premiado por el "Ateneo de la Juventud" de Arequipa

Por el Dr. ALEJANDRO BENAVENTE ALCAZAR

Con el rubro de Puericultorio Integral, queremos expresar un concepto que se puede definir: *Dirección biológica, psíquica y moral del niño durante toda su infancia.*

La necesidad del Puericultorio Integral, es fácil de demostrar, si se contemplan aunque sea ligeramente los problemas del mejoramiento racial y redención social, frente a la educación integral de la infancia.

El mejoramiento racial, planteado en forma radical, y contemplado friamente desde el punto de vista científico, sólo podía alcanzarse resolviendo el problema eugénico. Desgraciadamente este problema, de fácil solución en el reino animal, es de suyo complejo en el hombre, donde para resolverlo se necesita, antes, secar la fuente de donde emanan aquellas sutiles vibraciones que, en el alma humana, se traducen en emociones de amor y de piedad, y en cuya fuente se bebe el sentimiento de libertad. El problema no puede tener pues solución, sin atacar la integridad psicológica del individuo, sin rebajarle su personalidad moral.

Hay otro medio de mejoramiento racial, más natural, más humano, más científico; y ese medio es la protección integral

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

del niño, desde su estado pre-natal hasta los siete años, sometiéndolo a una sabia dirección biológica, psíquica y moral.

Este medio, es más natural y más científico, porque en nada se violentan las leyes que rigen la constitución integral del individuo, y porque a semejanza misma de la Naturaleza, y bajo la acción de sus mismas leyes, modelamos lentamente, hacia un verdadero resurgimiento, la personalidad del niño, en su triple modalidad: biológica, moral y mental. Y es también, este medio más humano, porque permite ejercitar los sentimientos del amor y de la piedad, cuya práctica sabemos bien cómo se refleja aumentando el poder moral de quienes tales sentimientos ejercitan.

Hablemos ahora de la redención social frente a la función integral educativa de la infancia. ¿Cuál es el estado de la sociedad actual en el mundo? Por donde quiera que miremos, ahí vemos un estado patológico, por lo menos, de una de las modalidades de los elementos constitutivos del organismo social. En uno se contempla el agotamiento de las energías biológicas (enfermos crónicos, raquíticos, degenerados orgánicos); en otros lamentamos la falta de valores morales; en otros, por fin, asistimos a manifestaciones mentales ya de forma atónica, ya de forma convulsa; manifestaciones, todas, reveladoras de una verdadera perturbación en la constitución mental.

Contra esta sociedad patológica que ha invadido el mundo civilizado, y que amenaza destruirlo todo, hasta la vida misma de la raza, contra esta sociedad, qué remedio poner, que tienda a su redención?

La solución del mismo problema eugénico resultaría insuficiente. El único remedio es la protección a la infancia desvalida, en centros especiales, donde se contemple la función integral educativa del niño. Estos centros se encargarían de sanar y mejorar la semilla débil y enferma que hoy, en estropeada cosecha nos presenta la sociedad actual. En estos centros, esa semilla encontraría terreno científico apropiado, riegos espirituales esmerados, y una cultura verdaderamente humana.

Tal labor no la creemos difícil, ya que el niño en su triple naturaleza es tan plasmable, tan fácimente asimilable, que por malos que hayan sido los elementos paternos que entraron en su triple constitución, podemos regenerarlo en gran parte, para dar a la sociedad, si no un ser perfectamente modelado, por lo menos, un elemento menos peligroso, más vigoroso, más útil.

IDEAL QUE PERSEGUIRIA EL PUERICULTORIO INTEGRAL

El ideal es tomar a su cargo al niño desde que éste palpita, aún, en el seno de su madre, mediante la protección de ésta, y hacerlo crecer bajo su ambiente y exclusiva dirección hasta los siete años; edad en que pasaría directamente a las

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

escuelas especiales dotadas de internados, siendo dichas escuelas una especie de prolongación de los puericultorios integrales. En esas escuelas especiales el niño adquirirá la enseñanza primaria y los rudimentos del arte, oficio o industria a que las aptitudes del niño le inclinara. A la edad de 15 años, despues de haber pasado por el *puericultorio integral* y por *la escuela especial*, se le permitirá entonces vivir la vida del hogar paterno, desde donde podrá seguir el arte, profesión u oficio, cuyos rudimentos ya adquirió.

Se puede decir que tal modo de pensar, está reñido con ese natural sentimiento del amor materno, y que es cruel exigir a una madre desprenderse del caro fruto de su amor; pero si hay una aparente crueldad, no es menos verdad que cuando la madre vé en el fruto de su amor el ideal de mañana, el que ha de ser el apoyo y sostén del hogar y su vejez, el que ha de honrar su nombre, y de que todo esto ha de conseguirlo sin que le importe sacrificio material, ni grandes preocupaciones morales, tal aparente crueldad se desvanece. Sólo quedaría, en las madres amantes y abnegadas, aquella natural tortura de no sentir a su lado al hijo amado, pero el ideal que acaricia dulcificaría esa tortura y después de todo, algún dolor, algún heroismo, debemos ofrecer en aras de la redención humana.

También se objetará, que el hijo desligado materialmente de la madre, crecería sin ese vínculo de amor que estrecha ambos corazones y que los lleva hasta la heroicidad Esta objeción, a nuestro personal modo de ver, lejos de estar en contra, está en apoyo de la necesidad de crear centros como el que patrocinamos, no porque estemos en contra de tan sublime amor, cuya existencia hemos de estimularla siempre en el niño, sino en cuanto lo que ese amor significa como absorción exagerada e inaprovechable de las fuerzas sentimentales del niño. El niño criado en el hogar, crece con un corazón sentimental hipertrofiado en el exclusivo amor a los padres y a los hermanos. En su mundo sentimental sólo están los que moran en el hogar; a ese mundo apenas entra uno que otro extraño; pero los demás, el resto del mundo, están muy lejos de él. De ahí que la característica psicológica del niño del hogar, aunque participe de la vida escolar, es el egoismo.

La crianza del niño en un puericultorio integral, matará ese egoismo; su contacto diario y frecuente con niños que nada tienen de parentezco sanguíneo, y cuyo sexo, color y condición de éstos son distintos de él, le permitirán vivir un mundo más grande y le hará sentir un hogar más amplio, y este excedente de amor que hipertrofiaba su corazón sentimental para los suyos, lo habrá dado a los demás. Los puericultorios integrales, desde ese punto de vista, prepararán los verdaderos soldados de esa soñada fraternidad que tanto predicamos; pero que nada hacemos por conquistar.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

EL PUERICULTORIO INTEGRAL, PLANTEADO COMO REFORMA DE LOS PUERICULTORIOS ACTUALES

Los puericultorios actuales, adolecen del gravísimo error de creer que la protección al niño debe ser exclusivamente biológica; y aún dentro de esta clase de protección hay tal insuficiencia, que más podría llamarse de simple socorro social, que de verdadera protección biológica. Pues dar una ración de leche esterilizada, dar un ajuar, dar una cuna, dar drogas a un niño enfermo, será un acto de filantropía, será un rasgo sublime de bondad social; pero nunca una obra real y positiva de protección biológica, ni mucho menos de verdadera protección a la infancia.

Protección biológica, es dirección de la sana crianza infantil. Y crianza infantil significa, no sólo la crianza del niño lactante, sino del niño durante toda su infancia. Crianza, no sólo significa lo que se refiere a la alimentación, sino también lo que se refiere a los hábitos biológicos que tienden a la formación sana y vigorosa del ser físico. Y dentro de los puericultorios actuales, cuál es el puericultorio que dirige la crianza del niño hasta los 7 años, y que se dedica a la creación de dichos hábitos biológicos. No los hay.

Pero la protección a la infancia no sólo debe ser biológica. El niño sólo es una flor vegetativa, es una flor humana en la que no sólo hay fuerzas biológicas que dirigir y proteger, hay también fuerzas psíquicas y morales que igualmente deben ser dirigidas y protegidas, quizás con más empeño que aquellas. Y esta triple función la llenarían los puericultorios integrales.

EL HOGAR COMO CENTRO IDEAL DE LA FUNCION INTEGRAL EDUCATIVA DEL NIÑO

Nada más apropiado, ideológicamente, que el hogar mismo para llenar la función integral educativa del niño, a fin de no contrariar, en lo menor, las leyes, que rigen el mundo moral en cuanto la estrecha relación entre el hijo y sus progenitores. Pero, para ello sería necesario que los padres fueran suficientemente sabios, y que el pueblo no conociera la miseria. El hogar de hoy, mientras subsistan las condiciones actuales, no puede ser el encargado de tal función. Será el hogar de mañana, cuando hayan pasado, por lo menos, unas cinco o siete generaciones, en quienes se haya hecho carne la función integral educativa de la infancia, y cuando el sentimiento de la fraternidad sea realmente sentido.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

LA ESCUELA NO ES NI PUEDE SER CENTRO DE FUNCION INTEGRAL EDUCATIVA DE LA PRIMERA INFANCIA

La escuela nada tiene que ver, ni *debe* ver con el niño hasta los 7 años, que es la edad en que su sistema cerebral presenta el momento propicio para ejercitarlo ventajosamente; lo que no sucede antes de los 7 años, en que todo trabajo cerebral resta el desarrollo armónico biológico.

La escuela más bien reclama, del hogar y de la sociedad, una infancia preparada en su función integral educativa; reclama niños biológicamente fuertes, moralmente sanos, y mentalmente despiertos. Dadle al maestro una infancia como ésta, y entonces tendréis dereho de exigirle que os entregue ciudadanos hábiles y morales. Mientras le entreguéis una infancia biológicamente raquítica, moralmente entorpecida, ningún derecho tenéis para reprocharle, si salen de la Escuela ciudadanos pervertidos.

LOS PUERICULTORIOS INTEGRALES REQUIEREN GRANDES CAMPOS DEPORTIVOS Y EDIFICIOS ESPECIALMENTE CONSTRUIDOS

La relación de la función integral educativa del niño, reclama la existencia de grandes campos deportivos, y la construcción especial de un edificio con todos los pabellones y compartimentos necesarios, que permitan la más amplia educación biológica, así como la dotación consiguiente de todo aquello que demanda una completa educación psíquica y moral del niño.

Dentro del puericultorio integral, hay que crear en el niño hábitos biológicos, los únicos capaces de poder encausar las energías vitales, sin grandes derroches hacia sus verdaderos fines psico-fisiológicos. Y tal creación de hábitos biológicos, sólo es posible dentro de una *Escuela Activa Infantil*, bien meditada y sabiamente dirigida, que busque la fortaleza espiritual del niño, el vigor de su espíritu por el conocimiento de la Naturalza y de las leyes, para ser útil a los demás. Su vigor muscular es una manifestación del vigor de su espíritu, que ha logrado aprovechar las fuerzas de la Naturaleza obedeciendo sus leyes.

Se buscará el deporte, porque este aumenta la capacidad vital y contribuye al embellecimiento de las formas del niño.

La Escuela Activa Infantil enseñará pues al niño a vivir la Naturaleza por el conocimiento de sus leyes y el sabio aprovechamiento de sus fuerzas.

Acercar al niño a la Naturaleza, y hacerle sentir sus caricias maternales, es infundirle los mejores hábitos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

RESUMEN

Se sostiene en este trabajo:

a) que la protección a la infancia debe ser amplia, dentro de todas las modalidades posibles;

b) que de dicha protección, en forma amplia, depende la salud moral y vigor biológico de las generaciones futuras;

c) que el esfuerzo hacia la formación de razas fuertes y creadoras debe ser el más sagrado deber de las sociedades y de los pueblos;

d) que el grado de cultura intelectual, moral y espiritual de los pueblos está medido por el número y grado de actividad de las instituciones protectoras de la infancia;

e) que los puericultorios actuales, dentro y fuera de la República están lejos de responder al nombre que llevan, por ser su acción exclusivamente biológica, y aún dentro de esta misma acción, enteramente incompletos;

f) que los verdaderos puericultorios deben ser centros de protección a la infancia, no unilaterales sino integrales, es decir, no sólo de dirección biológica sino también de dirección moral y mental; y deben comprender las tres grandes modalidades en que debe ejercitarse la protección a la infancia; protección pre-natal, protección del lactante (de 0 a 2 años), y protección al infante (de 3 a 7 años);

g) que dichos puericultorios requieren la construcción de grandes edificios, donde se centralicen todas las actividades o agrupaciones dispersas que ejerciten la protección a la infancia, y se organicen, dentro de cierta autonomía, bajo un solo comando que dirija la defensa integral.

La incorporación del Dr. Juan Voto Bernales a la Academia Nacional de Medicina

APLICACIONES CLINICAS DE LA DIATERMIA

POR EL Dr. JUAN VOTO BERNALES

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina:

Señores Académicos:

Las primeras palabras que pronuncio en este recinto, deben expresar mi profundo reconocimiento por el honor que tan gentilmente se me ha dispensado al elegirme Miembro de esta docta Corporación, exponente de la cultura médica nacional,

Universidad del Perú. Décima de América

termómetro de su pujanza, índice de lo que el país puede esperar del estudio, capacidad y abnegación de sus profesionales y antorcha llamada a participar, con centros similares del mundo, en la difusión de los conocimientos, que sistematizados, lograrán, en el futuro, el mejoramiento de las condiciones biológicas de la especie humana y amplificarán los horizontes de la Medicina que hoy no sólo es curativa y preventiva, sino que también alumbra con sus fulgores los interesantes problemas sociales, raciales y jurídicos.

Soldado de nuestra querida profesión, mitad honor y mitad abnegación, tengo un ejemplo para emular mi cariño al estudio y al trabajo, con el recuerdo del Dr. D. Manuel Amancio Velásquez, cuyo sillón vengo a ocupar en esta casa. El ha dejado una bella estela de enseñanza con su vida, toda consagrada al trabajo, a la docencia y al estudio, compartiendo sus actividades en esta Academia, en la Facultad de Medicina y, muy especialmente, en los campos de la Química.

El Dr. Velásquez era un miembro descollante de la profesión médica y como su personalidad es vastamente conocida y en nuestros anales está vivo su recuerdo, considero que no es indispensable repetir minuciosamente sus envidiables preñdas como hombre de ciencia y maestro, como investigador y erudito, ni sus virtudes como ciudadano, como cumplido caballero y leal amigo, por esto sintetizo la vida del colega que tuvo su turno de alumbrar este Instituto con la luz de su saber y de su experiencia.

El Dr. D. Manuel Amancio Velásquez nació en Lima el 10 de junio de 1863, siendo hijo legítimo del señor D. Manuel Velásquez y de la señora Da. Carmen Morales.

Cursó la instrucción primaria en los colegios del recordado señor D. Pedro Drinot y el Rvdo. P. Rolando y la secundaria en el Colegio Nacional de Guadalupe.

Terminada su instrucción el año 1880, época de la guerra del Pacífico y no obstante su adolescencia, se alistó entusiasta como soldado del batallón N° 32 de la Reserva Nacional, unidad a la que sirvió hasta el 15 de enero de 1881, de triste recordación para el Perú.

El mismo año ingresó a la Universidad Mayor de San Marcos concluyendo satisfactoriamente dos años de Ciencias Naturales y pasando en seguida a la Facultad de Medicina donde se reveló alumno aprovechado, siendo nombrado interno por concurso el 15 de mayo de 1889 y calificado para ingresar al sorteo de la contenta de Bachiller, que la suerte no le favoreció.

Después, en 5 de setiembre de 1889 optó el grado de bachiller, presentando para el caso un interesante *Estudio químico de las semillas del zapallo en el tratamiento de la Tenia*, meritorio trabajo que mereció ser publicado en "La Crónica Médica". Se recibió de Médico y Cirujano el 30 de abril de 1890, con exámenes que testificaron su valimiento y cinco meses des-

Universidad del Perú. Decana de América

pués se graduó de Doctor en Medicina con una tesis intitulada: *Investigación química de algunos elementos anormales de la orina*, que fué favorablemente acogida por la crítica.

Adjunto de la Cátedra de Química Médica, la desempeñó en varias ocasiones por impedimento del principal, pasando a regentarla, como Titular, por fallecimiento del Dr. José Anselmo de los Ríos. En ella actuó por más de veinte años demostrando su vasta preparación en el ramo.

En 1905 y 1906 fué nombrado pro-secretario de la Facultad de Medicina, desempeñando la Secretaría durante ese bienio y alcanzando nuevamente el nombramiento, ya como Secretario, por el período de cuatro años, a mérito de la elección de cargos efectuada en 20 de marzo de 1907, fecha desde la que desempeñó dicho cargo hasta su muerte.

Con el objeto de perfeccionar sus conocimientos en la química, visitó los principales centros de estudio del Viejo Mundo, mediante sus propios recursos.

Además de miembro de esta Academia, fué socio de la "Unión Fernandina", en la que desempeñó la Secretaría y posteriormente la Presidencia e igualmente activo colaborador de la "Sociedad Amantes de la Ciencia". Redactó "La Crónica Médica" cuya dirección llegó a asumir por ausencia del Dr. David Matto, y fué colaborador de la "Gaceta Científica" y de "La Revista Universitaria". Aportó apreciable contingente a la administración de justicia practicando peritajes médico-legales. Fué miembro del Municipio limeño en dos ocasiones, y en los servicios hospitalarios desempeñó primero el puesto de médico auxiliar del Hospital "Santa Ana" y después el de Médico Titular de un servicio de Medicina en el Hospital "Dos de Mayo", cargo que obtuvo por concurso.

Termino estos recuerdos dedicados a la memoria de mi digno predecesor, haciendo resaltar su laudable altruismo y su honorabilidad profesional que siempre aureoló su vida consagrada al austero cumplimiento del deber, dentro de pulcritud científica y moral.

Hecho el homenaje a que se hizo acreedor el malogrado compañero a quien vengo a subrogar, en esta esclarecida Academia, llega la estación reglamentaria de tratar el tema que voy a desarrollar con la sencillez y laconismo de quien está más familiarizado con la fórmula concisa de la técnica, que con los acariciadores giros demosténicos.

Para gran número de médicos la Electrología es ciencia llena de misterios: se la venera, pero de muy lejos; no se procura conocer sus principios y sus principales aplicaciones. Esta negligencia es uno de nuestros principales defectos y élla se encuentra en gran número de los procedimientos de nuestra práctica; nosotros no conocemos siempre muchas de nuestras

Universidad del Perú. Decana de América

posibilidades terapéuticas, mucho más vastas de lo que creemos o pensamos y no tratamos de investigar y renovar nuestros medios de acción. Y sin embargo en el campo de la Electroterapia cuántos medios preciosos poseemos hoy y cuántos beneficios podemos llevar a nuestros enfermos! Yo creo sinceramente que entre las múltiples aplicaciones de la Electroterapia, la Diatermia tiene el más bello porvenir. Este es el tema que me permito tratar hoy, contribuyendo así al conocimiento y a la difusión de este procedimiento curativo, basándome en los resultados obtenidos en otros centros y en los que he tenido oportunidad de apreciar personalmente.

La Diatermia o Termo-penetración es el método que poniendo en práctica el principio de Joule, se sirve de una corriente eléctrica alternativa, especialmente apta para desarrollar en los tejidos calor endógeno.

Ella difiere de los otros sistemas porque en lugar de llevar el calor del exterior al interior, lo desarrolla directamente en el interior del cuerpo, por la resistencia química de los mismos tejidos.

El descubrimiento de las propiedades caloríganas de las corrientes de alta frecuencia es debido a sabios franceses: es al principio d'Arsonval que el año 1895, constata que estas corrientes determinan un aumento de la cantidad de calor producido en el cuerpo humano; al año siguiente, él repite sus experiencias sobre el conejo, y llega a las mismas constataciones; después, en 1901, Bordier y Lecomte, sometieron a la acción de estas corrientes conejos y cobayos y observaron la muerte de estos animales por la intensidad de los efectos caloríficos que determinaron "la coagulación de las albúminas pertenecientes a órganos esenciales, sin contar las embolias".

(Continuará)

GUIA LASCANO

De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.
NUÑEZ 265
APARTADO 1971.— TELEFONO 3673

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Notas Terapéuticas

EL ALILARSENIATO MONOSODICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FORMAS PROLONGADAS Y DE LAS SECUELAS DE LA ENCEFALITIS EPIDEMICA.—Después de un detenido examen de las distintas terapéuticas utilizadas en las formas prolongadas de la encefalitis epidémica y particularmente contra los síndromes parkinsonianos consecutivos, Valois (*Tesis de Lille*, 1926) comprueba que, contra el temblor, la escopolamina ha hecho sus pruebas; sin embargo se tiende a sustituirla por la hioscina y el polvo de hojas de datura estramonio; nada ha dado tan buenos resultados como los arsénicos a altas dosis contra la hipertonía y la rigidez—pero el valor de los resultados terapéuticos depende sobre todo de la elección de los compuestos arsenicales utilizados. La mayoría de los autores recurren a los cacodilatos alcalinos y hasta hoy los resultados obtenidos no han sido más que mediocres. Valois, en colaboración con Auguste y Lekieffre, en la Clínica del Hospital St. Sauveur, ha obtenido verdaderos éxitos con el *arsylene* (alilarseniato monosódico), el cual tiene la ventaja sobre los cacodilatos, de ser más activo, menos tóxico y de ser mucho más manejable.

El *arsylene* ha sido bien estudiado por Pouchet y Ritz, desde el punto de vista farmacológico y fisiológico; puede darse *per os* baja la forma de gránulos dosificados a 1 centígramo; el olor repugnante aliáceo no es de temer; este modo de administración suple el tratamiento intensivo; se reservará a los enfermos particularmente intolerantes o demasiado pusilánimes para soportar las inyecciones y también a los que se quiera aplicar el método progresivo de Fowler.

Desde el punto de vista del tratamiento intensivo de los síndromes parkinsonianos, existen dos métodos—se practica la inyección cotidiana de 0.20 *arsylene* durante 15 o 20 días o bien se inyecta primeramente 4 días 0,20, 3 días de reposo; 4 días 0,40, 3 días de reposo; 4 días 0,60 para después volver hacia atrás. Tres recomendaciones: es preciso tantear la susceptibilidad del enfermo por medio de una dosis débil, háganse las inyecciones profundas y vigilar al enfermo para poder suspender el tratamiento tan pronto como aparezcan los signos de saturación orgánica.

El *arsylene* ejerce una acción electiva de las más rápidas y de las más constantes sobre la hipertonía, el más molesto de los síntomas observados en el curso de las manifestaciones parkinsonianas postencefalíticas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Noticias

CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA.—Se ha expedido por el Gobierno el siguiente Decreto:

Lima, 18 de febrero de 1927.—Teniendo en consideración: Que es conveniente para el progreso de las ciencias médicas en el país, la celebración de un Congreso Nacional de Medicina, Cirugía, Higiene, Asistencia Social, Pedagogía y Deontología Médica, patrocinado por el gobierno;

Que el Círculo Médico Peruano tiene nombrada una comisión de sus miembros encargada de estudiar lo relativo a la celebración de un congreso de esa naturaleza.

Se resuelve: El ministerio de fomento dispondrá lo conveniente para que, en los días 20 a 27 de julio próximo y con el concurso del Círculo Médico Peruano, se celebre en Lima un Congreso de Medicina, Cirugía, Higiene, Asistencia Social, Pedagogía y Deontología Médica.

Encárgase a la comisión nombrada por el Círculo Médico Peruano y compuesta por los doctores Fortunato Quesada, Alejandro Busalleu, Felipe Chueca y Nicolás Cavassa para que de acuerdo con la Dirección de Salubridad forme las bases para dicho congreso.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Presidente de la República.—*Sousa.*

Bibliografía

MEDICINA INFANTIL PARA ESTUDIANTES Y MEDICOS PRACTICOS por el Dr. Juan P. Garrahan.—Editorial *"El Ateneo"*.—Buenos Aires 1925.

Con cuatro años de intervalo, ha publicado el Dr. Garrahan, en 1925, la segunda edición de su libro. Ha corregido, según él dice, el texto de la anterior, y bien se vé desde la primera ojeada, que le ha aumentado, realzando de este modo el interés y el valer de su obra.

Sin ser un libro completo de medicina infantil, ha sabido elegir lo más interesante y seguramente lo que de más común hay en su país, que pueda presentarse desde luego al práctico, y hace de su obra un *vade-mecum* que acompañará bien al estudiante, y al que ejerce dentro o fuera de los mayores centros científicos, tal vez sólo, y sin poder disponer de una bibliografía variada.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Escrito con claridad que demuestra condiciones de enseñante, es a la vez un libro doctrinario y clínico, aparejamiento no frecuente en las obras de medicina infantil, permitiendo a quien lo lea, hallar todos aquellos detalles de la buena clínica, que Garrahan trasmite a los demás, aun en el error diagnóstico, con una honradez profesional, que informa en todas sus páginas, enalteciéndole, y que arranca el aplauso.

Este libro del Profesor bonaerense no ha descuidado nada de las modernas orientaciones, y aun en aquellas que son hoy día motivo de continuas discusiones, sabe orillar las dificultades de la contienda, si bien se le siente marcado afecto por la opinión de los pediatras germanos, que más se han destacado en el movimiento iniciado por ellos, hace ya un cuarto de sigio, a lo que acompaña el distinguido y joven pediatra, todo cuaanto ha cosechado por propia experiencia en el campo siempre abierto de la clínica, dándole en muchas veces, sello personal a lo que escriba y enseña, y notándosele especial cariño por los estudios de la tuberculosis de la infancia, y de la heredolúes.

Sirven de introducción a los capítulos de labor patológica, los muy interesantes de anatomía, fisiología y exploración clínica, facilitando labor, y asegurando comodidad y provecho, tanto al recién iniciado, y asegurando comodidad y provecho, tanto al recién iniciado, como al que no lo es.

Luego de la lectura del libro de Garrahan, queda en el ánimo la seguridad de que, aumentando su caudal y completándolo, otra edición ha de seguir a la reciente. Y es que hay derecho, después de leer este "manual bien nutrido y bien sazanado", a esperarlo así, del autor y del tiempo.—*Dr. R. E.*

LA SIERRA Organo de la Juventud Renovadora Andina

Dirección: J. Guillermo Guevara

LA CONDESA, 152 LIMA - PERU

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El Prof. Leonidas Avendaño, Catedrático Honorario de la Facultad de Medicina de Lima

CINCUENTA AÑOS DE INFATIGABLE LABOR MEDICA

Leonidas Avendaño ha dejado de ser profesor de la Facultad de Medicina de Lima, en la Cátedra de Medicina Legal que por largos años ha prestigiado con su devoción docente, su saber, su cultura y su virtud. Treinta largos años de servicios le han permitido el reposo que legítimamente le ha concedido la Universidad de San Marcos. La Facultad de Medicina, al acatar los deseos del viejo maestro ha querido, con esta ocasión, nombrarle su profesor honorario, para testimoniar de esta forma en cuánto aprecia su noble vida entregada austeramente al profesorado y al progreso de la Medicina Nacional.

Y tal suceso se realiza a los cincuenta años justos que el profesor Avendaño iniciara sus estudios médicos. En 1877, joven lleno de ilusiones, entraba Leonidas Avendaño a la Facultad de Medicina de Lima y al cabo de medio siglo, sale de ella, con la nieve inmaculad de los años sobre su cabeza pensadora, ostentando las más altas insignias de honra que le es dado ofrendar a un médico, la Casa de Unánue.

Hermosa y consoladora visión, para cuantos viven entre nosotros la abnegada vida de la enseñanza superior, del magisterio universitario, del apostolado que es la lucha contra la ignorancia y la miseria y el error, grandes padres de la enfermedad y de la muerte humanas.

Se retira Avendaño de la casa que tanto honró con su saber y su conducta, conservando intactas sus altas cualidades morales e intelectuales y cuando la plena madurez de su inteligencia y su experiencia sobre hombres y cosas podían servirnos, pero se retira, para dar con ello su más noble lección, aquella que ofreció en Montpellier Fonsagrives, cuando en la cúspide de su brillo llamó a Grasset, su discípulo, para ungirlo con la toga docente. La generosidad en los viejos, es su más alta virtud.

Y tal altísima lección ha sido recompensada con largueza. Porque grcia a la elección unánime de la Facultad de Medicina, no vendrán a agobiar la frente del maestro que se vá las angustias del olvido, ni los desconocimientos de la ingratitud. Porque contra este crepúsculo triste, contra esta lenta agonía que tan a menudo se inicia para los maestros que se ausentan de la enseñanza cotidiana de la cátedra, sus compañeros de claustro, sus colegas, discípulos y admiradores, al consagarle como Profesor de Honor, le han devuelto magnificado y pristino el título docente del que se había desprendido desinteresadamente y que ganó en las horas de la ilusión para prestigiarlo en las horas del esfuerzo de la lucha y del sacrificio.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

No es todavía el momento de rememorar cuánto debe la Medicina patria al profesor emérito que abandona las filas de la enseñanza activa. Allí está su foja de servicios, prodigiosa y variada, en las publicaciones que la han resumido con escrupulosa exactitud bibliográfica (1). Pasan de 400 los trabajos del infatigable publicista y entre ellos, los de Medicina Legal, de Higiene, de Patología peruana y de Historia médica serán siempre fuentes de consulta.

Nuestro propósito en estas líneas de información, a las que presta valor su expontaneidad y al afecto que las inspira, es llamar la atención pública sobre el gallardo maestro de la Medicina Nacional que es Leonidas Avendaño, en la hora única en que con gesto lleno de la bella poesía melancólica de todas las despedidas, abandona las fatigantes tareas de la enseñanza cotidiana de la Medicina Legal. Y principalmente, sobre el incomparable ademán de noble justicia con que al verlo partir de sus rangos, la Facultad de Medicina, comprendiendo la patética lección de tal ausencia, le entrega su más alta insignia, la más preciada: el título de Catedrático Honorario, por primera vez discernido a un maestro del claustro fernandino, para que le sirva de reliquia y talismán que le acompañe en la última etapa de la vida.

Son tales los actos de la inteligencia, impalpables y puros, son estas merecidas apoteosis por la obra cumplida con devoción y amor por la ciencia y por la patria, los que forman el haber de cultura de los pueblos, sus inalienables tesoros morales, sus garantías de venideros progresos. Y en estos tiempos de predominio innegable de la fuerza, de las riquezas materiales, y de los poderes de la audacia, es alentador que un centro de valiosas tradiciones, de ilustre abolengo espiritual, de austero e invariable cumplimiento del deber social, como es la Facultad de Medicina de Lima, la más antigua de América, se incline con orgullo y fervor ante uno de sus miembros en la precisa hora en que tan a menudo, sólo triunfan la injusticia y el olvido.

La Facultad de Medicina de Lima al elegir Catedrático Honorario al profesor Avendaño, al par que ha honrado al gallardo máestro poniendo sobre la tristeza de su adiós, una nota de conmovedora ternura y de serena y sobria alabanza a su esfuerzo, se ha honrado a sí misma contribuyendo así a incrementar su sólido prestigio.

"Emérito, decía Lucano, del soldado valeroso que con denodado brazo, largamente peleara hasta ganar el reposo con dignidad". Emérito será el profesor Leonidas Avendaño, soldado de la santa e implacable cruzada contra la enfermedad y el dolor y la ignorancia, que como médico ha sido su noble vida docente, la que al concluir con la gloria que desde hoy la nimba, le permitirá el "reposo con dignidad".

Dr. C. E. PAZ SOLDAN.

Lima, 7 de abril de 1927.

(1) En el "Diccionario de Peruanos Contemporáneos" de J. P. Paz Soldán y en el "Diccionario de Medicina Peruana" de Valdizán.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El Primer Congreso Nacional de Medicina

Noticia sensacional es la que anunciamos en el anterior número de *"La Crónica Médica"*, al publicar el Decreto Supremo que dispone que el Ministerio de Fomento, con el concurso del "Círculo Médico Peruano", organice un Congreso de medicina que se celebrará del 20 al 27 de julio próximo.

Aunque en un folleto editado por el Círculo Médico Peruano y puesto en circulación en la primera decena de este mes, figura una carta invitación, fechada el 20 de febrero próximo pasado, lo cierto es que todos los detalles de organización del referido Congreso sólo se han conocido el 23 de marzo, cuando aparecieron en los diarios de la localidad; en esa fecha "La Crónica Médica" ya estaba editada, pues, el 20 del mismo mes, entregó la casa impresora la edición de la Revista. Se enumeran estas fechas porque hacen ver que no se informa del Congreso con atrazo, sino que los documentos que a él se refieren, se han fechado el 20 del mes de febrero y publicado en los diarios a fines de marzo, y en folleto aparte en los primeros días de abril.

Esfuerzo digno de aplauso es preparar un Congreso médico en tres meses, máxime cuando puede ocuparse de todas las cuestiones médicas, ya que su programa, tal como se ha publicado, es vasto, complejo y magnífico.

En la actualidad hay la inclinación de tratar en estos certámenes de un solo tema, para agotarlo y señalar las conclusiones que se deduzcan de sus debates; así el III Congreso Argentino de Medicina celebrado el año pasado después de tres años de preparación, se ocupó de *Paludismo*, obteniéndose entre otros resultados un plan de lucha contra esa enfermedad.

El programa adoptado por el Círculo Médico Peruano es el tradicional y el que más se aviene con nuestra psicología; damos un breve resumen de él, para que se conozca su frondosidad y el gran empuje de sus autores, que hay que mirarlo con afecto y consideración.

Las secciones creadas son las siguientes:

Sección 1ª.—MEDICINA GENERAL.

Subsecciones:

a) Terapéutica.—b) Farmacología.—c) Farmacia.—d) Fisioterápia y Electroterapia.—e) Radiagnóstico.—f) Radioterapia.—g) Anatomía Patológica.—h) Pediatría.—i) Puericultura y Eugenesia.—j) Endocrinología.—k) Enfermedades de la nutrición.—l) Psiquiatría y Neuropatología.—m) Cardiología.—n) Tisiología.—ñ) Gastroenterología.—o) Dermatología.—p) Venereología y Sifilografía.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Sección 2ª.—CIRUGIA GENERAL.

Subsecciones:

a) Anestesia Quirúrgica.—b) Anatomía Quirúrgica.—c) Técnica Operatoria.—d) Cáncer.—e) Obstetricia.—f) Cirugía Infantil.—g) Ortopedia.—h) Oftalmología.—i) Otorinolaringología.—j) Odontología.—k) Urología.—l) Ginecología.

Sección 3ª.—MEDICINA SOCIAL.

Subsecciones:

a) Higiene.—b) Demografía.—c) Legislación Sanitaria.—d) Legislación Pro médica.—c) Medicina Legal y Toxicología.—f) Hospitales y clínicas.—g) Escuelas de enfermeras.—h) Medicina Escolar.—i) Sanidad Militar y Naval.

Sección 4ª.—CIENCIAS BIOLOGICAS.

Subsecciónes:

a) Anatomía e Histología.—b) Embriología.—c) Fisiología.—d) Bacteriología e Infecciones.—e) Parasitología.—f) Química Biológica.—g) Laboratorios de Investigaciones.

Sección 5ª—PATOLOGIA TROPICAL.

Sección 6ª—PEDAGOGIA MEDICA.

Sección 7ª—DEONTOLOGIA PROFESIONAL.

Sección 8ª—HISTORIA DE LA MEDICINA PERUANA.

Amplio y muy amplio es el horizonte de este primer Congreso médico peruano, que el entusiasmo de Fortunato Quesada tiene el mágico poder de organizar. Suyos son los primeros trabajos y las primeras gestiones ante el Gobierno que le ha dado su apoyo, y a él le pertenecen, sin disputa, las perspectivas de su intrepidez y los resultados de sus desvelos; le devoción que ha puesto en esta empresa lo califica como su adalid más esforzado y su más afortunado propulsor.

Hay que esperar que el Certámen sirva como lo dicen las "Bases", para demostrar el estado de la medicina en el país; estimular el desarrollo de la ciencia médica peruana, fomentando las investigaciones personales y homogenizando (standarizando) el desenvolvimiento de los centros de acción profesional; mejorar las condiciones del ejercicio médico en la República; sugerir y plantear el estudio de los problemas de medicina nacional, resolviendo el mayor número que sea posible; propender al movimiento solidario del cuerpo médico peruano, incrementando su intercambio intelectual y arraigando intensos lazos de vinculación moral entre sus miembros; hacer justicia a las figuras que han marcado época en la medicina patria; y preparar la repetición de estos certámenes en sucesivos períodos bianuales.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Síndrome cerebeloso de orígen malárico

Comunicación enviada a la Academia Nacional de Medicina de México

Por el Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA
Profesor de Clínica médica en la Facultad de Medicina

Tomás U., natural de Lima, de 21 años, de profesión chauffeur, ocupa la cama N° 16 de la sala de San José del Hospital "Dos de Mayo" el 10 de mayo de 1926.

Antecedentes hereditarios: Padre de hábitos etilicos, madre falleció de afección pulmonar crónica (tuberculosis?). De tres hermanos que han sido, sólo él sobrevive; ignora la causa de sus fallecimientos.

No tiene descendencia no obstante que lleva dos años de vida marital; su mujer no ha tenido abortos.

Antecedentes patológicos: En los diferentes períodos de su vida ha gozado de perfecta salud; sólo dice haber comenzado a sufrir de fiebres intermitentes por primera vez, 20 días antes de su ingreso al hospital, habiéndose tratado en ese entonces en la sala de San Francisco, del mismo establecimiento, de la que fué dado de alta el 26 de abril anterior.

No señala antecedentes venéreos, ni hay huella que los acuse.

Tiene hábitos alcohólicos moderados.

Enfermedad actual: Refiere el paciente que el 5 de mayo comenzó ha sufrir malestar general con anorexia y vómitos; a pesar de lo cual continuó en su trabajo hasta el día 7; el día 8 amaneció con trastornos del equilibrio cuando deambulaba, los vómitos persistían y su postración era mayor, por lo que decidió guardar cama, permaneciendo así 48 horas, pero sin asistencia alguna, en esa condición es trasladado al hospital.

Al examinarlo se le encuentra en estado de adinamia, somnolencia marcada, sólo 37°, 80 pulsaciones y 20 respiraciones al minuto; se le ayudó a sentarse, pero inmediatamente que se le dejaba de sostener, caía el tronco hacia atrás y con desviación hacia la derecha.

El examen físico de los aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo y anexos, y urinario nada indicaban de anormal.

El bazo a la percusión aumentado de volumen y doloroso a la presión en el 9° espacio intercostal izquierdo entre las líneas axilar anterior y media (signo de Pagnello).

La tensión arterial al Pachon marca 12 max. y 8 min.

Al examen de sangre se encontró plasmodium falciparum. Hematíes 4.340.000. Leucocitos 9.800. Granulocitos neutrófilos 56%. Eosinófilos 1%. Basófilos 9%. Monocitos 7 o|o. Linfocitos 35 o|o.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El análisis de orina sólo indicaba como anormal trazas de serina y urobilina.. En la sangre se encontró 0.46 por mil de urea.

Sometido a un tratamiento quinínico intensivo por la vía oral y en inyecciones intramusculares, la adinamia, somnolencia y vómitos desaparecieron en ocho días; pero no podía incorporarse en el lecho sino con ayuda; no podía tampoco alimentarse ni ejecutar sus necesidades por sí solo.

Se hacía, pues, indispensable, un examen completo del sistema nervioso y locomotor que dió los siguientes datos:

Sensibilidad: dolorosa, térmica, tactil, a la presión y ósea normales; sensibilidad estereognósica, actitudes segmentarias activas y pasivas normales.

Reflejos: Superficiales: plantar, cremestérico y abdominales normales. Tendinosos: dorso cuboideo o de Mendel, aquiliano, rotuliano, periostio-cubital, periostio-radial, bicipital y olecraneano, normales. Reflejos pilo-motor y vaso-dilatador existen.

Reflejo foto-motor y de acomodación normales.

Reflejo conjuntival, muco-naso-lagrimal, normales.

Reflejo faríngeo, normal.

Reflejo óculo-cardiaco, 80 pulsaciones, antes; 64 después, positivo.

El examen de los diversos pares craneales indicó normalidad.

Como era indispesable un examen especial del 8º par o auditivo, ejecutamos las pruebas de Rinn y Weber con el diapason, e indicaron funcionamiento normal de la rama coclear.

Para la rama vestibular empleamos la prueba calórica de Barany al agua fría, fué el resultado normal, pues la desviación de la cabeza y el nistagmus se produjeron al lado opuesto del oído explorado. Para emplear la prueba de Babinski y vértigo voltaico, solicitamos la colaboración de nuestro amigo, Dr. Voto Bernales; colocando los polos de una corriente galvánica de 3 miliamperes delante del trago, se produjo el vértigo con nistagmus y huída de la cabeza del polo positivo, es decir, resultado normal.

Motilidad: Imprimiendo *movimientos pasivos* de flexión y extensión a los miembros superiores e inferiores, se nota *hipertonicidad marcada.* A la palpación los miembros se notan *flácidos.*

La sacudida del tronco al rededor de su eje vertical estando el paciente de pié, comunica a los miembros superiores estando éstos en pasividad, una *oscilación pendular* marcada. El mismo fenómeno de *oscilación pendular* se observa en las piernas, si estando el paciente sentado en el borde del lecho y sin tocar el suelo con los pies, se extiende pasivamente la pierna sobre el muslo y se le abandona a su propio peso.

Movimientos activos: Ordenando al paciente que toque con la extremidad de los dedos la parte media de la fente o la punta de la nariz, el movimiento que ejecuta es *desmesurado,* pues los dedos tocan puntos más allá de los señalados.

Si estando en decubito dorsal se le manda que con el talón de su pie, toque la rodilla del lado opuesto, el movimiento que hace es también *desmesurado,* va más allá de la rótula.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Si se le hace ejecutar la *prueba de Babinski* sobre el papel, es decir, trazar una serie de líneas horizontales, entre dos líneas verticales situadas a unos centímetros de distancia, la terminación de ellas pasa más allá de la línea vertical que sirve de referencia, el movimiento ejecutado al trazar las líneas es pues *dismétrico*.

La escritura sobre el papel, hace ver trazos angulosos, además en lugar de puntos se ven comas; estos detalles de la escritura indican también movimientos *dismétricos*.

La posición sentada no puede sostenerla sino por cortos momentos, pues cae el tronco hacia atrás.

Ayudándolo para mantenerse en pié, ensancha su base de sustentación, poniendo los miembros inferiores en abducción marcada. En esta actitud se nota un *tremor generalizado* discreto. La posición de pié no puede sostenerla mucho tiempo, los miembros inferiores se flexionan y cae, acusa pues *astasia*.

Investigado el *signo de Romberg* es *negativo*.

Si en la posición de *pié* se le manda flexionar el tronco hacia atrás, mantiene rectos los miembros inferiores y es necesario sostenerlo para impedir su caída de espaldas, no semiflexiona automáticamente los miembros inferiores, para sostener el equilibrio del cuerpo en esa nueva posición como sucede al estado normal, hay pues *asinergia* entre los músculos del tronco y de los miembros inferiores.

La *marcha* la ejecuta como un ebrio, es decir, en *zig zag*, no puede prolongarla por mucho tiempo, de lo contrario, pierde el *equilibrio* y cae.

Si ejecuta la marcha sostenido atrás por la raíz de los brazos, el tronco no concurre isocrónicamente con los miembros inferiores al movimiento de traslación, queda inclinado atrás y caería si no estuviese sostenido, hay pues *asinergia* entre los músculos del tronco y los miembros inferiores. Se observa además que lleva los pies más de lo necesario sobre el suelo, acusa *dismetria*.

Estando en decubito dorsal, si se flexiona el muslo sobre la pelvis y la pierna sobre el muslo, quedando aquélla horizontal y separados los dos miembros; conserva esta actitud forzada mucho más tiempo que al estado normal, muestra pues, el signo que Babinski ha denominado impropiamente *catalepsia cerebelosa*.

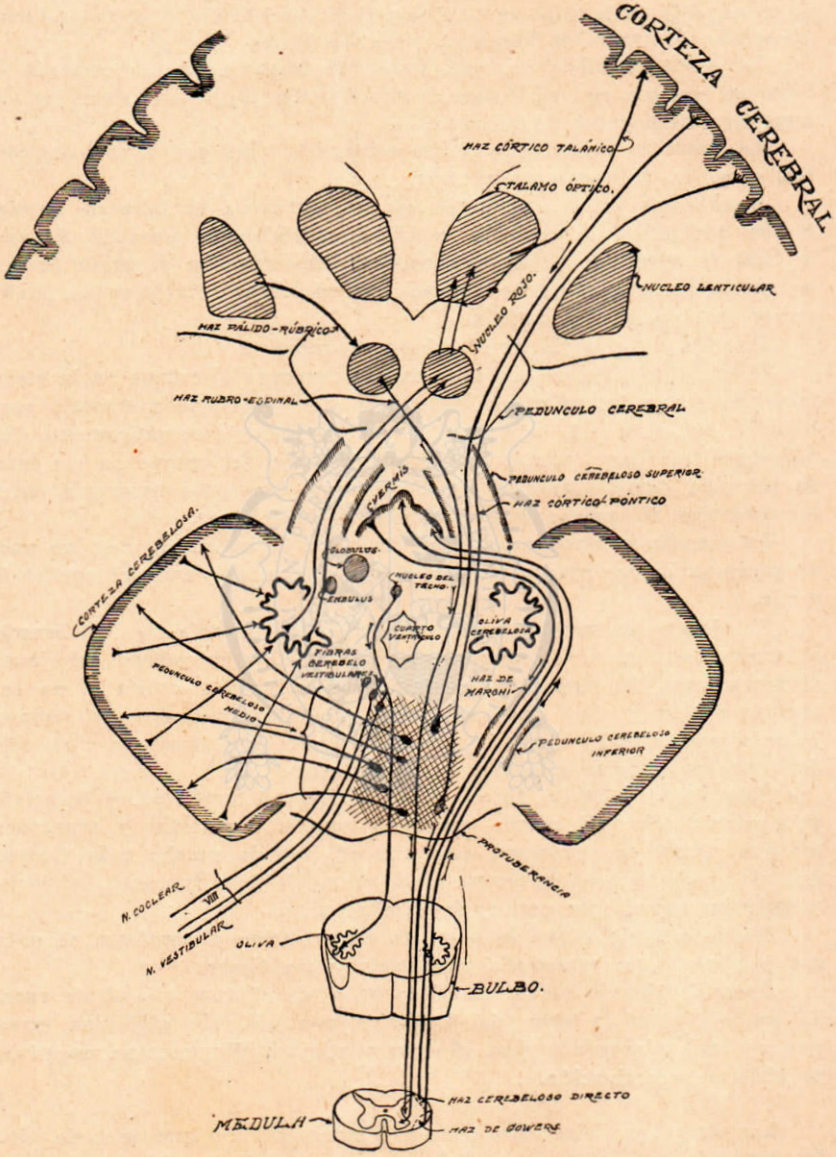
En las respuesta que da o en su conversación expontánea, se nota una palabra lenta, arrastrada, monótona y sin timbre.

Extraído líquido céfalo raquídeo salió un chorro, cristal de roca. Al analisis acusó 1 grm. de Albúmina por mil, sin globulina, urea 0.45 por mil, cloruros 7 grm. glucosa vestigios; Wassermann negativo, no obstante reactivación.

Los datos suministrados por la historia clínica que precede, dejan entrever un *síndrome cerebeloso;* pero es indispensable para poder fundamentar este diagnóstico, el rememorar nuestros conocimientos anatomo-fisiológicos sobre *el cerebelo*..

Como se sabe, el cerebelo es aquella porción de la masa encefálica que ocupa la parte posterior e inferior de la cavidad craneana. Situada debajo y hacia la parte posterior del cerebro, encima del bulbo raquí-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



(Rep. por M. Dávila)

ESQUEMA DE LAS RELACIONES ANATOMICAS DEL CEREBELO

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

deo, atrás de la protuberancia y de los tubérculos cuadrigéminos. Está compuesto de dos partes laterales o *hemisferios cerebelosos* y una parte o lóbulo medio situado entre los anteriores de dirección anteroposterior, denominada la porción que mira arriba *vermis superior* y la opuesta *vermis inferior*.

La superficie exterior del órgano está recorrida por una serie de surcos más o menos profundos y paralelos; los de los hemisferios cóncavos hacia adelante y adentro, y los del vermis que son medios de unión de las anteriores, lijeramente cóncavos hacia adelante; dichos surcos dividen la superficie del cerebelo, en segmentos adosados los unos a los otros, denominados *láminas* y *laminillas*.

En los cortes ejecutados en el cerebelo se nota 1° la corteza o *sustancia gris periférica* que envuelve las láminas y laminillas, penetrando hasta el fondo de los surcos; se extiende en casi toda la superficie del cerebelo, pues sólo es interrumpida en la parte anterior, en el punto de emergencia de los pedúnculos cerebrales superiores; 2° en el centro la *sustancia blanca* que en la periferia emite prolongaciones en forma de ramas más o menos gruesas, que penetran en las láminas y laminillas, tomando en conjunto aquella disposición especial que se ha denominado *árbol de la vida;* 3° varios núcleos grises en la sustancia blanca; uno mayor en cada hemisferio en el centro de la sustancia blanca, llamado *núcleo dentado* u *oliva cerebelosa*, formado por una delgada lámina gris plegada irregularmente, aprisionando en su centro sustancia blanca, abierta hacia adentro en el punto de salida del pedúnculo cerebeloso superior que tiene su origen real en la mencionada *oliva;* además seis núcleos accesorios hacia adentro de los precedentes y ambos lados de la línea media, denominados de afuera a dentro: *émbolus, glóbulus y núcleo del techo*, tres por lado.

Debemos recordar que la sustancia gris de la corteza del cerebelo, está constituída por dos capas de células nerviosas con sus respectivas prolongaciones dentríticas y cilindro axiles; entre dichas capas denominadas de fuera a adentro, *molecular* y *granulosa*, se perciben las células de *Purkinje* de enormes dimensiones, de forma ovoide y las que emiten prolongaciones *dentríticas* que se dirigen afuera y *cilindroaxiles* que van hacia adentro.

Hay algunos *núcleos grises* que aunque no forman parte del cerebelo, pero tienen conexiones con él, tales son: los *protuberanciales*, diseminados en la parte anterior de la protuberancia; los *vestibulares* o bulbo-protuberanciales, situados en la parte externa de la protuberancia en el ángulo formado por el trigémino y el cuerpo restiforme (núcleos de Deiters, Bechterew y núcleo del techo); *núcleo rojo* situado en la calota peduncular.

El cerebelo está en relación con el neuro-eje por medio de fibras *aferente* y *eferentes*.

Entre las *fibras aferentes* tenemos:

1° El *pedúnculo cerebeloso inferior* que tiene su origen en la *columna de Clarke* tomando en la médula la denominación de haz cerebeloso directo, el que recibe el nivel del bulbo, prolongaciones axiles que nacen en diferentes núcleos grises (de Goll, Burdach, Monakow,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

olivas, etc.) atraviesan el bulbo y la protuberancia terminando en el *vermis* por fibras directas y cruzadas.

2º *Haz de Gowers* que nace en la sustancia *gris de la médula* en puntos variables según los distintos anatomistas, se coloca delante del haz precedente, sigue un trayecto análogo, terminándose también en el *vermis* siendo el entrecruzamiento mayor.

3º *Pedúnculo cerebeloso medio* tiene su origen en los núcleos del puente del lado opuesto atravieza la línea media, terminando en la *sustancia gris de la corteza cerebelosa.*

Entre las fibras *eferentes* tenemos:

1º El *pedúnculo cerebeloso superior* que nace en la *oliva cerebelosa* se entrecrusa en la parte inferior de la calota peduncular terminado en el *núcleo rojo* y parte en el *tálamo óptico.*

2º El haz *cerebeloso espinal* o *cerebeloso descendente de Marchi* nace en el *vermis* y se termina en las *astas anteriores de la médula.*

3º Fibras *cerebelo-bulbares* que ligan el cerebelo al bulbo, nacen en los núcleos *vestibulares (de Deiters, Bechterew,* triangular). *núcleos de Goll* y *Burdach.*

4º Fibras *cerebelo-vestibulares* que nacen en la vermis y terminan en los núcleos *vestibulares (de Deitres, Bechterew,* triangular).

El cerebelo tiene además conexiones indirectas con:

La *corteza cerebral* por medio de los haces *córtico-pónticos,* que van de la corteza cerebral a los núcleos del puente. Con el *tálamo óptico* por los haces *córtico-talámicos.* Con la *médula espinal* por medio del haz *rubro-espinal* o de *von Monakow,* que parte del núcleo rojo entrecruzándose en la línea media teminando en la médula. Este haz ha sido aislado en el mono, (macaco) hay indicios evidentes de su existencia en el hombre. Con los *núcleos vestibulares,* en que terminan las ramificaciones del nervio vestibular (rama del nervio auditivo) por medio del haz *cerebelo-vestibular.*

Tiene el cerebelo otras conexiones indirectas con los *núcleos del óculo-motor común y externo* por intermedio de un haz que va de uno de los núcleos vestibulares (Bechterew) a los óculo-motores.

Por último, entre las conexiones indirectas del cerebelo, no debemos olvidar las que tiene con el *cuerpo estriado,* pues ambos emiten prolangaciones celulífugas que terminan en el *núcleo rojo;* las primeras constituyen el pedúnculo cerebeloso inferior o *haz cerebelo-rúbrico* y las segundas el haz *palido rúbrico,* de donde parte a su vez el *haz rubro-espinal* de *von Monakow.*

Entre las diversas fibras intrínsecas del cerebelo debemos mencionar sobre todo, las prolongaciones axiles *córtico nucleares* que ponen en relación las fibras intrínsecas y extrínsecas del cerebelo.

El conocimiento de la fisiología del cerebelo se ha fundado en hechos experimentales y observaciones anatomoclínicas. A partir de Flourens que a principios del siglo pasado hizo sus experiencias en el perro y pichón privados del cerebelo; experiencias que continuadas entre otros por Luciani, Thomas en el perro, últimamente por Thomas y Durupt en el mono; los estudios de electrificación del mismo órgano hechos por Ferrier y las variadas observaciones clínicas y anatomo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

clínicas de los últimos tiempos; especialmente durante la última guerra mundial, han dado mucha luz sobre el papel importante que dicho órgano desempeña en el organismo.

Los hechos experimentales hacen ver en los animales cerelebelectomizados y una vez pasados los primeros fenómenos, consecuencia del traumatismo producido sobre los órganos que tienen conexiones con el cerebelo, fenómenos de *incoordinación muscular* y *pérdida del equilibrio* en la posición estática en la que para poder continuar colocan los miembros en abducción, a fin de ensanchar la base de sustentación y evitar la caída; en esa posición se observa un *tremor* más o menos marcado en las extremidades, sobre todo inferiores.

Obligados a marchar, ejecutan la deambulación con pérdida completa del *equilibrio dinámico.* lo hacen en *zig zag.*

Luciani en discrepncia con lo admitido por otros observadores, ha comprobado en los animales de experiencia, una *astenia muscular marcada* o mejor dicho, una *hipotonía muscular.*

Estos mismos fenómenos de *incoordinación muscular, pérdida del equilibrio, trémor e hipotonía se observa* en la clínica en los individuos que sufren afecciones cerebelosas.

Pero para que la función del cerebelo se efectúe debidamente, es indispensable que este órgano colocado como está, en derivación sobre el trayecto de las vías sensitivas y motrices cerebro medulares; reciba exitaciones por medio de las vías *aferentes,* que actuando sobre él, producirán reflejos, que trasmitidos por las vías *eferentes* al sistema motor, se traducirían por *coordinación muscular, equilibrio* y *tonicidad.*

La perturbación de las funciones anteriores, no sólo se produce en las lesiones ubicadas en el cerebelo, sino que se presenta en grado diverso y afectando variados tipos, en las lesiones más o menos extensas de cualquier parte del trayecto de las vías *aferentes* o *eferentes cerebelosas,* o en los órganos cuyas exitaciones deben trasmitir.

Como ejemplo de ello podemos mencionar: *la ataxia de Friedrich,* en la que además de las lesiones de los cordones posteriores la hay también del *haz cerebeloso directo.* Las lesiones protuberanciales producen síndromes cerebelosos por alteración de los núcleos y haces ponto-cerebelosos que como se sabe forman el *pedúnculo cerebeloso medio.* Las lesiones en el *haz córtico-póntico* que como se sabe tiene conexiones con el haz póntico cerebeloso, produce perturbaciones en la equilibración; pero se puede apreciar claramente el rol cerebral en la equilibración, en los individuos que sufren de *fobia* de alturas o de los grandes espacios, y en las que por falta de control cerebral pierden el equilibrio y caen.

La pérdida de la equilibración se nota en las lesiones laberínticas o *vestibulares* y en el *nervio vestibular* que arranca de dicha zona del oído interno y termina en los núcleos vestibulares (Deiters, Bechterew, etc.) que se conectan con el *haz vestibulo cerebeloso;* como se sabe las lesiones de los canales semicirculares, dan lugar a variadas perturbaciones del equilibrio según el canal afectado.

Obsérvanse también alteraciones del equilibrio en la tabes, por lesión de las *raíces posteriores* o *sensitivas,* que trasmiten imperfec-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tamente las sensaciones periféricas a los *haces aferentes del cerebelo* y como consecuencia disfunción de este órgano.

Hechas las precedentes consideraciones anatomo-fisiológicas, vamos a ocuparnos del enfermo motivo de nuestra observación.

Los signos de *hipotonia muscular* que se observan en el paciente; como lo acredita la *flacidez* que ofrecen los músculos a la palpación, el *movimiento pendular* obtenido tanto en los miembros superiores e inferiores, por sacudidas del tronco, o por abandono a su propio peso de la pierna puesta en extensión y en posición sentado, que revelan pasividad muscular.

La *incoordinación* que se manifiesta; por movimientos desmesurados o *dismétricos;* al escribir o trazar líneas; al ejecutar con los miembros movimientos diversos; al caminar, en que se ve el tronco inclinado hacia atrás sin seguir automática e isocrónicamente el avance de los miembros inferiores; y por último la imperfección en la emisión de la palabra, que es monótona, arrastrada, debido también a *incoordinación* en la contracción de los diversos músculos laríngeos y otros que intervienen en la fonética.

El ensanche de la base de sustentación cuando esetá de pie, a a fin no perder el *equilibrio;* la pérdida de éste durante la deambulación, por lo que para ejecutarla lo hace en *zig zag.*

Todos estos síntomas encuadran en el diagnóstico formulado de *síndrome cerebeloso total.*

Nuestro caso no puede referirse a una *ataxia tabética,* en ésta para llegar a un punto o tomar un objeto, la orientación es defectuosa desde el comienzo del acto y no llega al punto o toma el objeto sino después de muchos tanteos, el cerebeloso cumple su acto ejecutando un movimiento desmesurado, pero si puede tomarse un tiempo ejecuta el acto correcto. El tabético tiene Romberg, el cerebeloso no lo acusa. La marcha la ejecuta el primero lanzando los miembros con violencia y taloneando, el último ejecuta la marcha en *zig zag;* por último, en el tabético hay trastornos sensitivos lo que no sucede en el cerebeloso.

No se puede pensar en una *Enfermedad de Friedrich,* porque aunque en esta mielopatía la marcha es semejante a la del cerebeloso; pero su evolución es lenta, comienza en la niñez, su marcha es progresiva, presenta además perturbaciones de la sensibilidad.

Debemos descartar una *ataxia laberíntica,* porque en este caso, los vértigos con pérdida del equilibrio se presentan en forma de crisis y tomando un tipo *sui géneris,* de rotación sobre el eje longitudinal, sensación de hundimiento del suelo, desviación del cuerpo en diferentes direcciones; nuestro enfermo no tiene trastornos en la agudeza auditiva, la prueba del vértigo voltáico y de inyección de agua fría en el oído acusa normalidad.

Nuestro caso no necesita diferenciación con otros diversos estados patológicos en los que se observa incordinación motriz y pérdida de la equilibración.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Biblioteca Lima-Perú

Fundamentado el diagnóstico de nuestro caso debemos entrar en consideraciones fisiológicas sobre ciertos síntomas, exponentes de la disfunción cerebelosa.

La *hipotonia* que acusa el cerebeloso es como se ha dicho uno de los signos capitales de dicha afección.

El *tono muscular* como dice Maillard es el estado de contracción permanente, involuntario e inconsciente; o como dicen otros, el músculo en estado de relajamiento fisiológico.

Los estudios de Sherrington, Rolando Luciani, han puesto de manifiesto el rol del cerebelo como regulador del tono, esta misma idea profesa Thomas; la clínica apoya esta creencia, como ocurre en nuestro caso en el que los signos de *hipotonia* son bien marcados.

Pero el cerebelo no es el único órgano que regula el tono, hay otro centro subcortical que es el *cuerpo estriado*, que colabora positivamente en esta función; efectivamente, los estudios anatomo-clínicos de los últimos tiempos, hacen ver que las lesiones del *cuerpo estriado* se manifiestan por fenómenos de hipertonía, como sucede en el síndrome Parkinsoniano; el *cerebelo* actuaría pues, como estimulante del tono, y el *cuerpo estriado* como inhibidor a travez del *núcleo rojo*, centro gris, a donde afluyen los haces *cerebelo rúbricos* y *pálido-rúbricos*.

Estos haces tienen conexión con las formaciones simpáticas de las astas anteriores de la médula, las que a su vez entran en relación por medio de las *rami comunicantes*, con las prolongaciones simpáticas, que van a los músculos.

Según la concepción de Botazzi, sostenida y defendida por Joteiko, cada músculo estriado está compuesto de dos elementos: uno formado por la *miofibrilla* músculo clónico, otro constituye el *sarcoplasma* o músculo *tónico;* el primero quema hidratos de carbono, desprende ácido carbónico y genera calor, el segundo consume albuminoides, elimina creatina sin producir calor.

La contracción de la *miofibrilla* es voluntaria, discontinua, brutal no tetanizante está bajo el influjo del sistema piramidal, la del sarcoplasma es invcoluntaria, continua, tetanizante, estaría según Langelaan bajo el influjo del simpático.

La intervención del simpático en el tono, tal es la teoría de Langelaan, Bottazzi, idea que acoje Hunter, fundado en hechos experimentales y Royle, Kuntz, Kerper y otros fundados en estudios experimentales sobre animales y en el buen resultado de la simpatectomía en ciertos estados hipertónicos.

Langelaan ha tenido como base de su concepción, los estudios anatómicos de Boeke, quien ha desmostrado la existencia en el músculo de dos clases de fibras nerviosas *mielínicas* y *amielínicas*, elementos nerviosos que también han sido encontrados por otros investigadores.

El tono es sostenido por las exitaciones periféricas que llevan su influjo a los órganos centrales del tono: cerebelo y cuerpo estriado, las que por las vías eferentes de que hemos hablado, actúan sobre el sistema muscular; no repugna al espíritu aceptar el papel capital que al simpático atribuye Langelaan en el mantenimiento del tono,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

pues siendo éste involuntario y continuo, es lógico que esté controlado por centros sub-concientes, como son el cerebelo y cuerpo estriado los que tomarán no la vía piramidal, para actuar sobre el sarcoplasma, sino la vía simpática.

El punto de partida del reflejo tónico es sobre todo el músculo, en estado de tensión pasiva, cada vez que esto sucede, parte un reflejo de él, que va hasta los centros superiores y vuelve a la periferia para el mantenimiento del tono; en otros términos, se produce el reflejo *propio-ceptivo de Sherrington*. La acción es doble; aumento del tono para el músculo *agonista* y disminución para el *antagonista;* y este fenómeno se produce estando el cuerpo en posición estática o dinámica; hay una *anisostemia mesurada* como la denomina Levy-Valensi. En toda circunstancia el elemento tónico actúa conjuntamente con el clónico y fusionando las sacudidas de éste, transforma el movimiento en *mesurado* y *harmonioso*, si la función *tónica* se altera, no se fusionan las contracciones de la miofibrilla, y se revelan en forma discontinua, apareciendo entonces *el tremor* que es uno de los signos de disfunción cerebelosa.

La *hipotonia* además, da lugar a la falta de coordinación de los músculos antagonistas y como consecuencia, movimientos *dismétricos* y pérdida del *equilibrio* en el estado estático o dinámico; tendríamos que pensar, con A. Thomas, que el *cerebeloso es asinérgico porque és hipermétrico y desequilibrado porque es asinérgico;* es decir, el *síndrome cerebeloso sería un exponente de disfunción tónica*.

El sujeto de nuestra observación ofrece al examen *catalepsia* o mejor dicho *catatonia cerebelosa*, un signo paradójico, pues se produce en un *hipotónico;* pero el origen de su producción se explica probablemente, si pensamos en una lesión intra-cerebelosa del haz *póntico-cerebeloso*, que no trasmite o lo hace deficientemente las impulsiones volitivas de la corteza cerebral, que como se sabe van al cerebro por la vía *córtico póntica*, que está conectada con la póntico cerebelosa; sería pues el mencionado signo una verdadera manifestación de *abulia*.

La etiológica del síndrome motivo de nuestra observación, no es otra que la *malaria;* el comienzo brusco de las manifestaciones, la presencia del *plasmodium falciparum* en la sangre y la mejoría obtenida con el tratamiteno específico, así lo confirman.

No es raro la producción de un *síndrome cerebeloso* en el curso del paludismo; primeramente Pansini y después otros observadores italianos han relatado casos de esa forma; posteriormente los médicos griegos Papastratigrakis y Patrikios han descrito en la "Revue Neurológique" de París algunos casos observados por ellos.

Es de notar en nuestro caso la ausencia casi de fiebre, pues la mayor temperatura que se observó en uno de los primeros días fué de 37°, esta misma circunstancia se ha hecho notar por Papastratigakis en el caso de su observación; forma de termo-reacción que no es raro observar algunas veces en diversas manifestaciones del paludismo a *plasmodium falciparum* sobre todo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Las lesiones anatómicas son raras, no se trata sólo de congestiones, sino de verdaderas trombosis capilares, producidas por los hematozoarios, los glóbulos rojos parasitados, leucocitos melaníferos y pigmentos melánicos; Pecori y Luzzato han observado además hemorragias puntiformes.

Aunque el pronóstico de nuestro caso es serio, pues con el tratamismo antimalárico sólo se ha observado mejoría pensamos que una vez que se hayan reabsorvido los trombos y normalizado la circulación del cerebelo, el síndrome desaparecerá.

El tratamiento a que se ha sometido el paciente ha sido de quinina por la vía oral e inyecciones intramusculares, y aunque se ha conseguido la desparición del hematozoario de la circulación; es menester emplear una terapéutica que favorezca la desaparición de los trombos, para ello hemos prescrito el yodo bajo la forma de tintura of. a lo dosis de 1 grm. en porción cada 24 horas; este principio como estimulante de la linfopeyesis y fagocitosis, contribuirá a la reabsorción de ellos (*).

Conceptos sobre inmunidad en la tuberculosis

Trabajo presentado en la "Semana Médica" de 1925

Por el Dr. RAUL REBAGLIATI

En los últimos años, importantes observaciones de orden clínico y nutridas investigaciones experimentales, realizadas en muchos países, han aportado contribuciones muy valiosas al mejor conocimiento de la inmunidad en la tuberculosis. Me propongo hacer aquí un resumen de esos estudios, ordenarlos y deducir de ellos los conceptos que pueden ser considerados como guías en tan vasto campo de observación para el médico práctico.

Inmunidad natural.—Ante todo, no existe, propiamente hablando, una inmunidad natural para la tuberculosis en ningún vertebrado. La tuberculosis expontánea es conocida en los peces, en los batracios, en las aves y en los mamíferos. Ningún mamífero resiste a la infección experimental con bacilos de la tuberculosis de los mamíferos. En los jardines zoológicos, es frecuente que la tuberculosis cause la muerte a diversos animales.

Sin embargo, la resistencia natural, general o local, que opone el organismo a todas las infecciones, es decir, sus medios naturales de defensa, se manifiesta también en la tuberculosis, en la generalidad de los casos. La constitución del tubérculo es una prueba del

(*) El enfermo después de cuatro meses de tratamiento ha quedado completamente restablecido.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

esfuerzo del organismo para localizar la infección, por acción celular; lo que, como veremos más adelante, contribuye a dificultar la producción de una verdadera inmunidad general.

Inmunidad adquirida.—Una inmunidad adquirida absoluta para las infecciones, no ha llegado a ser demostrada de manera concluyente. La viruela parece ser la infección que mayor inmunidad deja en el organismo; y si contemplamos las distintas enfermedades infecciosas, notaremos que aquellas que tienen un carácter agudo y que más se generalizan, más impregnan al organismo, son las que mayor inmunidad producen. Así, las *fiebres eruptivas*, cuya generalización está demostrada por los exantemas y enantemas, la *difteria*, que produce una verdadera impregnación tóxica, son infecciones que determinan un estado de inmunidad definitiva casi absoluta. Las infecciones agudas que quedan localizadas, como la *blenorragia*, el *forúnculo*, la *erisipela*, diversas *supuraciones*, no dejan inmunidad alguna; al contrario, predisponen al enfermo a nuevas infecciones de la misma naturaleza; el *carbón bacteridiano*, cuando queda localizado, como en el caso de la pústula maligna, no produce tampoco la menor inmunidad. Pero si la afección local se generaliza, como ocurre en la gonococia en la mujer, que puede llegar a determinar una peritonitis, si ésta cura, se produce un estado de resistencia al gonococo que puede durar algunos años.

Las infecciones de marcha crónica son generalmente localizadas, pues sus agentes infecciosos se desarrollan lentamente y el organismo, por medio de sus defensas naturales, puede limitar la expansión de los gérmenes que, así, resultan aislados del resto del organismo. Tal sucede en la *tuberculosis*, en la *lepra* en la *tracoma*.

Ahora bien, para que la inmunidad se produzca, cualquiera que sea la infección de que se trate, es necesario que las antígenas en cierta proporción, penetren profundamente en el organismo, se pongan en circulación en el medio sanguíneo e impregnen todos los órganos; sólo así puede el organismo fabricar los anticuerpos correspondientes. Esta condición se halla en las infecciones generalizadas: fiebres eruptivas, septicemias, bacteriemias, y en las localizadas que permiten el paso de las antígenas bastante más allá del foco infeeccioso; lo que no ocurre en las infecciones localizadas de marcha crónica, por la calidad de tejidos que rodean la lesión y que no permiten el paso de las antígenas sino en cantidades mínimas. Estas trazas de antígenas que recibe el organismo, lejos de producir inmunidad, determinan, al contrario, un estado de hipersensibilidad.

Ensayos de inmunización.—Los primeros ensayos de inmunización contra la tuberculosis fueron llevados a cabo por R. Koch, en perros; empleando *bacilos vivos*. He aquí cómo refiere Koch sus experiencias: "Dos perros fueron inoculados en la cavidad abdominal con un cultivo puro diluído en suero sanguíneo. Uno de estos animales fué sacrificado después de cuatro semanas, encontrándose en él una tuberculosis generalizada. El otro animal estuvo enfermo bastante tiempo y tuvo síntomas muy claros de padecer un derrame líquido en el peritóneo, adelgazó mucho, pero, finalmente se repuso y recobró la salud; cinco meses después de la primera inoculación, volvió a ser ino-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

culado este perro, a la vez que una perra de su misma raza, con doble dosis del mismo cultivo. El resultado fué idéntico para ambos animales. Después de poco más de una semana, en que no se presentó síntoma alguno de enfermedad, comenzaron a adelgazar y presentaron signos de ascitis. Uno de los animales murió al cabo de cinco semanas; el perro, que ya estaba muy agotado, fué sacrificado. El resultado de la autopsia, en el primer perro, fué el siguiente: epiploon, peritóneo, bazo, hígado y pulmones estaban sembrados de una cantidad extraordinaria de granulaciones tuberculosas. Esta experiencia tiene una importancia muy grande puesto que dicho perro había recibido anteriormente una inyección de 1|2 cc. de bacilos, había enfermado y vuelto a reponerse. Este era el único caso en que un animal tuberculoso había vuelto a recuperar la salud. Se esperaba que en la tuberculosis, lo mismo que en carbón bacteridiano, se podría utilizar una vacuna preventiva de virus muy debilitado. Pero cuando en el único animal tuberculoso que se había repuesto quisimos cerciorarnos de si estaba protegido contra un segundo ataque de la enfermedad, no obtuvimos ningún resultado en este sentido, lo que es tanto más de notar, porque el único punto de apoyo que tenemos para juzgar acerca de ésto es la experimentación, pues de los datos recojidos a la cabecera del enfermo no podemos fiarnos. Y este caso no autoriza para que tengamos esperanza alguna". Estas experiencias fueron continuadas por Koch, en cuyes, cuya sensibilidad hacia la infección tuberculosa es bien conocida.

Se sabe que el cuy (cobaya) es el animal más sensible al virus tuberculoso. Puede decirse que unos pocos bacilos son suficientes para infectarlo, en la generalidad de los casos, teniendo en cuenta las variaciones de resistencia individual; la marcha de la infección depende también—y sobre todo—de la cantidad de virus inoculado y de la vía de inoculación. Por vía digestiva, aún a grandes dosis, el curso de la infección es muy lento. Inoculada bajo la piel una pequeña cantidad de bacilos, los cuyes conservan trazas de infección aún después de un año, la que se manifiesta sobre todo en el bazo. Estos animales pueden curar de su tuberculosis; en cuyo caso se puede encontrar escasas granulaciones en el pulmón o en el bazo, o un infarto de este último órgano que parecee ser el más sensible, en el cuy, al virus tuberculoso. Todos conocemos las lesiones que se encuentran en los cuyes inoculados con dosis mayores, lesiones que se presentan sobre todo en los ganglios, el pulmón, el bazo.

Cuando se inocula un cuy sano con cultivo puro de bacilos tuberculosos, la lesión traumática cicatriza generalmente, y a los 10 o 15 días aparece un nódulo duro que no tarda en ulcerarse; esta induración o *chancro de inoculación,* es redondeado e irregular, de bordes infiltrados, tallados a pico y reposa sobre una base indurada; poco después, aparece el infarto de los ganglios correspondientes. Si una inoculación semejante, con fuerte dosis de bacilos, se hace a un cuy ya tuberculizado de 30 o 40 días, se produce, con bastante rapidez, un edema difuso, luego aparece una equímosis violácea, de contornos oscuros y se forma una escara que se desprende algunos días después,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

la que cicatriza en pocos días, sin alteración de los ganglios de la región. Si la reinoculación se hace precozmente o con dosis débiles de bacilos, se obtiene constantemente un obsceso.

Esta reacción, propia del animal tuberculoso conocida desde los estudios de Koch, se designa con el nombre de *fenómeno de Koch*, y puede observarse, también, en órganos distintos de la piel. La inoculación intratraqueal determina en el cuy sano una bronconeumonia caseosa, muy rica en bacilos; la reinfección por esta vía en un animal ya tuberculoso, se manifiesta en 24 horas, produciendo una congestión intensa del pulmón, que puede matar rápidamente al animal; en los cuyes que sobreviven, no se produce caseificación, sino una como carnización, donde los bacilos son muy escasos. Una inoculación intraperitoneal en un cuy tuberculoso no produce una peritonitis tuberculosa como en el cuy sano, sino un derrame linfocitario que mata al animal.

Es evidente que las diferencias en la marcha de las infecciones y las reinfecciones experimentales dependen de un estado alérgico producido por la primera infección.

Todos los investigadores confirman estas experiencias, pues obtienen constantemente el mismo resultado: la reinoculación provoca una lesión que se produce rápidamente y cura con facilidad, sin dejar ningún trastorno. Se ha podido demostrar, además, que las vías linfáticas no se infectan ya, si el bacilo tuberculoso ha desarrollado durante un cierto tiempo su acción patógena en el organismo; que esta ley se extiende al hombre, al buey, al conejo y al cuy; que la resistencia de los animales tuberculosos es mucho mayor cuando la enfermedad data de bastante tiempo y que la dosis de reinfección tiene gran importancia en los resultados.

Adquirido este punto, averigüemos cómo se comportan los animales que *han curado* de su tuberculosis, frente a una nueva infección. Experiencias efectuadas en monos, a los que se ha infectado con razas poco virulentas de bacilos tuberculosos, que produjeron una enfermedad terminada por la curación, han sido reinfectados con razas virulentas; estos animales han sufrido una tuberculosis progresiva, con la particularidad de que la reinfección no se ha manifestado virulenta precisamente en los órganos más atacados por la primera infección.

Es decir, pues, que, experimentalmente, en la tuberculosis, al contrario de lo que ocurre en otras infecciones, no se produce inmunidad al curarse la infección.

Según esto, admitimos que la tuberculosis, *en evolución*, si ésta es de naturaleza orgánica, produce un estado alérgico que se manifiesta, a una nueva infección tuberculosa, por la producción de una lesión que aparece y cura rápidamente; y que una tuberculosis *curada* no confiere inmunidad contra un nuevo ataque por el virus tuberculoso.

Queda ahora por resolver si la alergia adquirida durante le infección protege contra una nueva infección y si la tuberculosis de un órgano protege contra la tuberculosis de los otros. Se ha podido demostrar que cuyes tuberculosos, reinfectados por vía respiratoria, sólo contraen una tuberculosis muy atenuada o no la contraen absolutamente, mientras testigos sanos presentan una tuberculosis pulmonar de mar-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

cha aguda. Cuyes tuberculosos alimentados con productos tuberculosos no han presentado ninguna alteración, y sí los testigos en los que se ha manifestado como síntoma primitivo el infarto de los ganglios submentales y cervicales.

Una infección primitiva hecha por vía intraperitoneal ha producido resistencia absoluta a la infección cutánea secundaria.

Cuyes tuberculizados por vía subcutánea no exhiben infarto ganglionar, reinfectados por vía vaginal.

Cuyes infectados por vía intravenosa, intratraqueal o intraperitoneal, han demostrado gran resistencia a los efectos de la inoculación subcutánea secundaria.

A fin de reproducir lo más posible las condiciones naturales de infección, se ha provocado grandes úlceras tuberculosas mediante inoculación intracutánea de bacilos de suma virulencia, en cuyes que han servido como fuente de contagio. Cuyes tuberculosos, colocados en la misma jaula, infectados por vía intraperitoneal, no presentaron ningúna alteración; mientras que cuyes testigos presentaron ganglios bronquiales o cervicales infartados o lesiones pulmonares.

Estas experiencias, llamadas "pruebas de la cuadra", han sido repetidas en bueyes, cabras y ovejas, en gran escala, con resultados semejantes.

En conejos tuberculizados por vía subcutánea, se ha inoculado bacilos tuberculosos en la cámara anterior del ojo, sin ningún resultado, aparte el traumatismo; los testigos presentaron una iritis tuberculosa típica. Este resultado es muy importante, pues en los conejos sólo se presenta una iritis tuberculosa por infección directa del globo ocular. También se ha comprobado que la tuberculosis producida artificialmente en un ojo, protege al otro contra la inoculación de dosis débiles de bacilos tuberculosos.

Es interesante averiguar la suerte que corren los bacilos tuberculosos que han servido para la reinoculación. El examen de los tejidos tuberculosos, 24 horas después de efectuada; la inoculación de estos tejidos a animales sanos, no produce en ellos la menor alteración.

Los bacilos tuberculosos inoculados en el peritóneo de un cuy tuberculoso, sufren una degeneración evidente, visible ya a los 20 o 30 minutos, pues se muestran en estado granuloso y con reacciones colorantes modificadas. Es este un fenómeno semejante al conocido *fenómeno de Pfeiffer*, en el que hay una verdadera bacteriolisis; y es específico, en el sentido de que sólo se manifiesta con el tipo bacilar (humano, bovino, aviario) que sirvió para la inoculación primitiva.

Pero este fenómeno sólo se verifica en la reinfección intraperitoneal, por acción ya sea de bacteriolisinas ya de los fagocitos del epiploon. Para la reinfección cutánea, se piensa que los bacilos no son destruidos sino que, a favor de la hiperemia producida por la reacción alérgica y la inflamación aguda consecutiva, pasan a la sángre. Sabemos, por otra parte, que el bacilo de Koch puede vivir mucho tiempo en un organismo alérgico, del mismo modo que la bacteridia corbonosa puede existir en la sangre de animales inmunizados contra la infección carbonosa.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Según el resultado de estas experiencias, se puede, pues, afirmar que en los cuyes, conejos, ovejas, cabras y bueyes tuberculizados, una segunda infección no produce lesión primitiva ni infarto de los ganglios regionales; que, experimentalmente, una primera infección influye sobre el organismo, haciendo que el virus tuberculoso no ocasione ya una infección de curso crónico sino simplemente, una inflamación aguda (fenómeno de Koch) y que una tuberculosis curada no produce inmunidad.

Se ha ensayado la inmunización contra la tuberculosis por medio de *bacilos muertos*. Las experiencias en este sentido son referidas por R. Koch de la siguiente manera:

"Todos los ensayos para conseguir la reabsorción de bacilos tuberculosos vivos e inalterados o muertos, en grandes cantidades, ya por el tejido subcutáneo, ya en la cavidad peritoneal, ya por la vía sanguínea me han fracasado, y lo mismo les ha ocurrido a los demás investigadores. Inyectados subcutáneamente, los bacilos muertos de la tuberculosis, producen siempre supuraciones y al cabo de varios meses se pueden encontrar y ser teñidos, en el pus de los abscesos gran número de estos bacilos. Cuando se inoculan en la cavidad peritoneal, se absorben mejor y algunas veces se puede conseguir una verdadera inmunidad; pero otras, y son las más, se presentan inflamaciones difusas con todas sus consecuencias, con lesiones de las vísceras abdominales, con acodamientos y perforaciones del intestino que causan la muerte de un tanto por ciento muy elevado de animales. Cuando se inocula bacilos muertos de la tuberculosis por vía sanguínea, aparecen en los animales de experimentación las mismas granulaciones tuberculosas pulmonares que presentan después de bacilos vivos y al cabo de mucho tiempo se encuentran allí, inalterables, los bacilos inyectados; por lo tanto, no existe reabsorción".

Como no es posible utilizar con este objeto los bacilos tuberculosos si se les inocula íntegros, Koch y otros experimentadores han modificado estas bacterias, por diversos procedimientos, a fin de hacerlos más fácilmente absorbibles. Se les ha tratado por los ácidos minerales diluídos, por los álcalis, por el calor, por diversos disolventes de las grasas y ceras que entran en la constitución del bacilo tuberculoso, sin poder obtener otros resultados que la conocida acción patógena de los bacilos tuberculosos muertos o la desaparición de sus propiedades inmunizantes. Casi todos los investigadores han observado, después de la inyección de bacilos muertos, que los animales mueren por una consunción progresiva, atribuyendo el hecho a la existencia en el cuerpo bacilar, de grandes cantidades de sustancias tóxicas. Los bacilos tuberculosos muertos por el chorro de vapor, producen en el cuy y en el conejo alteraciones semejantes a los bacilos vivos. Inoculándolos en grandes cantidades por vía intravenosa, las alteraciones más importantes se observan en el pulmón, donde se presentan granulaciones semejantes a las producidas por bacilos tuberculosos vivos, siendo también idéntica su constitución histológica. Si el animal tarda en perecer, las granulaciones presentan un foco caseoso característico. Es decir, pues, que, salvo la reproducción microbiana, no hay di-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ferencia entre los bacilos vivos y los muertos por lo que hace a su acción sobre los tejidos, dependiendo la gravedad de las lesiones de la cantidad y la virulencia de los bacilos muertos inoculados.

Recientemente, se han realizado en Alemania experiencias en gran escala, tanto con bacilos muertos y tratados por los diversos procedimientos indicados, como la mayor parte de las vacunas que existen en el comercio, tales como la sero-vacuna de Ruppel & Rickmann y de Meyer, el tebean, el bovotebean, la tebesapina de Zeuner, la sero-vacuna de de Bruschettini y el suero tuberculoso de Hochster, sin haberse podido aumentar en lo más mínimo la resistencia contra el bacilo tuberculoso. Tampoco ha sido posible obtener un aumento de la resistencia a la infección tuberculosa en los ensayos de inmunización por vía digestiva.

La falta de éxito de las experiencias de inmunización por medio de bacilos virulentos y muertos, ha conducido a ensayar con tal objeto razas de bacilos no patógenos. Bacilos de la tuberculosis aviaria, cultivos viejos de tuberculosis humana y bovina, bacilos ácido-resistentes de orígenes diversos, bacilos tuberculosos de ofidios, bacilos humanos disminuídos en su virulencia por pasajes en animales de sangre fría, bacilos tuberculosos de las tortugas, han sido inoculados por diversas vías y en distintas dosis, a cuyes, conejos, cabras, bueyes, monos y hasta al hombre, consiguiéndose sólo resultados inciertos cuando no de valor absolutamente nulo.

Más importantes parecían ser los resultados obtenidos por v. Behring en sus experiencias de inmunización de los bovinos. Behring parte del concepto de que el bacilo tuberculoso de origen humano es inofensivo para los bovinos. El cultivo de una raza de bacilos del tipo humano, filtrado, desecado y tratado con ácido sulfúrico, es la *bovovacuna*, que se inocula por vía intravenosa a terneros muy jóvenes que no reaccionen a la tuberculina, en dos dosis crecientes, con intervalo de doce semanas. El procedimiento, empleado en varios países, ha dado resultados muy diversos. Según algunos experimentadores, la bovovacuna sería inofensiva en los terneros no tuberculosos y produciría inmunidad a las infecciones tuberculosas naturales y experimentales, durante un tiempo nunca inferior a un año. Según otros, la resistencia a la infección tuberculosa no sería aumentada, produciría en algunos casos verdaderas infecciones tuberculosas y la permanencia de bacilos virulentos, por un tiempo más o menos largo, en la sangre, la leche y la carne muscular. Estos últimos conceptos, generalizados a todos los países, han hecho abandonar la bovovacunación.

El método de Koch o *vacuna tauroman*, que se prepara utilizando bacilos tuberculosos humanos de gran virulencia, es una variedad del anterior, produce exactamente los mismos efectos y adolece de los mismos inconvenientes.

La vacuna de Klimmer o *Antifimatol* se prepara con bacilos tuberculosos atenuados por el calor o por pasajes en el organismo de la salamandra y se emplea por inyección subcutánea. No llega a producir inmunidad duradera.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El procedimiento de Heymans, que consiste en depositar cultivos virulentos, encerrados en saquitos de caña, bajo la piel de las vacas, ha llegado a producir, según algunos autores, una inmunidad pasajera.

De la contemplación de los resultados obtenidos en todas estas experiencias en diversos animales, podemos deducir que, por hoy, no contamos con ningún método de inmunización aplicable prácticamente.

Los ensayos efectuados han aclarado, sin embargo, algunos conceptos en relación con la tuberculosis experimental. Así, "sabemos que una vacuna con bacilos tuberculosos vivos, protege durante un tiempo que puede estimarse alrededor de un año; después de la curación de los procesos tuberculosos producidos artificialmente, se presenta una resistencia contra la infección, que también puede calcularse de un año, aproximadamente. Lo que significa que el aumento de la resistencia dura tan sólo el tiempo en que el bacilo tuberculoso se encuentra vivo en el interior del organismo. En cuanto el bacilo de Koch se enquista en un foco calcificado, no penetran en la circulación más antígenas, y las que existían desaparecen al cabo de cierto tiempo, cesando con esto la irritación capaz de producir cuerpos inmunizantes. Los ensayos de inmunización en las vacas confirman lo que Kolle & Wassermann decían desde 1902; "Solo el organismo tuberculoso puede ser inmune a la tuberculosis" (Lovenstein). Es decir, enquistados, la inmunidad desaparece.

La inmunidad contra la tuberculosis en el hombre.—Si en los animales de experiencia, en los que se puede determinar las condiciones de infección, la cuestión de la inmunidad contra la tuberculosis no aparece muy clara, este mismo asunto, en el hombre es aún más complejo. Debemos contentarnos para esto con la observación clínica y la contemplación de las estadísticas.

Un gran número de observaciones, muchas de gran valor, existen en la literatura del asunto que tratamos. Expongamos sumariamente aquellas que parecen tener un valor definitivo y que puedan conducirnos a formar un concepto sobre este difícil problema.

1.—Es interesante comparar lo que ocurre, en materia de infección tuberculosa, en el niño y en el hombre adulto: El recién nacido no presenta la menor resistencia a la infección, exhibiendo reacciones semejantes a las del cuy sano, esto es, una falta de sensibilidad absoluta para sus toxinas, el carácter septicémico de la enfermedad y sus muchas metastasis. En el adulto se observa precisamente lo contrario, o sea que es enormemente más sensible hacia las toxinas y que ofrece una resistencia considerable al bacilo vivo.

2.—La *latencia*, en la infección tuberculosa es un hecho innegable. Estimamos como latencia el largo período, a veces de años, durante el cual el bacilo tuberculoso puede vivir en el organismo sin provocar lesiones anatómicas. Según las observaciones de Hamburger, la infección se demuestra, aproximadamente, a los treinta días después de habersee producido (prueba de la tuberculina). En este período puede estacionarse la tuberculosis; el bacilo que ha penetrado puede detenerse en la misma puerta de entrada o en los ganglios regionales

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

y permaneecer allí, vivo, durante mucho tiempo, sin originar síntoma alguno de enfermedad.

Hasta hace poco tiempo, podía creerse que una tuberculosis de los ganglios, de los huesos o de la piel produce una inmunidad contra cualquier otra forma de tuberculosis. Hoy sabemos que ocurre precisamente lo contrario: esas tuberculosis aisladas no existen sino que siempre van unidas o preceden a tuberculosis de otros órganos, especialmente del pulmón. Se puede demostrar que, en tales casos, hay una aparente curación simplemente clínica, pero no bacteriológica. Es frecuente observar una tuberculosis pulmonar después de 5 o 10 años de adenitis cervicales supuradas.

3.—Es importante anotar el hecho de que, en muchos casos, poco tiempo después de la infección, enferman los ganglios, mientras que en otros, después de trascurrido mucho tiempo, todavía aparecen completamente normales.

4.—La reacción inflamatoria alrededor del foco tuberculoso crea una neoformación de tejido conjuntivo que se va ordenando en relación a las vías linfáticas eferentes y afluentes y llega a producir un enquistamiento del foco, el que se aisla, así, mecánicamente, de los tejidos vecinos y queda excluido. Pero esta curación aparente no produce inmunidad.

5.—Es interesante estudiar la *virulencia de los focos latentes.* Se puede comprobar que en las localizaciones tuberculosas totalmente calcificadas del hombre, del buey y del cerdo, hay bacilos virulentos; que en el hombre hay en los focos *cretificados,* bacilos tuberculosos con más frecuencia que en los *calcificados* y que la virulencia del bacilo tuberculoso en focos solitarios enquistados parece ser menor que la normal.

6.—En la curación de focos aislados de tuberculosis no se presenta inmunidad ni se descubre anticuerpos. Mientras la tuberculosis queda localizada y no produce síntoma general alguno, trascurre mucho tiempo, especialmente en el hombre, antes de que se observe síntoma de alergia. Hemos dicho que la hipersensibilidad es el primer período de la inmunidad, que para que haya inmunidad es necesario la reabsorción de cierta cantidad de antígenas; y que cuando esta cantidad es muy pequeña, sólo se obtiene la hipersensibilidad. Es lo que ocurre con los focos tuberculosos locales sin repercusión en el estado general; hay escasa cantidad de antigenas, aún en enfermedades de larga duración, en cuyo caso los otros órganos, como la piel, sólo se hcen hipersensibles.

En la tuberculosis, sólo cuando hay síntomas generales muy intensos fiebre, bacilos tuberculosos en la sangre y en los esputos, puede haber formación de anticuerpos, pues sólo entonces hay reabsorción de gran cantidad de antigenas que llegan a todos los órganos; lo que, en casos de tuberculosis localizadas, únicamente ocurre cuando existen destrucciones anatómicas muy extensas.

7.—Que existe una inmunidad aún en los enfermos que padecen tuberculosis graves, lo prueban los hechos siguientes: a) El esputo recorre desde el pulmón hasta que sale al exterior, una serie de órganos que enferman pocas veces de tuberculosis; b) En casos graves

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

hay bacteriemia y sin embargo no se presenta una tuberculosis miliar ni tuberculosis de otros órganos; tal es el caso de una tuberculosis pulmonar con grandes síntomas generales. c) En muchos casos de tuberculosis pulmonar que parecía progresiva, queda ésta estacionaria de un momento a otro y así permanece muchos años, aunque el enfermo continúa eliminando bacilos por la expectoración; en tales casos no se observa metastasis.

8.—La presencia de bacilos tuberculosos en la sangre no puede ya considerarse excepcional, como antes se creía. Numerosas investigaciones, en los últimos años, hacen ver, al contrario, la relativa frecuencia de tal constatación. Esta bacteriemia no trae tampoco fatalmente como consecuencia la aparición de una tuberculosis miliar. Por consiguiente, la bacilemia tuberculosa no es de pronóstico necesariamente fatal. Creemos, al contrario, que en tales casos haya mayor tendencia a la curación, precisamente, por absorción de antigenas. Tampoco es ésta una particularidad de la tuberculosis. En la sangre de los bóvinos inmunes contra la carbón bacteriano, se encuentran bacilos carbonooss muy virulentos que, sin embargo, no producen síntoma alguno. El mismo hecho se observa en la inmunización contra la tripanosomiasis.

9.—No debe dejar de llamar la atención el que las metastasis observadas en la tuberculosis no sea un hecho muy frecuente. Se presentan en los órganos mal irrigados, como los huesos, pero no en aquellos que, como los músculos, gozan de buena irrigación sanguínea. También se les observa en órganos ya disminuídos en su resistencia, como ocurre a consecuencia de traumatismos.

10.—Los datos recojidos en las autopsias tienden también a demostrar que en las tuberculosis crónicas, aún en las más graves se produce cierta inmunidad. En las localizaciones pulmonares graves, la tuberculosis miliar sólo se presenta en 3 % de los casos (Weigert). En la tuberculosis ósea es raro encontrar metastasis pulmonares (Paltauf).

Las bacteriemias tuberculosas, pues, tienen determinaciones diferentes; en unos casos producen localizaciones y en otros no. Puede pensarse que la razón esté en el tiempo trascurrido entre la penetración del germen y la aparición de las localizaciones, en relación con la cantidad de antigenas absorbidas.

Pero, en la generalidad de los casos, la infección parece quedar localizada en un foco puro y permanente, en el que se encuentran con fecuencia bacilos virulentos, aún en los casos en que el foco parece curado y en los que hay que aceptar por lo menos un ligero grado de inmunidad. En un organismo completamente libre de tuberculosis, dice v. Behring, ésta evolucionaría como en un recién nacido. es decir, que en un año, más o menos, acabaría con la vida del individuo.

Como en el cuy tuberculoso, una infección que evoluciona en un sujeto durante mucho tiempo, crea en él cierta resistencia, que se opone a la disminución del bacilo tuberculoso en el organismo. De aquí deducen Behring & Romer que la tuberculosis pulmonar debe ser interpretada como signo de inmunidad.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Behring, desde 1903, ha defendido la opinión de que la tuberculosis pulmonar crónica sólo podía presentarse en los adultos cuando éstos habían padecido en su infancia de una infección tuberculosa sin que, durante decenios. haya producido esta tuberculosis ningún síntoma clínico. Según esto, el cuadro clínico de la tuberculosis pulmonar crónica es consecutivo a una infección adicional con grandes dosis de virus reinfectante. Para las pequeñas dosis de bacilos tuberculosos estamos protegidos por la inmunidad que nos proporciona la tuberculosis infantil. Romer trata de confirmar tal idea de Behring con observaciones experimentales, llegando a las siguientes conclusiones: "Las infecciones de tuberculosis que se producen en la infancia, cuando no llevan a la muerte por enfermedad aguda, se acomodan al organismo normal y elevan su resistencia contra la infección. Esta inmunidad así engendrada basta, de ordinario, para preservarnos de las infecciones externas que nos atacan en los restantes años de la vida. Posibles circunstancias de orden fisiológico o patológico pueden hacer que los bacilos tuberculosos que vivían en el organismo como gérmenes inofensivos, proliferen de tal modo que el grado de inmunidad que se había alcanzado no sea suficiente para contrarrestarlos y, a consecuencia de esto, se desarrollen nuevos síntomas de la infección. Estas condiciones precisas para el éxito de las reinfecciones metastásicas son más raras en la infancia y se presentan con más facilidad en el adulto".

Estas opiniones encuentran apoyo en el hecho conocido de que algunos pueblos en los que tuberculosis era desconocida y se ven de pronto infectados, la tuberculosis causa en ellos infecciones de marcha aguda (epidemia aguda en Palestina, Much). Lo mismo, entre nosotros es corriente el hecho de que indígenas procedentes de pueblos donde no es conocida la tuberculosis, se tuberculizan fácilmente en Lima, y en ellos, igualmente, adquiere la infección una marcha aguda.

Estos conceptos obligan a tratar del asunto, muy importante, de "La infección tuberculosa y la tuberculosis enfermedad". Sabemos que se infectan 90 a 100 % de los niños que se encuentran alrededor del individuo tuberculoso. Tratemos de conocer el porvenir de estos niños.

La mortalidad por tuberculosis y la mortalidad general de los hijos de tuberculosos es muy elevada, especialmente cuando la tuberculosa es la madre. Los adolescentes y los adultos hasta los 20-30 años de edad están también sujetos a esta osbervación en un 50 % de los casos.

La infección es tanto más intensa cuanto más joven es el niño; pero está muy lejos de suponer la muerte de tales niños, pues sabemos que, aún en la lactancia, los niños pueden curar de su tuberculosis. Si, pues, los hijos de tuberculosos, hasta los 30 años, exhiben una mortalidad por tuberculosis mucho más elevada que los niños nacidos de padres sanos, no puede haber herencia de una inmunidad ni de una resistencia mayor contra el bacilo de Koch. Además, sabido es que si bien la tuberculosis no es hereditaria, en el sentido de la trasmisión directa del bacilo tuberculoso—puesto que hijos nacidos de padres tuberculosos y trasportados a un medio indemne de contagio, desarrollan normalmente y no se tuberculizan—la tuberculosis de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

los padres produce en los hijos una disminución de su resistencia tanto contra la tuberculosis como contra cualquiera otra infección.

Examinando las mejores estadísticas se puede constatar que un 30 % de los hombres y un 44 % de los mujeres tuberculosas descienden de padres tuberculosos; y que la *incubación*, teniéndose en cuenta la fecha probable de infección—cosa no difícil de determinar en los casos de contagio por los padres—es de 5 a 15 años, cifra que sólo vale para los adultos, pues en los niños, dado el curso más rápido de la enfermedad—seis meses a un año—la incubación es más corta.

De otras estadísticas se deduce que el número de casos de tuberculosis es muy elevado en el primer año de la vida y que la cifra va disminuyendo hasta los 6 o 10 años, para volver a aumentar hasta la vejez. Lo cual prueba: que la tuberculosis no es hereditaria y también que no todos los casos pueden ser atribuídos a infecciones ocurridas en la infancia.

Las investigaciones de infección, por medio de la tuberculina, prueban que la extensión de la tuberculosis aumenta paralelamente a la edad. Según observaciones muy bien conducidas, el 95 % de la población pobre de Viena se ha tuberculizado al llegar a los 12 años.

La mayor parte de los observadores afirma que en los primeros meses de la vida la tuberculosis es muy rara. Los primeros casos se observan en niños de más de tres meses y la mayor frecuencia está en los 15 meses, descendiendo luego paulatinamente hasta los quince años, edad en que llega al mínimum.

El organismo de los lactantes se defiende mal, pues las infecciones tuberculosas siguen en ellos un curso maligno y en 12 meses, más o menos, causan la muerte del niño. Según todas las probabilidades, la resistencia a la tuberculosis comienza a aumentar en esta edad, pues la curva de la mortalidad comienza a descender; a esta edad, también, las infecciones siguen una marcha más lenta y no originan una mortalidad tan rápida como las que atacan en el primer año. En el tercer año, la resistencia del niño contra la tuberculosis ha aumentado considerablemente y continúa en aumento a medida que el niño avanza en edad.

Mediante el método estadístico, se puede también deducir que a medida que se avanza en edad, disminuyen los casos de tuberculosis miliar y de meningitis y se observa mayor número de casos de tuberculosis general crónica o tuberculosis pulmonar, lo que demuestra un aumento en la tendencia del organismo hacia la curación.

En resumen, creemos poder decir, que la tuberculosis infantil está sumamente extendida en las grandes ciudades, puesto que se calcula que un 95 % de los niños de catorce años pertenecientes a las clases pobres están ya infectados.

que cuando la infección tuberculosa no mata al niño entre el tercero y el duodécimo mes de su vida, crea en él, en los años siguientes, un estado de resistencia, que crece con la edad, llegando a su máximum hacia la pubertad, sin que por esto disminuyan para el adulto los riesgos de reinfección, puesto que, cuando ésta es masiva o muy repetida, el grado de inmunidad alcanzado no es suficiente:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

que la infección primitiva y sobre todo la manera como ella evoluciona, tiene un valor decisivo en el curso ulterior de la tuberculosis; las reinfecciones sólo influyen de un modo secundario;

que hay diferencia entre el período de incubación biológica, es decir, el tiempo necesario para la instalación y reproducción del bacilo tuberculoso, que es, en el hombre, de treinta días, aproximadamente, y el período de incubación clínica, o sea el lapso de tiempo necesario para la producción de los síntomas; este último depende de la edad: muy corto para el niño, puede alcanzar en el adulto a varios años y aún decenios.

Inmunización en el hombre.—Las investigaciones dirigidas a obtener en el hombre una inmunidad contra la infección tuberculosa, mediante la inoculación de bacilos tuberculosos muertos, atenuados o modificados, han dado resultados negativos, inconstantes o inciertos. La utilización de bacilos tuberculosos de los ofidios, por Moller, primero en monos y luego en el hombre; la de bacilos tuberculosos de las tortugas, por Friedmann, la de bacilos tuberculosos humanos atenuados, por Hamburger; la de Lowenstein, con bacilos tuberculosos muertos expontáneamente, etc., son, hasta ahora, siemples ensayos, que no han hecho más que abrir el campo de la investigación.

Más afortunados parecen ser los resultados conseguidos por Calmette y Guérin, mediante la administración a niños recién nacidos, de bacilos avirulentos obtenidos por resiembras repetidas en medios artificiales preparados con bilis.

Como *tratamiento biológico* de la tuberculosis, se ha estudiado el efecto del suero de perros naturalmente resistente a la infección tuberculosa, sin poderse obtener el menor resultado favorable en la evolución de la enfermedad.

Los inmun-sueros preparados según la técnica de Maragliano y Marmorek están lejos de haber producido acción constante. Están, sin embargo, indicados en ciertas formas pulmonares extensas y de rápida evolución.

En los últimos años, se ha hecho propaganda de varias preparaciones tituladas "específicas" de la tuberculosis: entre las más importantes están la *vacuna Dávila* y la *vacuna antialfa de Ferrán.*

La vacuna Dávila es un extracto total glicerinado de cultivos de bacilos tuberculosos y se administra subcutáneamente en dosis crecientes. La experiencia que se tiene entre algunos de nuestros profesionales nos permite dudar de la eficacia de tal preparado; al contrario, hay csos en que su administración ha sido seguida de una agravación de las lesiones y del estado general.

El sabio español Ferrán, conocido en el mundo científico desde sus estudios sobre la vacunación contra la infección colérica, es autor de una doctrina original sobre etiología y la patogenia de la tuberculosis. Según Ferrán, el bacilo tuberculoso descubierto por Koch no es el microorganismo que determina el comienzo de la evolución de las lesiones tuberculosas, sino el resultado de la transformación de otro germen, no ácido-resistente, ligeramente móvil, perteneciente al grupo tifo-coli y abundantemente esparcido en la naturaleza. Este mi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

crobio, *bacilus plurimutans* de Ferrán, en un primer estado de su evolución, es el bacilo *alfa*, que tiene los caracteres apuntados, y que ocasiona lesiones inflamatorias capaces de curar o de pasar a un estado más avanzado; el bacilo Alfa se transformaría entonces en bacilo *beta* y, después de un tiempo, en bacilo *gama*, que adquiriría la ácido-resistencia, transformándose en bacilo de Koch. Consecuente con esta doctrina, Ferrán prepara una vacuna antialfa, que serviría tanto para inmunizar contra la tuberculosis, cuanto como medio terapéutico.

La incorporación del Dr. Juan Voto Bernales a la Academia Nacional de Medicina

APLICACIONES CLINICAS DE LA DIATERMIA

(Continuación)

Posteriormente, las experiencias de Von Zeineck y de Nagelschmidt en Alemania han logrado llevar el perfeccionamiento de los aparatos de este género a un grado tal que se ha conseguido su aplicación en el hombre mediante las *oscilaciones inamortiguadas* y muy numerosas, capaces de evitar cualesquier efecto electrolítico y cualesquier exitación del sistema nervioso sensitivo y motor; y de producir un máximum de efectos caloríficos profundos, regulables según los casos, en cantidad, intensidad y dirección.

Esto explica cómo la diatermia actúa donde no alcanzan los medios comunes de calentamiento y de electroterapia y puede dar resultados inesperados en un gran número de enfermedades.

Se ha empleado también utilizando un electrodo muy pequeño, para producir una temperatura bastante elevada que sea capáz de coagular rápidamente los tejidos; lográndose, por este procedimiento, el operar—sea superficialmente o en la profundidad del organismo—en un tiempo breve, con poco dolor y sin hemorragia.

Este nuevo método terapéutico, presenta, pues, no sólo al médico sino al cirujano grandes ventajas y, sin que se le deba considerar una panacea de todos los males, ofrece la posibilidad de obtener magníficos resultados.

No voy a entrar, porque sería tarea muy larga, a hacer la descripción de los diversos tipos de máquinas generadoras de diatermia. Deseo únicamente, en esta disertación, el dar a conocer sus efectos fisiológicos y sus principales aplicaciones clínicas.

Cuando se hace pasar sobre el hombre una corriente diatérmica, de fuerte intensidad (1 a 3 ampéres), no se experimenta en el primer momento sensación alguna; después, al cabo de algunos instantes se

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nota una elevación de temperatura, al principio localizada entre los puntos de aplicación de los electrodos, después, si se prolonga su acción, esta elevación de temperatura se generaliza a todo el organismo. Dicha elevación de temperatura es debida al "efecto Joule"; efectivamente, todo circuito atravesado por una corriente es el asiento de un desprendimiento continuo de calor, pero si una porción del circuito ofrece una resistencia mayor al pasaje de la corriente, el desprendimiento de calor será, en este punto, mucho mayor; la mayor parte de la energía eléctrica se transformará en energía calorífica. Las lámparas de incandescencia son una aplicación del efecto Joule, los hilos de cobre que llevan la corriente son buenos conductores, permanecen fríos porque ellos no ofrecen, por decirlo así, resistencia, mientras que el filamento, mal conductor de débil sección, ofreciendo una resistencia muy grande, alcanza una temperatura muy elevada que le vuelve incandescente. Esto mismo se observa en el asa de platino del galvanocauterio. Las corrientes de diatermia que encuentran una resistencia para su pasaje en nuestro orgnismo, dan lugar a una elevación de temperatura, pero esta elevación es endógena, es decir, que ella se origina directamente en la profundidad de los tejidos; el organismo o la región del mismo, sometidos a esta influencia hacen, pues, una provisión de calor mediante la energía venida del exterior.

En el cuerpo humano no se puede hablar de una sola resistencia, sino que hay que considerar que los diferentes tejidos tienen diversa capacidad de conducción y, por lo tanto, diversa resistencia.

El valor exacto de tal resistencia es prácticamente imposible de apreciar, sea porque no se puede aislar un tejido vivo del otro, sea por la unión a los tejidos sólidos de los tejidos líquidos que tienen una especial importancia. Se comprende, por lo tanto, cómo los tejidos aislados y muertos se comporten muy diversamente de los vivos y unidos al cuerpo.

En la práctica es suficiente el conocer, solamente de un modo aproximado las relaciones entre los diversos tejidos basándonos en la observación, de modo que sepamos cuáles son los tejidos más o menos resistentes.

Resulta que la mayor resistencia se encuentra en el tejido óseo; vienen en seguida, en orden decreciente, el tejido adiposo, la piel, los músculos, los nervios y los líquidos orgánicos. Con este conocimiento se deduce, según la ley de Joule, que con la misma intensidad de corriente se desarrolla más calor en un tejido adiposo que en una cantidad de sangre de la misma dimensión y de igual volúmen.

El calentamiento a distancia es debido a la sangre circulante, porque el calor producido por la diatermia es conducido—a medida que se origina—por la sangre, desempeñando así el papel de refrigerante; esto explica, por lo menos en parte, la acción general de las corrientes diatérmicas aún en las aplicaciones locales.

Vamos ahora a estudiar la acción de estas corrientes sobre nuestro organismo.

Estas corrientes tienen una acción inhibitoria sobre los nervios, lo que determina una relajación de las fibras lisas del aparato vaso-motor,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

originando, como consecuencia, vasodilatación, congestión y sudación. Su acción sobre la tensión arterial es muy poco sensible si esta tensión es normal, pero si ella está por encima de la normal la hace bajar.

Estas corrientes tienen también una influencia muy clara sobre la fórmula sanguínea; hay un aumento ligero del número de los glóbulos rojos y uno, mucho más acentuado, de los grandes mononucleares y de las formas de transición, en tanto que disminuye la cifra de los polinucleares neutrófilos; además, la tasa de la hemoglobina aumenta, mejor dicho, hoy signos de regeneración y regeneración activa de la sangre; es esto lo que resulta de los trabajos de Nemours y principamente de Vinaj.

La hipertermia que se provoca así artificialmente origina las reacciones defensivas del organismo, en el número de las cuales hay que colocar la aceleración de los movimientos respiratorios, pues a medida que éstos son más amplios, más activo es el enfriamiento de la sangre en la superficie pulmonar. Por la misma causa, el pulso se acelera, porque la sangre circulante es así más amenudo renovada a nivel de la superficie pulmonar y en los capilares subcutáneos en donde ella se enfría por la evaporación del sudor.

Las aplicaciones terapéuticas que vamos a estudiar se derivan de estas propiedades fisiológicas. Es la consecuencia lógica.

De lo que acabamos de exponer respecto a la acción de las corrientes diatérmicas sobre el aparato circulatorio, se deduce que ellas pueden ser utilizadas en ciertas de estas afecciones. La inhibición que produce en el sistema vaso-motor y la vaso-dilatación consecutiva, explica la baja de la tensión arterial por un mecanismo fácil de comprender; de aquí su empleo en los hipertensos preesclerosos sin lesión renal.

Pero esta terapéutica es necesario no intentarla para bajar la tensión arterial de los hipertensos atacados de nefritis, porque como bajo su influencia los fenómenos de asimilación y desasimilación aumentan, y como en estos enfermos el filtro renal funciona mal, los productos de desamilación, vertidos en la circulación no podrían ser eliminados y se correría el riesgo de ocasionar una toxemia de consecuencias graves.

Además, aún en los hipertensos preesclerosos es indispensable el vijilarlos durante el curso del tratamiento, hacer una constante de Ambard, y sobre todo, de no bajar su tensión de una manera brusca sino por sesiones cortas y espaciadas.

Estas reservas se imponen también en el tratamiento de las aortitis crónicas y de las anginas de pecho. Bergonié ha señalado ya los excelentes resultados que se obtienen así en estas afecciones.

Esta terapéutica diatérmica no exculye evidentemente una terapéutica etiológica.

En la asfixia simétrica de las extremidades o síndrome de Raynaud, se obtiene, a menudo, notables mejorías.

Entre otras enfermedades del aparato circulatorio, conviene citar los felices efectos de la d'Arsonvalización diatérmica en la claudicación intermitente, afección tan penosa, como en las hemorroides supra-esfinterianas o internas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La diatermia juiciosamente aplicada presta los más grandes servicios al médico en el tratamiento de los procesos inflamatorios del pulmón y de la pleura.

Las observaciones seguidas en nuestro servicio hospitalario son de lo más elocuentes, principalmente en lo que respecta a las Neumonias, enfermedad en que aplicada con todas las precauciones necesarias es un arma poderosa que conjuntamente con los medios conocidos da un porcentaje bastante satisfactorio de éxitos.

Hay un campo casi inexplorado entre nosotros, hoy felizmente abordado por uno de mis alumnos, el que va acumulando una serie de casos que abonan este procedimiento físico.

En numerosas afecciones del sistema nervioso la acción de las corrientes de diatermia es de lo más eficaz y de lo más rápida. Muy especialmente en las afecciones de los nervios periféricos (neuralgias y neuritis). La diatermia representa un método curativo extraordinariamente activo, de acción rápida y segura, pudiéndosele llamar la verdadera *Terapia del dolor*. Aquí entra en acción la alta frecuencia que estimula los procesos de nutrición y los cambios intracelulares, unida a la acción calorífica. Los nervios son influenciados, en parte directamente, en parte indirectamente por la linfa circulante; mientras que las ramificaciones superficiales son sometidas a la acción de las corrientes diatérmicas.

La diatermia constituye, pues, un agente terapéutico de gran valor no sólo por su acción analgésica sino porque conduce a la curación en muchos casos inveterados.

Las estadísticas al respecto son numerosas.

Yo he tenido ocasión de comprobar estos resultados en diversos pacientes atacados de Ciática, pudiendo, por lo tanto, afirmar que la Diatermia debe considerarse como uno de los tratamientos esenciales de esta afección.

En las enfermedades del sistema nervioso central, la diatermia, hasta hoy, se ha usado en pocos casos; pero es de esperarse, lógicamente, que se pueda utilizar con provecho en un mayor número de afecciones.

En la enfermedad de Parkinson las aplicaciones prolongadas y metódicas de diatermia general conducen a la mejoría de la rigidez y del tremor, retardando considerablemente el progreso de la enfermedad, y si no se puede hablar de curación, por lo menos, se puede hablar de mejoría considerable y de estímulo en el estado general. Las corrientes diatérmicas combinadas a la cura arsenical a altas dosis dán resultados superiores a todos los otros procedimientos terapéuticos.

El tratamiento diatérmico en la Tabes ha sido recomendado por Nagelschmidt, como muy eficaz para los fenómenos dolorosos evitando así el uso de los tóxicos; y no sólo las crisis dolorosas disminuyen de intensidad sino aún se obtiene una atenuación de los desórdenes de la sensibilidad y de la ataxia.

En la parálisis infantil la Diatermia combinada a la radioterapia y al tratamiento eléctrico clásico basado en las enseñanzas del electro-diagnóstico dá resultados que se pueden calificar de perfectos e inesperados.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El calor intenso permite la nutrición de los músculos atrofiados y conserva la temperatura local.

En la atrofia muscular progresiva, la Diatermia combinada con la radioterapia profunda, da igualmente resultados tan favorables que permiten hablar de un verdadero retroceso de la enfermedad (Bordier).

En un gran número de afecciones del aparato digestivo, la Diatermia es un agente terapéutico de primer orden y constituye uno de sus mayores triunfos; sin embargo, es uno de los medios curativos hasta hoy muy poco conocido entre nosotros.

Sabemos cuán complejo es este capítulo de la Nosografía médica, principalmente el de las afecciones gástricas, las cuales son de difícil diagnóstico aún con los procedimientos modernos de exploración, quiero referirme a la reentgenología y al estudio del quimismo. Y esta dificultad es aún mayor porque se olvida muchas veces que la máquina viva, aunque se asemeja a las otras máquinas, térmicas o mecánicas, difiere esencialmente de ellas porque su funcionamiento, en lugar de ser regido por fuerzas físico-químicas puras, se guiado por un sistema que no poseen nuestros motores y nuestras máquinas: queremos hacer mención del sistema nervioso. Es, pues, este funcionamiento especial por intermedio del gran simpático, el que hace que los trastornos de la máquina orgánica sean diferentes de los de una máquina cualquiera o de un aparato de química, dificultando, por lo tanto, las apreciaciones médicas.

En las *gastralgias,* que constituyen un síntoma común a muchas afecciones gástricas y que pueden ser las manifestaciones de perturbaciones de secreción o de trastornos de la motricidad, se impone, más que acudir al paliativo del régimen farmacológico, actuar sobre el sistema nervioso y modificar la nutrición del estómago por el uso de la diatermia.

La Diatermia ofrece en estos casos un método excelente, capaz de actuar sobre la motilidad gástrica, sobre el quimismo estomacal y sobre el dolor por consiguiente. Las oscilaciones de alta frecuencia excitan los cambios nutritivos, aumentan la irrigación sanguínea de las paredes del estómago, lo que origina ondas peristálticas más numerosas y mayor rapidez en el pasaje del contenido gástrico, aún en los casos de espasmo pilórico, y, además modificaciones cualitativas y cuantitativas de la secreción glandular.

Las observaciones hechas por diversos autores revelan la acción constante y uniforme de la diatermia sobre el funcionamiento del estómago, debido, principalmente, al calor que excita tanto las fibras musculares lisas como el gran simpático.

En las afecciones de la vesícula biliar y en el curso de las *Colecistitis,* en su estado sub-agudo o crónico, la Diatermia es un procedimiento de elección para hacer apagar, rápidamente y de una manera durable y cierta, las reacciones dolorosas e inflamatorias de estos órganos.

J. Aimard (de Vichy) ha aplicado este procedimiento sobre muchos enfermos atacados de reacciones dolorosas de la vesícula y esto de una manera sistemática. He aquí lo que ha constatado este autor:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

"De una manera general, se nota, desde la tercera sesión una cesación notable del dolor que desaparece totalmente al cabo de seis aplicaciones; una sola vez fueron necesarias quince sesiones en una enferma que presentaba cólicos hepáticos sub-intrantes y una vesícula biliar dolorosa, desde muchos años, y que ningún otro procedimiento terapéutico había logrado mejorar. En esta enferma las crisis han desaparecido desde hace cinco meses y la vescícula biliar está absolutamente indolora a la palpación y a la presión".

Estos resultados he tenido ocasión de comprobarlos en dos enfermos seguidos conjuntamente con mi estimado amigo y distinguido expresidente de esta Academia, Dr. Max. González Olaechea. Se trataba, en el primero, de una señora de cuarenta años de edad y que padecía, desde hacía tres años, de cólicos hepáticos, los cuales en la época en que se inició el tratamiento habían entrado en el período de agudeza pues se repetían casi diariamente presentando ya signos de infección biliar. Desde las primeras sesiones se obtuvo una atenuación del dolor y la caída de la temperatura; después de un tratamiento de veinte sesiones, la enferma se encuentra restablecida. Han trascurrido seis meses, y, por referencias que tengo, la enferma ha continuado en condiciones satisfactorias.

El otro paciente presentaba trastornos sensitivos, motores y secretorios del aparato digestivo, de origen vago-simpático, y cuya causa eficiente era una Colecistitis crónica. La Terapéutica a la que se le había sometido resultó ineficaz, pues las crisis dolorosas se le presentaban diariamente, habiéndole ocasionado un gran debilitamiento general. El tratamiento diatérmico fué también en este caso favorable. La mejoría se observa rápidamente y después de un mes de tratamiento el enfermo consigue su completo restablecimiento.

La medicación por la Diatermia encuentra una de sus principales indicaciones en las afecciones articulares, en las que desde la antigüedad se recomendaba el tratamiento por el calor; y las experiencias hechas en los últimos años demuestran cómo todas estas dolencias reaccionan favorablemente, siempre que se intervenga después que haya pasado el período agudo.

Así, en la Poliartritis reumática, pasado el período febril, la Diatermia modifica rápidamente la congestión de la sinovia, de los tejidos periarticulares y el dolor. Todos los experimentadores están de acuerdo en afirmar que con este tratamiento, después de una o dos semanas, desaparecen completamente los fenómenos dolorosos, las tumefacciones y se impide la atrofia muscular.

El mismo resultado se obtiene en las artritis gotosas y blenorrágicas siempre que el tratamiento se haga una vez terminado el período agudo. Este procedimiento se aprecia mejor en las del segundo grupo, en las que se evita la anquílosis y la atrofia muscular, puesto que la Diatermia no sólo ejerce su benéfica influencia disminuyendo la vitalidad del Gonococo sino hiperhemiando y aumentando los cambios locales y por tanto el poder fagocitario.

La causa de estos éxitos tan concluyentes dependen, sin duda, de la susceptibilidad particular del Gonococo e las elevaciones de la tem-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

peratura; por encima de 38°5 detiene ya su vitalidad y con 40 es absolutamente destruído.

En donde la Diatermia desempeña, también, una acción particularmente favorable es en los procesos articulares, de origen traumático con hidrartrosis, principalmente en las afecciones de la rodilla, que, como sabemos, es una de las más penosas por su rebeldía a los métodos habituales de revulsión e inmovilización, que generalmente origina anquilosis invencible, además de la impotencia funcional por la rápida atrofia que este género de afecciones produce en los músculos del muslo y de la pierna.

He tratado varios enfermos de estas dolencias y los resultados obtenidos me permiten recomendar este procedimiento como excelente.

En las enfermedades del aparato génito-urinario y particularmente en las enfermedades del aparato genital de la mujer, la Diatermia está llamada a prestar grandes servicios.

Son los autores españoles, principalmente el profesor Recassens, los que le han dado un gran impulso a este método, del que se puede decir que, en la actualidad, es el de la Electro-medicina el procedimiento empleado con mejor resultado en Ginecología.

Este campo es extenso; se le utiliza, principalmente, en los procesos anexiales de origen ginecológico; en la salpingo-ovaritis de origen puerperal; en las pelvi-celulitis; en las endometritis crónicas; las parametritis adhesivas, así como en las diversas neuralgias que van asociadas a estos procesos inflamatorios.

En el hombre se tratará con ventaja la prostatitis sub-aguda o crónica y las próstatas hipertrofiadas y blandas.

La Diatermia encuentra, además, un vasto campo de aplicación en la Cirujía, mediante el procedimiento llamado Electro-coagulación, empleado por primera vez por Doyen.

La ausencia de hemorragia, la seguridad de acción y lo fácil de su técnica, permiten al especialista actuar enérgicamente y con toda comodidad por las vías naturales, en la destrucción de pequeños tumores, principalmente en el caso de cavidades reducidas, donde toda maniobra se vuelve dificultosa.

Este método permite una intervención más rápida, esterilización de los tejidos coagulados, evitando la disminución de los elementos neoplásicos e impidiendo las recidivas por inoculaciones operatorias. La cicatrización es lisa y poco retráctil.

Todas estas características propias de la Diatermia quirúrgica, la presentan como un método de vasta y fecunda aplicación.

He terminado ya. Sólo me resta, ilustres académicos, reiterar mi más vivo y sincero agradecimiento por la benévola acogida que me dispensáis.

He dicho.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Notas Terapéuticas

TRATAMIENTO DE ALGUNAS COMPLICACIONES DE ORIGEN TOXICO EN LOS TUBERCULOSOS.—Son excesivamente frecuentes en los tuberculosos los sudores nocturnos y la diarrea crónica. Estas complicaciones de origen tóxico no tienen el carácter dramático de la hemoptisis, así es que los enfermos no dan a menudo, al principio, sino importancia mediocre y sin embargo, el adelgazamiento y la astenia vienen rápidamente. Para combatir estas complicaciones dos medicamentos que han dado sus pruebas, el pantopón, opio total, y el éter sulfúrico de atropina se han asociado a la papaverina cuya acción espasmódica está lejos de ser despreciable; de esta asociación ha salido la *spasmalgine*, la cual puede administrarse por vía bucal o por vía hipodérmica y en estos casos este producto ha dado excelentes resultados.

Dadas las propiedades antiespasmódicas de esta asociación farmalógica, es fácil comprender porqué la *spalmagine (Vigouroux.—Languedoc Medical.*—Diciembre 1926) presta los más señalados servicios en los sudores profusos, en las diarreas crónicas, en la tos quintosa y emetizante de los tuberculosos, donde el elemento espasmódico juega importante papel.

Noticias

OCTAVA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA.—La VII Conferencia Sanitaria Pan Americana celebrada en la ciudad de la Habana, del 5 al 15 de noviembre de 1924, designó la ciudad de Lima como sede de la VIII Conferencia. El Gobierno del Perú ha aceptado tal acuerdo, y por ello ha dirigido una invitación a los países de la América para que nombren Delegados a este certamen, que se realizará del 12 al 20 de octubre del presente año de 1927.

El programa provisional de esta Conferencia es el siguiente:

1.—Revisión y modificación del Código Sanitario, aprobado en la Habana, de conformidad con varias indicaciones.

2.—Inclusión de un artículo, que disponga que las naciones signatarias de la Octava Conferencia Sanitaria Pan Americana tengan siempre en cuenta la lista de drogas heróicas o incluidas como tales en el país a que se haga una exportación.

3.—Lucha contra las toxicomanías.

4.—Reglas para el control internacional del comercio de drogas.

5.—Reglas sobre la asistencia y reclusión obligatoria por el Estado de los toxicómanos, en establecimientos especiales en cada país.

6.—Ministerios o Departamentos de Sanidad en América y centralización en ellos de todos los servicios sanitarios y de asistencia social.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

7.—Los Municipios y su contribución con un tanto por ciento de sus rentas al sostenimiento de los servicios sanitarios, que sólo debe realizar el Estado por medio de su dependencia técnica.

8.—Estudio de la bubónica, desde sus aspectos nosológico, epidemiológico y médicosocial, recomendándose a los Gobiernos el nombramiento de comisiones técnicas encargadas de preparar, en cada país, los trabajos de investigación que conduzcan al esclarecimiento de los problemas conexos con esta endemoepidemia.

9.—La intesificación en todos los países de la campaña en favor de la infancia, en el triple concepto de la higiene del medio, de la eugenia y de la hominicultura, y estudio de la morbilidad y mortalidad infantil.

10.—Estudio de la parasitosis intestinal en el Continente Americano.

11.—Provisión de agua potable en las ciudades, pueblos, etc., y su clarificación y purificación por el cloro.

12.—Reglas adecuadas de sanidad y cuarentena vegetal.

13.—Estudio de los mejores medios para descubrir los portadores de gérmenes de las enfermedades infectocontagiosas y para tornarlos inofensivos.

14.—Estudios sobre las formas cooperativas de la lucha contra las enfermedades venéreas en América.

15.—Estudio sobre la tuberculosis y la lepra y sus medidas de profilaxis y tratamiento.

16.—Higiene y educación sexual.

17.—Higiene industrial.

18.—Estadísticas de morbilidad y mortalidad.

19.—Extinción de la mosca.

20.—Profilaxis del tracoma.

21.—Estudio del alastrim.

22.—Reglamentación de la inmigración desde el punto de vista sanitario.

23.—Estudio y erradicación de la malaria en América, y trabajos de las comisiones especiales en cada país de América.

24.—La geografía médica panamericana desde el punto de vista epidemiológico.

25.—Necesidades efectivas que tienen los países americanos en quinina para la reducción y aún la erradicación de la malaria.

26.—Cómo podrán los Gobiernos lograr que los vapores queden a prueba de ratas (rap-proof)

26.—Cuáles son los medios más fáciles para simplificar y poner en práctica los acuerdos internacionales sobre declaración de las enfermedades infecto-contagiosas?

28.—Cuál será el futuro desarrollo de la Oficina Sanitaria Pan Americana?

29.—Progresos de la sanidad pública en los países americanos. Memorias e informes.

30.—La asistencia hospitalaria en América y su organización con criterio sanitario.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Sobre el tratamiento del aborto

Por el Dr. EDUARDO BELLO
Profesor en la Facultad de Medicina

Tan frecuente es la interrupción de la preñez en los primeros meses de su evolución, familiares los accidentes que complican el aborto, que parece innecesario distraer la atención de los prácticos ocupándose de tema aparentemente tan vulgar como la terapéutica de este accidente; pero recorriendo la literatura médica moderna se comprueba que la vasta experiencia adquirida por los especialistas no ha logrado uniformar el criterio de ellos sobre la mejor manera de conducirse en frente de la interrupción prematura de la preñez, complicada o no de sépsis.

Los maestros y clínicos modernos, a juzgar por sus trabajos más recientes, discrepan sobre la oportunidad de la intervención evacuadora, su manualidad, su aplicación a los csos sépticos, etc. Así, el profesor Bumm es francamente intervencionista en el aborto: "Se debe, dice, evacuar el útero tan pronto como se considere el huevo definitivamente perdido, para evitar hemorragias y complicaciones sépticas"; en cambio, el notable tocólogo americano De Lee, se muestra reservado para operar en el aborto séptico, prefiere la expectación salvo que tenga la mano forzda por la hemorragia; Tuttle, cirujano del Hospital de Ancón (Zona del Canal), deduce de su estadística con 1,164 casos, que es ventajoso operar siempre que el aborto es incompleto, haya sépsis o no; Millis, apoyándose también en 1.000 observaciones, estima por el contrario que conviene la expectación armada cuando hay estado febril, debiéndose esperar un período de cinco días de apirexia para legrar el útero en los casos sépticos de retención; a conclusiones semejantes llegan Dubrowitsch, Drosin y varios otros clínicos. Hay, pues, criterio variable de operador a operador, de clínica a clínica sobre la terapia quirúrgica del aborto.

Pero como este accidente constituye motivo de inquietud del clínica a clínica, sobre la terapia quirúrgica del aborto.
tar una severa regla de conducta que evite, en lo posible, la sépsis y demás secuelas graves del aborto. Para contribuir a ello vamos a exponer nuestras convicciones sobre su terapia y nuestra manera de proceder, derivadas de larga experiencia hospitalaria. No es pretensión nuestra dogmatisar sobre tan debatida materia, carecemos de autoridad para ello, nos limitaremos a señalar los frutos de observación

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

propia, nuestra manera de proceder frente al aborto, y los resultados obtenidos, buscando formar el convencimiento de nuestros colegas sobre varios puntos importantes que, en nuestro concepto, son esenciales para obtener buenos éxitos.

A las causas naturales del aborto, traumatismos, intoxicaciones, toxemias, infecciones—sífilis y malaria, con carácter predominante—patología del óvulo, etc, la desorientación moral moderna ha agregado, o por lo menos dado aterradora amplitud, a otra causa de pérdida del producto de la concepción muy poderosa y extendida en la actualidad, causa de abortos frecuentemente complicados de infección, al *aborto provocado*, criminal, que busca suprimir el embarazo para librar de obligaciones voluntariamente contraídas a mujeres que obtuvieron fruto de amor libre, y también a matrimonios que nada omiten si favorece su egoismo. Esta causa de aborto, no siempre confesada, es la que suprime mayor número de nacimientos, la que origina complicaciones sépticas más frecuentes y entrega al práctico honrado, por fracaso de quien intervino, pacientes que ponen a prueba su pericia, exigiéndole criterio acertado y resolución pronta para salvarlas de la muerte. Pasaron los tiempos donde el aborto criminal era fruto de desesperación de mujeres honradas después de una caída, acto personal y primo que si no escusa merecía lenidad, hoy se nos solicita.... pávidamente casi a diario por mujeres de todas las clases sociales, alegando motivos nimios o falsos para que practiquemos el aborto, con la misma tranquilidad y firmeza que se nos pide remedio para una dolencia; nuestra negativa irrita, causa menosprecio, se nos retira la confianza, y comprobamos casi siempre que el gérmen respetado por nosotros pocas molestias ocasionó a sus despreocupados procreadores que hallaron persona que los desembarazara de él, porque el aborto criminal es en la época presente industria lucrativa, sus fautores son legión.

No es mi mente ahondar en este tema escabroso del aborto criminal; he dado relieve a esta causa de daño social tan evitable como justiciable, porque creo que no debe pasarse sobre ella velada e hipócritamente, sino mostrarla cual llaga gangrenosa que pide cauterio, porque como factor de despoblación y de accidentes sépticos, factor de eliminación de vidas, tiene nefasto papel y un alto porcentaje entre las causas de interrupción prematura de la preñez.

En más de veinticinco años que ejerzo la ginecología, como asistente primero, y luego como jefe de servicio, pasaron por mis salas de hospital varios millares de casos de aborto, no catalogados debidamente por imposibilidad material y falta de asistencia regular obtenida sólo en los últimos años; pero de algunas notas que conservo y de recuerdos bien precisos que catalogó la memoria, puedo formu-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

lar los resultados de esa amplia observación. Agregaré lo sugerido por numerosos casos de la práctica privada.

Naturalmente, en tan dilatado tiempo, no son comparables los resultados obtenidos en los primeros años con los que corresponden a los últimos, hemos evolucionado en los métodos de tratamientos del aborto siguiendo la corriente científica universal, hemos formado paulatinamente experiencia y capacidad manual, nuevos medios terapéuticos de utilización reciente han venido a favorecer nuestros esfuerzos, la proteinoterapia, la coloidoterapia, el arsenobenzol contra la infección, entre los últimos; los éxitos también han ido acrecentándose con los tratamientos perfeccionados, al extremo que hoy un fallecimiento por aborto séptico nos resulta rareza clínica, tan habituados nos hallamos a vencer esa infección. Por ser así nos atrevemos a hablaros del modo que entendemos el tratamiento del aborto.

La causa más fecuente de ser solicitados los cuidados médicos en los casos de aborto es la pérdida sanguínea, o bien la hemorragia unida a un estado febril. Esto marca los dos tipos ordinarios de aborto: simple y séptico.

El diagnóstico se hace por el interrogatorio ayudado por la palpación del abdomen y el examen del óvulo o parte del óvulo eliminado. En el aborto sin infección, lo mismo que en el parto, creemos injustificado y peligroso el uso del tacto vaginal para afirmar el diagnóstico y dar la indicación terapéutica; no hay tacto aséptico, la mano limpia y el guante estéril pierden esta cualidad en contacto del vestíbulo vulvar y de la parte inferior de la vagina que siempre contienen abundantes gérmenes; al iniciarse el aborto, como el parto, cae el tapón mucoso que defiende la entrada del orificio cervical, el epitelio del cuello y del conducto cervical sufre en su integridad, está traumatizado, hay, pues, condiciones abonadas para el sembrío de gérmenes que los dedos arrastran de abajo a arriba en su progresión: el tacto vaginal lo consideramos como una de las causas más frecuentes de infección séptica en el aborto.

Con signos de embarazo de pocos meses o con embarazo confirmado y más avanzado, una hemorragia moderada, aislada o concomitante con signos reveladores de contracciones uterinas expulsivas, no significa que deba desesperarse de salvar el embarazo; salvo la expulsión de porciones ovulares o hemorragias profusas, la conducta debe ser expectante y conservadora. Recordamos un caso donde la paciente sufrió por varias veces—más de cuatro—pérdidas sanguíneas durante ocho o más días acompañadas de contracciones uterinas dolorosas e intensas, que los opiados dominaban; esa paciente consiguió dar a luz un niño de término, lo hubiera perdido si desanimados por la repetición de los fenómenos de aborto, creyendo inutilizado el huevo, hubiéramos dejado evolucionar sin control el trabajo expulsivo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Hemos insistido sobre los peligros del tacto vaginal en los casos de aborto incipiente y creemos que este medio de exploración debe restringirse, empleándolo únicamente cuando se imponga la evacuación del órgano gestador a causa de las pérdidas sanguíneas, o que indicios de preñez ectópica, de otra ginecopatía distinta del aborto, o que éste, en fin, se considere inevitable; en todo caso el tacto debe hacerse con asépsia irreprochable, y preceder en poco tiempo a la evacuación uterina si confirma el diagnóstico de aborto ya inevitable. Decimos esto porque nos parece que la primera y primordial regla de tratar un aborto es evitar infectarlo.

Ocupémenos ahora del tratamiento mismo. Dos casos se presentan: la paciente está libre de infección, o está infectada; puntualicemos la actitud que debe asumirse en cada caso.

Pero antes de entrar en materia, precisemos con qué elementos basaremos el criterio de asépsia o sépsis de la paciente. Una enferma febril, con hipogastrio sensible a la presión, es positivamente enferma infectada; pero el estado de apirexia no significa precisamente ausencia de gérmenes virulentos en la intimidad genital, debe temerse por el contrario la presencia de éstos, aún sin que la fiebre se halla presentado, si uno o varios tactos dudosos han precedido nuestro exámen y salvo urgencias impuestas por el cuadro clínico, tomarse el tiempo suficiente para salir de dudas, conformándonos en los primeros días a la práctica seguida en los casos de sépsis.

Si no hay motivo de temer la infección, la conducta del práctico frente al aborto inevitable variará según el medio en que actúa. En el civil, con recursos insuficientes y asépsia inperfecta, la expectación se impone: dejar evolucionar el aborto vigilándolo de cerca. Si el trabajo de expulsión marcha rápido, lo cual no es excepcional, la pérdida de sangre es moderada y la paciente se restablecerá en breve plazo. En estas circunstancias la experiencia nos ha enseñado a no hacer maniobra alguna para acelerar el trabajo; más aun cuando el huevo sale fuera de la vulva quedando colgante, no lo tocamos, esperando que por si solo acabe de desprenderse; generalmente está pendiente de un colgajo de membrana retenido por contracción sobre el cuello o por adherencia que cede en breves momentos, y queda libre entre los muslos de la paciente. Retirado el huevo, omitimos todo lavado o tocamiento interno, injustificable, aseamos las partes exteriores, las cubrimos con apósito aséptico, ponemos una hipodérmica de pituitrina, seguida media hora después por otra de ergotina para asegurar contracción buena y durable del músculo uterino, impidiendo así nuevas pérdidas de sangre y dolores posteriores, dando por terminada nuestra tarea. Con este proceder nunca sobreviene fiebre en los días posteriores a la expulsión, ni hemorragias en los abortos, únicos que consideramos en este momento; es innecesario dar a la paciente el rutinario purgante que aminora sus fuerzas, exonerando,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

si importa, el intestino por medios más simples, nada hay que temer y la convalescencia es rápida.

Si por el contrario, la expulsión del huevo se prolonga mucho, acompañándose de abundante hemorragia, se impone evacuar artificialmente el útero, y debe pedirse el traslado de la enferma a una clínica; pero el especialista debe hallarse preparado para actuar de urgencia, si es preciso, en el mismo domicilio de la paciente rodeado de la mayor suma de seguridades que le permitan trabajo aprovechable, una mesa portátil, plegadiza, de las que hay modelos inmejorables, campos y material estéril, buenos instrumentos, entre ellos la valva de peso de Hegar que permite pasarse sin ayudante, permitirán improvisar una intervención aséptica en cualquier parte.

En una clínica u hospital, creemos se debe ser intervencionista. En el aborto no infectado el consejo del profesor Bumm debe servirnos de regla rigurosa: "Evacuar el útero tan pronto como se considere el huevo definitivamente perdido, para evitar hemorragias y complicaciones sépticas". Esta regla impera igualmente en cualquier lugar siempre que se disponga de irreprochable asépsia.

Dos casos hay que considerar: 1º Trabajo expulsivo adelantado, cuello abierto con procidencia del huevo; la indicación es perentoria, vaciar el útero inmediatamente y legrar con suavidad su mucosa, o bien, hemorragias prolongadas y abundantes imponen extraer el huevo estando el conducto cervical cerrado o apenas entreabierto; la dilatación cervical extemporánea o lenta precederá la extracción del huevo.

2º caso. Aborto incompleto. La mayor parte del huevo ha salido expontáneamente; pero subsisten las pérdidas sanguíneas, unidas o no a loquios fétidos, indicando la retención de restos ovulares.

En la mayoría de estas circunstancias el cuello está dilatado, pero también podemos hallarlo ya cerrado. El raspado evacuador es indispensable y urgente; hecho con buena técnica, asépsia rigurosa, y seguido de embrocación iodada del endometrio; nunca es motivo de complicaciones y asegura convalescencia rápida e integridad funcional.

La técnica adoptada es sencilla, la de un simple legrado uterino, pero usando en él de las mismas precauciones que en una operación intra-abdominal. El *curage digital* nos parece tener pocas indicaciones; es maniobra mucho más traumatisante e incierta que el uso de la cureta, las malaxaciones prolongadas del órgano gestador entre las dos manos comprometen su vitalidad y resistencia a la infección, el endocervix también sufre magullamientos, y es difícil mantener en estado de pureza el dedo operador, que muy probablemente antes de alcanzar la cavidad uterina tocó el vestíbulo o la parte inferior de la vagina.

Con anestesia general, localizada a la matriz, o sin anestesia, según el estado de la paciente o su irritabilidad; previa dilatación del cuello, extemporánea o lenta—esta última es preferible—según la premura que impone el caso, procedemos a la extracción del huevo o de sus restos retenidos. La parte más voluminosa del huevo la extraemos mediante la pinza de falso gérmen, maniobrando con ella cuidadosamente; completando la operación con un legrado suave, pero de-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tenido, que dé salida a lo que resta. Para hacer este raspado usamos la cucharilla obtusa, pero no tememos servirnos de la cortante si la primera nos parece insuficiente; no creemos que el empleo de esta última entrañe peligro de perforación, evitando la rudeza y cogiéndola de manera que su radio de acción no pueda abarcar más allá de la longitud media del útero. Terminado el raspado, nunca llevado al exceso, embrocamos el endometrio con tintura de iodo, e introducimos en la cavidad del útero una delgada tira de gasa estéril iodoformada, que queda allí con el doble objeto de drenar y servir de estímulo a la reacción muscular del órgano. Esta gasa la extraemos 24 horas después, y con frecuencia arrastra pequeñas porciones de membranas u otros restos ovulares, o de mucosa, que habían escapado a la acción de la cureta; un toque de iodo sobre el cuello, y queda terminada nuestra terapéutica local, pues, demás está decirlo, que nuestras enfermas no reciben en los días siguientes duchas vaginales, ni se toca para nada sus genitales internos, limitándose la enfermera a hacerles el aseo exterior.

La pituitrina y ergotina en inyecciones las usamos después de evacuar el útero como en el aborto que se completa expontáneamente, repitiendo la última o sirviéndonos de la misma substancia por ingestión, si pérdidas de sangre nos revelan que la tonicidad del músculo uterino ha disminuido; igualmente se la usa ante de la intervención, porque da mayor resistencia a la pared muscular, disminuyendo así los peligros de perforación por la cureta. Esta indicación de la pituitrina es digna de ser tenida en cuenta no sólo desde el punto de vista precaucional de lesiones perforantes, sino también porque la tonicidad muscular del útero despertada por esa substancia disminuye las pérdidas de sangre, en ocasiones abundantes, que se producen durante el acto operatorio.

En las enfermas infectadas, o que se presuma puedan estarlo, usaremos de la mayor prudencia para intervenir. Sólo en casos de hemorragia que ponga en peligro la vida de la paciente nos creemos autorizados para hacer la evacuación del óvulo o restos ovulares hallándose la enferma en plena infección, aunque haya compromiso evidente de los anexos o del peritóneo pelviano, porque la indicación *quod vitam* es inalienable.

Fuera de urgencias de tal orden, servirse de cualquier manualidad traumatisante para evacuar el útero cuando hay infección propagada a los anexos o peritóneo pelviano, es exponerse a provocar la ruptura de las defensas orgánicas y una peritonitis generalizada por propagación, accidente mortal de necesidad; en estos casos faltando el imperativo de la hemorragia, nuestro papel debe reducirse a hacer terapéutica de espera. El reposo absoluto, el hielo sobre el vientre, la exaltación de las defensas por la proteinoterapia, o coloidoterapia, los antisépticos por vía oral y endovenosa—el sublimado y, especialmente, el salvarsán, para la última—, son recursos de notable valor práctico. Apagado el incendio microbiano, atenuada o anonadada la virulencia

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de los gérmenes patógenos, en plena apirexia de cinco o más días de duración, con exámenes de laboratorio favorables, podremos atrevernos con confianza a evacuar el útero de los restos ovulares que contenga y legrar la mucosa hipertrofiada. Una bolsa de hielo mantenida sobre el hipogastrio durante los primeros días siguientes a esta intervención, contribuirá a asegurar el éxito.

En los abortos acompañados de estado febril, estando el huevo retenido total o parcialmente, y en los no acompañados de pirexia, pero sospechables de infección por manifestaciones impuras, nuestra conducta suele ser también expectante mientras la fiebre cede por victoria de las defensas naturales, o por la influencia de los germicidas. Acostumbramos en estas circunstancias esperar antes de llevar a cabo la intervención evacuadora, los cinco días de apirexia que aconseja Hillis, obteniendo entonces éxitos seguros.

En algunas ocasiones, sin embargo, a despecho de estados febriles moderados o de simples sospechas de infección, hemos intervenido inmediatamente, en especial cuando abundancia de restos ovulares ya alterados y mal olientes, invitaban a ser activo, evacuando el órgano gestador y legrando suavemente su mucosa. Tampoco en estos casos hemos tenido motivos de arrepentirnos porque las consecuencias de la operación se han reducido a efímero estado febril, o temporal exageración del que antes existía, reemplazado pronto por franca convalescencia y curación rápida de las pacientes. Estos resultados uniformes nos inducen a pensar que es mínimo el riesgo de exacerbar una infección incipiente o moderada del aborto con la intervención evacuadora, hecha con buena técnica, y, por tanto, que en tales casos puede aceptarse como de beneficio máximo la regla de desocupación inmediata del útero, planteada para ellos por el Dr. Tuttle, Cirujano del Hospital de Ancón (Zona del Canal), puesto que la convalescencia y curación de las enfermas así tratadas resulta más breve y segura que en las sometidas a la expectación prolongada.

Que el aborto haya evolucionado sin complicaciones sépticas, o que, por el contrario, la contaminación por piógenos haya dado incertidumbre a su pronóstico, después de la eliminación expontánea del huevo, el endometrio queda engrosado y susceptible de ser fuente de tenaces hemorragias posteriores. Por esta razón, creemos, se impone en casi todos los casos de aborto un legrado precautorio de la mucosa uterina que, extirpando sus exhuberancias, haga salir también los restos de membranas o de placenta que suelen quedar adherentes a ella y determinar accidentes en el futuro. Se acusa a estos restos olvidados por el ginecólogo, si están desvitalisados, de ser motivo de infecciones tardías y de carácter crónico, invadiendo los parametrios y el peritoneo pelviano y dando lugar a invalidación prolongada de las pacientes; si estos residuos mantienen relaciones vasculares con el endometrio y gozan de actividad vital, se les considera como más peligrosos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

aún, puesto que de su vegetación persistente y metatípica se generan los corioepiteliomas, de tan severo pronóstico.

Esta conveniencia de practicar raspado después de un aborto que se evacuó expontáneamente, se convierte en obligación imperativa si las caducas ovular y uterina no están todavía soldadas, porque eliminado el huevo subsiste la caduca uterina muy engrosada y adherente, causa segura de meno y metrorragias que tarde o temprano obligarán a hacer su legrado.

Algunos especialistas recomiendan someter sistemáticamente al microscopio los productos de raspado uterino por aborto, para evitarse sorpresas desagradables. Procediendo así suele descubrirse en un porcentaje apreciable de casos, la presencia de elementos típicos que despistan el indicio de un corioepitelioma. Seguir este consejo sería difícil en nuestros hospitales, donde los laboratorios tienen trabajo muy recargado; en cambio, lo creemos muy justificado y aprovechable para aquellos casos donde la persistencia de pérdidas sanguíneas después de un primer legrado por aborto, exige practicarlo segunda vez; en estas circunstancias las hemorragias se deben a degeneración maligna de restos ovulares, que el examen histológico puede descubrir.

Sintetizando aún más, lo que en breve resumen hemos expuesto sobre la terapéutica del aborto, podemos reducirlo a las sencillas reglas siguientes:

1ª—No infectar los casos que evolucionan sin sépsis, absteniéndose del tacto vaginal y de toda terapéutica traumatisante si carecemos de recursos para hacer obra aséptica. En otros términos, actuando en el medio familiar o cuando falte material e instrumental quirúrgico estéril, debemos dejar que el organismo expela por sus propios poderes el huevo abortivo; sólo intervendremos si la violencia de la hemorragia impone evacuar inmediatamente, por medios manuales o instrumentales, el órgano gestador, prescindiendo entonces de toda prudencia ante el imperativo de salvar la vida de la paciente.

2ª—Si somos llamados a tratar un aborto no infectado en clínica, hospital o cualquier otro lugar donde podamos disponer de elementos suficientes para ejecutar una buena técnica, o si poseemos lo necesario para improvisar buena asépsia donde nos llame el deber profesional, estamos obligados, por el contrario, a ser intervencionistas. Debemos proceder a la evacuación del útero tan pronto estemos convencidos que la pérdida del huevo es inevitable. Ya hemos indicado la técnica que para hacerlo preferimos, justificando nuestra elección.

3ª—Una paciente donde el aborto está complicado de infección grave, general o localizada, con compromiso de los anexos o del peritóneo pelviano, impone la abstención casi absoluta de todo medio manual para evacuar el huevo o los restos de él. La expectación, auxiliada por las medicaciones locales y generales antes puntualizadas, domina ordinariamente el estado de sépsis, permitiendo más tarde, tras-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

curridos los días de espera que prácticos prudentes y experimentados aconsejan, completar quirúrgicamente la evacuación del útero.

4º—Enfrente de infecciones moderadas, incipientes o simplemente probables, se puede ser ecléctico, interviniendo o nó según las características locales del caso. De ambas maneras se obtienen buenos éxitos; pero parece demostrado por los hechos que la evacuación inmediata del órgano gestador no entraña mayores riesgos y aminora, por el contrario, el tiempo de incapacidad de la paciente; por ello creemos que esa práctica debe ser adoptada en tales casos.

He terminado, señores, la modesta tarea que me había impuesto. El tema escogido pertenece al grupo de los de cirugía menor, a la labor sencilla y cuotidiana; pero teniendo el aborto enorme trascendencia para la salud posterior de la mujer que lo sufre, y para su capacidad generadora, es accidente de la vida sexual con proyecciones sociales de importancia, razón que me ha determinado a tratar en esta tribuna sobre su mejor terapéutica, aprovechando lo que la experiencia me ha enseñado en esa materia.

Varios son los millares de casos de aborto asistidos por mí en los largos años que ejerzo como cirujano de hospitales, y en la práctica privada, siguiendo en su manejo la evolución de la ciencia, tratando de aprovechar en beneficio de mis enfermas de todos sus progresos. He obtenido desde el principio resultados alentadores; pero en los últimos años las estadísticas señalan casi un ciento por ciento de curaciones en abortos infectados o no, perdiendo únicamente las enfermas que llegaron a mi servicio vencidas por la sépsis.

Nada enteramente personal ofrezco a la consideración de la Academia, labor clínica solamente donde aprovechando mis alcances de la experiencia universal, he cosechado la satisfacción legítima de obtener éxitos casi seguros en accidente tan peligroso y delicado como es el aborto.

GUIA LASCANO

De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.
NUÑEZ 265
APARTADO 1971.— TELEFONO 3673

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Los problemas legales en la lucha antivenerea

(Ponencia oficial a la I Conferencia Nacional Antivenérea)

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA

Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina

PREAMBULO

En el Reglamento formulado para la "Conferencia Nacional Anti-venérea" y entre los temas propuestos por la respectiva Comisión Organizadora, se incluyen, en una Segunda Sección destinada a los puntos de Legislación, los tres siguientes:

7)—El certificado de salud para el matrimonio.

8)—Responsabilidad penal por el contagio de las enfermedades venéreas.

9)—Leyes de amparo a la madre abandonada como medio de disminuir la prostitución.

Fué para él desarrollo de los dos primeros temas, para lo que ofrecí mi modesta pero entusiasta cooperación, por caer ellos dentro de los linderos de esa Ciencia predilecta de mi espíritu, que lo es la *Medicina Legal.* Ellos, además, venían a poner ansiados anhelos de realización, en un certámen netamente nacional, a cuestiones de importancia suma para la Patria y el Estado, para la Sociedad y la Familia.

Pero, ya en el sendero árduo de su estudio, adentrado intrépido en su difícil dilucidación, y, aún, perdiéndome en el bosque frondoso de complejas teorías y legislaciones, de que ambos temas han sido objeto, vine encontrando infinitos puntos de contacto entre ellos, hasta, si se quiere, una íntima o estrecha trabazón, ya que ambos problemas partían de un sólido y único nexo, cual lo es la moderna ciencia de la *Eugenesia.*

De otro lado, al repasar y documentarme en la exuberante bibliografía que esos temas me presentaban, fuí conociendo y evidenciando otras muchas cuestiones de limitación legal que se referían igualmente a éste tan discutido, y nunca bastante desarrollado, problema de la lucha contra las enfermedades venéreas. La declaración obligatoria, así como la obligatoriedad del aislamiento y del tratamiento; la actuación del médico tratante o consultante, el cumplimiento del secreto profesional y la nefasta intromisión del curanderismo; la controversia inagotable entre reglamentaristas y abolicionistas y otras materias legales sobre la prostitución; la protección a la mujer seducida y abandonada, y la investigación de la paternidad; etc.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

eran tópicos que se incluyen igualmente en el acerbo de la medicina legal, y grandemente sugerentes para mi modesto y ardiente deseo de ser útil a mi patria en tan importante concurso científico nacional.

Ilógico resultaría estudiar unilateralmente los aspectos legales en la lucha contra las enfermedades venéreas; de estas cuestiones enunciadas, unas se completan con las otras, y todas ellas forman un individualizado complexo, cuya finalidad, perfectamente definida, es sentar las normas legales que deben orientar y precisar una campaña anti-venérea. Un criterio aislado y desconexo, sólo nos conduciría a la esterilización de los esfuerzos y a la manifestación de impotencia en los medios, no suficientemente respaldados por el rigor y la fuerza de las leyes.

Tales han sido, más que pretextos, las apremiantes y consideraciones que me obligan a tratar de desarrollar, bajo una sola cubierta que titulo "Los problemas legales en la lucha anti-venérea", los diversos tópicos antes enunciados; y tales también las razones, imperativas en su fondo y en su forma, que me coluden a que esta Ponencia Oficial, con la que inmerecidamente me han honrado los seeñores miembros de la Comisión Organizadora, la divida en los siguientes capítulos:

I.—El trípode legal sanitario:
A)—el tratamiento obligatorio;
B)—la declaración obligatoria; y
C)—el aislamiento obligatorio.
II.—La actuación profesional y el curanderismo.
III.—El certificado médico pre-matrimonial.
IV.—El delito de contagio venéreo.
V.—La prostitución; reglamentarismo o abolicionismo.—Edad mínima para ejercer la prostitución.
VI.—La protección legal a la mujer seducida y abandonada; la investigación de la paternidad.

I

EL TRIPODE LEGAL SANITARIO

Con alguna confianza puede esperar el filántropo del paulatino decrecimiento de las enfermedades venéreas, y aún su extinción en un porvenir no muy lejano, si las autoridades, a las cuales compete la vigilancia y la protección de la salud públicas, así como el mantenimiento de la moral, no cejan en sus esfuerzos, y si la investigación científica mantiene sus puntos de vista con firmeza e independientemente del poder de la costumbre y de los prejuicios.

K. F. Marx.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El desmesurado desarrollo de las enfermedades venéreas y el crecimiento ilimitado que el número de atacados por los males venusinos se comprueba a diario, como reacción obligada del desenfreno de las pasiones y de la inmoralidad que las civilizaciones modernas parecen traer como inevitable consecuencia, hicieron que en estos últimos tiempos los hombres de ciencias acuciaran su talento y trataran de poner a contribución todas sus energías, y que los hombres de bien procuraran aportar su contingente en pró de una campaña libertadora de la raza humana, ante la plaga de dolencias que el instinto sexual viene determinando.

Y así, sociólogos y estadistas, médicos e higienistas, han querido poner su grano de arena, todos mirando hacia la ansiada finalidad de extinguir, o por lo menos de moderar, la negra endemia de la venero-patología; comprendiendo que tan ímproba labor iba dirigida, particularmente, a la necesidad de proteger a las generaciones futuras contra las causas primarias que tienden al pauperismo y decadencia de la humana especie.

Pero, por muy bien intencionadas las ideas sugeridas y por muy atinadas las medidas puestas en práctica, es el hecho desconsolador, mostrado con la lógicaa irrefutable de los números, que las enfermedades venéreas tienden a aumentar en sus víctimas, sin que sea óbice para ello el esfuerzo máximo realizado.

La más importante medida sanitaria contra las enfermedades venéreas o sea la educación y preparación de los individuos para que con pleno conocimiento del peligro sepan eludirlo, sólo podrá determinar toda su eficiencia, por acción del tiempo y contrarrestando una serie de factores que, hoy por hoy, son todavía difícil de eliminar.

Es por eso por lo que, saliendo del campo puramente doctrinario, en el que las medidas a tomar en la lucha anti-venérea tienen solamente un aspecto reflexivo y persuasivo, llamando a la razón y al sano criterio de los hombres, para que aportando el contingente de su buena voluntad, colaboraran aislada y conjuntamente en la magna obra, se viene pensando en ingresar en un terreno más firme a la vez que práctico, de aspecto netamente impositivo, en el que las formas represivas sean contempladas en todas sus manifestaciones y se enuncien en todos sus matices, como única y salvadora medida hacia el fin apetecido.

Comprendieron los hombres de acción enérgica, que las dolencias venéreas acrecen y se desarrollan sin coto alguno, porque ellas tratan de escaparse,—y lo logran,—a toda labor curativa o modificadora, persistiendo y aumentando el mal, con su obligada secuela de propagación y difusión del mismo. La actuación terapéutica sobre los venéreos, se hace efímera o superficialmente, cuando se realiza por manos de inexpertos o incompetentes, por ignorancia o por negligencia; cuando no

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

cae,—y esto es lo más grave,—en poder del curandero o de la aficionada, que sólo pueden dar como resultado el desarrollo despiadado del mal, con todo su cortejo de complicaciones y todo su peligro de propagación infinita.

Se hacía necesario, por lo tanto, implantar medidas más radicales y de acción coercitiva, y aún punitiva si se quiere, para estimular a los indiferentes y obligar a los recalcitrantes.

Tales son las medidas que constituyen lo que nos hemos permitido llamar *el trípode legal sanitario,* que pasamos a desarrollar a continuación.

A)—Tratamiento obligatorio.

Los peligros infinitos que las enfermedades venéreas determinan, no sólo sobre el individuo mismo, sino también sobre la colectividad, yendo ellas a producir sus nefastos efectos más allá de la generación presente, diluyéndose de familia en familia y de descendencia en descendencia, ponen imperativos precisos, cuando se trata de implantar leyes derivadas hacia la finalidad de contrarrestarlas.

Es por eso por lo que, como una de las primeras disposiciones reglamentarias que los países más avanzados en la materia han tratado de implantar, el principio de obligatoriedad de curación en todo individuo afecto de una cualquiera de las dolencias venéreas, se ha procurado sea impuesto y sea realmente cumplido.

Tal disposición legal no es, como muchos han argüido, atentatoria contra la libertad individual, pues prima sobre toda consideración de orden particular, el derecho de defensa de la colectividad ante un peligro perfectamente definido y que, sobre cualquiera otra inminencia nociva, tiene todavía la agravante de su suterfugiosidad, de su insidiosa manera de propagarse.

Todo individuo que ha sufrido la desgracia,—que no es otra cosa,—de contaminarse con un mal venéreo, se halla en la ineludible obligación de tender a su más rápida curación: y esto, no sólo por razones meramente propias, de interés personal, sino también, y sobre todo, por el peligro que su dolencia significa para sus semejantes.

Este principio se halla, por lo demás, aceptado ya en varias naciones; así los países escandinavos, Noruega y Suecia, de igual manera que Dinamarca, Suiza y aún Bélgica, que son los estados que más avanzadamente han laborado en esta materia, sientan la doctrina; últimamente Tchecoeslovaquia, por ley de 11 de julio de 1922, concerniente a la lucha contra las enfermedades venéreas, dice en su artículo 2: "Toda persona "atacada de una enfermedad venérea que se encuentre en pe- "ríodo contagioso, está obligada a tratarse por un médico au- "torizado para ejercer su arte, ya a título privado, ya en un "establecimiento de asistencia pública".

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Bien se comprende que para llegar a satisfacer esta finalidad, se tiene que tropezar con una serie de prejuicios y preocupaciones, que en una campaña de esta índole son precisamente el escollo más grande. Quiero referirme, en primer lugar, al carácter de vergonzosa, de inconfesable, que se dá a las enfermedades venéreas, y que hace que muchos afectos de ellas, traten de ocultarlas, y para lograr tal objeto, busquen medios anticientíficos para curarlas, como el tratamiento por mano propia, o bajo consejos y sugestiones de charlatanes y profanos. Como dice muy acertadamente *Jiménez de Asúa*, "Hay "que destruir, en absoluto, la creencia estúpida de que las enfer- "medades del sexo son la retribución del pecado cometido. El "día que el hijo de familia pueda noticiar a sus padres, sin "miedo a exageradas reprimendas, el mal contraído, con la mis- "ma libertad con que se les participa hallarse aquejado de otra "enfermedad cualquiera, se habrá conseguido un avance con- "siderable en la tarea de librar a las gentes de la difusión de "afecciones venéreas".

Otro escollo, no menos importante, es el referente al curanderirsmo, o sea a la intromisión ilegal y nefasta de elementos profanos en el tratamiento de estas dolencias; el farmacéutico, en muy buena escala; el aficionado práctico que tiene, muchas veces, hasta consultorios bien montados para su industria; la curiosa, que prescribe yerbas y bebedizos nocivos; el chino herbolario, que propina pósimas tan desagradables al paladar como nefastas para la salud; y hasta el amigo acomedido que indica al paciente procedimientos, científicos o nó, que asegura tuvieron buen éxito en él, son causales todas que hacen nulo el tratamiento, cuando no pernicioso, por ser practicado por personas incompetentes para ello.

Corolario indiscutible de esta obligación de tratarse y de tratarse científicamente, es la asistencia profusa y hasta gratuita que el estado debe proporcionar al doliente; no puede comprenderse esta apremiante legal para curarse, sino se pone a la mano del enfermo todos los medios necesarios para lograr ese fin. Las condiciones económicas de los individuos son muy variables, y el tratamiento de las afecciones venéreas es, por desgracia, largo y costoso. Deben, por lo tanto, prodigarse los elementos con los que pueda contar el sifilítico y el blenorrágico para librarse del mal; la asistencia gratuita debe intensificarse enormemente, como uno de los medios primordiales en una lucha racional contra esta clase de dolencias. "Es preciso crear en abundancia,—dice el higienista francés "*Henry Mathias*,—dispensarios capaces de recibir y de tratar "unos cincuenta enfermos por día. Los cuidados en ellos serán "gratuitos, con posibilidad de entregarles ciertos medicamen- "tos..... El día que cada barrio de las grandes aglomeracio- "nes humanas esté provisto de dispensarios de este género, po- "demos afirmaar que una tarea de salud pública estará cumpli- "da". (Autour du drame vénérien.—París, 1924).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En resumen: convencer al veneréopta que su dolencia no es vergonzosa, ni inconfesablbe, lo que se logrará por una educación y propaganda intensiva; que está legalmente obligado a tratarse, con personal interés para lograr un pronto restablecimiento, e igualmente para dejar de constituir un elemento peligroso para sus compañeros; que ese tratamiento debe ser practicado por persona capacitada y facultada para ello, única garantía para que su curación se realice pronto y eficazmente.

B)—Declaración obligatorira de las enfermedades venéreas.

Tema controvertido acaloradamente en estos últimos tiempos, ha sido el referente a si las enfermedades venéreas debían involucrarse en el grupo de las dolencias infecto-contagiosas, obligatoriamente declarables por el médico, como una medida superior sanitaria en resguardo de la colectividad, y en vista de los intensos peligros que su desconocimiento, o mejor dicho, su secreta asistencia podría traer consigo.

Se ha argumentado, y con sobrada razón, que las enfermedades venéreas, con afecciones trasmisibles por contagio y que su modo de trasmisión se hace por medios y maneras múltiples y hasta, si se quiere, vulgares: pues se realiza, a más del contacto sexual, fuente primera, por los actos o modos de la vida ordinaria y doméstica; tal el contagio por los cubiertos y objetos de mesa en las sífilis, y tal la trasmisión de la blenorragia por los aparatos de uso privado o por los urinarios y escusados.

En apoyo de lo mismo se ha dicho, que estas dolencias, por ese carácter de vergonzoso que injustamente tienen, y por la obseción de sus poseedores de ocultarlas, son aún más peligrosas que las otras enfermedades infecto-contagiosas, pues existen y se desarrollan de manera solapada, en el seno mismo familiar, sin que ellas se descubran aparentemente, siendo por eso origen obligado de contagio y de difusión. Además, por estas mismas consideraciones, se elude el tratamiento, o él se realiza en forma incompleta e inadecuada, dando ésto lugar a su persistencia, a su agravación, y a constituir un perenne foco infectivo.

Tales las apremiantes que han determinado a muchos venereólogos, a solicitar se incluya entre el grupo de afecciones de declaración obligatoria, a las enfermedades venéreas, llámense sífilis, blenorragia o chancros blandos.

Es indudable que si estudiamos la cuestión con un criterio unilateralizado, y si hacemos comparaciones con las demás enfermedades infecto-contagiosas; si apreciamos los resultados nefastos que la contagiosidad del mal venéreo puede determinar; y si comprobamos la esterilidad de toda labor al ocultarse el mal; tendremos que inclinarnos en el sentido de solicitar la denuncia obligatoria de todo caso de afección venusina, pre-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

munidos, sobre todo, por el interés colectivo de impedir la difusión de tan terrible plaga.

Pero, si pensamos en la enorme cantidad de venéreos que, precisamente por este imperativo de declaración, eludirían todo contacto con el médico, ante el temor de ser descubiertos; si recapacitamos que el conocimiento individual de todo caso, no tendría más interés que servir de elemento para el estudio global y estadístico, para mejor eficacia en la lucha profiláctica; si, por último, comprendemos que despertaríamos una racional resistencia entre los facultativos, coludidos por una doble apremiante, la estatuída por la ley o sea la declaración obligatoria, y la establecida por la ética o sea el secreto profesional, llegaremos claramente a la conclusión de que la obligatoriedad de la denuncia venérea, no puede aceptarse en su forma absoluta, sin correr los riesgos de su ineficacidad.

Dos apremiantes justificarían esta racional medida: la una, el conocimiento perfecto de la marcha del peligro venéreo y del número de atacados que existen, para un más completo estudio de orden estadístico y por ende una más racional ofensiva profiláctica; la otra, el conocimiento cierto de todo caso infectado e infectante, para una más aficaz campaña curativa. Para la primera, basta y sobra con los datos de orden numérico y por lo tanto la finalidad se lograría, legislando la obligatoriedad en la declaracaión innominada de los casos de afecciones venéreas, remitiendo para ello los médicos y los establecimientos de asistencia, un parte semanal, quincenal o mensual, en el que se indicara el número de sifilíticos, blenorrágicos y chancrosos que tienen en cura, haciendo el balance entre los existentes, los últimamente conocidos y los despedidos ya tratados; ésto a base de un registro minucioso y completo que particularmente estaría obligado a llevarse en los consultorios particulares, en las clínicas privadas y en los establecimientos de asistencia pública, ciñéndose a un modelo que confeccionaría y haría repartir la autoridad sanitaria.

Pero si el venereópata, a pesar de los consejos y sugestiones que le dá el médico tratante, elude toda curación abandonándose a sí mismo, o, lo que es peor, entregándose a manos inexpertas; si por desidia o incuria deja de lado la prosecución de la labor terapéutica, entonces ese sujeto sale del núcleo de los individuos a quienes escuda el secreto profesional, y el facultativo libera toda responsabilidad, cumpliendo éticamente con denunciar el caso a la autoridad sanitaria respectiva, con toda clase de detalles, para que se le persiga y se le constriña a curarse. Si el abandono terapéutico ha sido por desconfianza en su médico tratante, debe justificar que se ha entregado a otras manos, a su juicio, más competentes; si ella se ha realizado por falta de los medios económicos, debe enviársele a un consultorio de asistencia gratuita; y si, por último, ha sido por indiferencia y repudio, dejándose sin curación alguna,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

debe obligársele, yendo hasta el confinamiento en un hospital o clínica especial.

Esta disposición legal, aun cuando parezca exagerada, se halla fácilmente implantada en muchos países, que han obtenido con ello los mejores resultados. Basta citar, entre otras naciones, a Noruega, en que las enfermedades venéreas son asimiladas a las enfermedades infecto-contagiosas y los casos presentados son declarados obligatoriamente por los médicos tratantes, sin los nombres de los enfermos, pero sí con los datos para evitar posibles contaminaciones; los individuos que eluden el tratamiento, son denunciados por cualquier persona que tenga conocimiento de ello, y son instados a presentarse ante los médicos de las Comisiones Municipales, y si así no lo hicieran, constreñidos por la policía.

En Tchecoeslovaquia, por último, y por ley reciente antes citada, se estatuye en su artículo 8 lo siguiente:

"El Ministerio de Higiene pública y de Cultura física tie-
"nen derecho de pedir a los médicos y establecimientos médi-
"cos, una declaración obligatoria de las enfermedades venéreas,
"sin denunciación de los nombrers de los enfermos".

Y en su artículo 7 lo que sigue:

"El médico tratando a una persona atacada de enfermedad
"venérea está obligado:

"1º—A hacer una declaración escrita a las autoridades pú-
"blicas: a)—si el enfermo no observa sus prescripciones, o por
"una u otra razón él resulta un peligro de contagio para otras
"personas; b)—o si el enfermo interrumpe el tratamiento y
"no puede probar que está tratado por otro médico o en un es-
"tablecimiento de asistencia médica".

C).—Aislamiento obligatorio.

Complemento obligado de los anteriores principios legales, es el concerniente al aislamiento obligatorio de todo venéreo que por manifestarse recalcitrante a someterse a un tratamiento científico, o por continar constituyendo foco de infección y peligro para su semejantes, es necesario recluirlo a un establecimiento de asistencia especial, mientras dure su período de contagiosidad.

Tal medida, que constituye una de las bases del reglamentarismo, se ha puesto en práctica especialmente para las prostitutas, a las que hay que impedir continúen ejerciendo su comercio, diseminando por lo tanto, gérmenes de su mal. Igualmente se ha establecido en los medios disciplinados, ejército y armada, confinando a los enfermos en los hospitales, o en las enfermerías regimentarias o de los barcos, a los soldados o marineros sifilíticos o blenorrágicos en su período de contagio, hasta que el tratamiento instituído puede ponerlos en condiciones de poder cohabitar con una mujer, sin trasmitirle su mal. Por último, se ha impuesto igualmente el trata-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

miento obligatorio, a los que eludiendo consejos y elementos de curación, abandonan toda terapia o se entregan a manos de profanos, con lo que cesa toda garantía de tratamiento.

Si bien los partidarios del abolicionismo, han argumentado contra esta medida como atentatoria a la libertad individual, se ha contestado con las mismas razones que existen para recluir a los afectos de otras dolencias, no menos graves y no menos peligrosas. El interés colectivo prima allí como en estos casos, y la defensa social obliga a esta limitación pasajera de la personalidad, en aras de un bien superior.

CONCLUSIONES.

1º—Toda persona afecta de una enfermedad venérea (sífilis, blenorragia o chancros blandos), está obligada a solicitar tratamiento médico de manos de un profesional autorizado por la ley, o, si sus recursos no lo permiten, presentarse en un consultorio de asistensia gratuita. Queda obligado igualmente a escuchar y seguir los consejos que para su curación y para evitar el contagio a otras personas, le sugiera el médico tratante.

2º—Los médicos que tengan a su cuidado a un venéreo, están obligados a hacer la declaración numérica de los casos en tratamiento, llenando los formularios especiales. A igual obligación quedan sujetos los médicos jefes de los establecimientos de asistencia.

Si algún enfermo abandona el tratamiento instituído o no cumple con las prescripciones indicadas, será denunciado por el médico tratante, con todos los detalles para su pronta identificación. Para esto los facultativos están obligados a llevar una ficha médica especial de cada enfermo, cuya copia remitirán junto con la denuncia.

Toda persona que, por cualquier motivo, tenga conocimiento de la enfermedad venérea de otro sujeto, y sepa igualmente que no se somete a un tratamiento científico, está obligada a formular su denuncia, verbal o escrita, ante la autoridad sanitaria respectiva.

3º—Las personas que afectas de una dolencia venérea, eludan por variadas circunstancias el tratamiento de su dolencia, o no escuchen los consejos de su médicco, así como los venéreos que pueden ser un peligro especial de contagio (prostitutas, soldados, marineros, etc.) serán obligatoriamente aislados, mientras se realiza su tratamiento, hasta que queden libres de la posibilidad de contagio.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Reumatismo agudo de Poncet

Por el Dr. MAX. GONZALEZ OLAECHEA
Profesor de Clínica médica en la Facultad de Medicina

Desde que Poncet en 1897 llamó por primera vez la atención sobre la posible existencia de procesos articulares de tipo inflamatorio cuya causa eficiente era la tuberculosis, separándose así de la doctrina clásica, que sólo consideraba como función de la tuberculosis, aquellas lesiones en que se comprobaba el tubérculo o folículo tuberculoso, se han presentado a la observación, un conjunto de hechos clínicos, anatomo patológicos y experimentales que parecen confirmar la doctrina emitida por el médico de Lyon.

Es muy significativa la observación de casos de *reumatismo inflamatorio de Poncet* en los que después de algún tiempo de evolución, se han comprobado *artritis fungosas típicas.*

Dieulafoy, Griffon, Barbier, Delbet, Millian han conseguido muchas veces, después de inyectar el líquido articular del *reumatismo inflamatorio,* tuberculizar el cobayo.

Arloing y otros observadores han obtenido bacilos de Koch de virulencia atenuada, los que inoculados no producían el folículo tuberculoso, sino lesiones congestivas, inflamatorias y después esclerosas.

Landouzy, Gougerot, Lannelongue, Millian, Canessa, Anzilloti, han conseguido *fluxiones articulares,* con la inyección de *tuberculina;* últimamente Dominici ha reproducido todas las lesiones de la *tuberculosis inflamatoria,* empleando toxinas difusibles del bacilo de Koch.

Dar y Courmont, inyectando el producto obtenido de *tuberculosis cutáneas,* han conseguido en unos casos *derrames articulares* y en otros *artritis fungosas.*

El reumatismo de Poncet se observa en los individuos afectos de tuberculosis localizada en algún órgano, como el pulmón, huesos, ganglios, etc. ya sea que esas lesiones estén en latencia o en actividad .

La patogenia del reumatismo de Poncet es discutida, pues mientras que este autor cree es generado por descargas tóxicas emanadas de los focos tuberculosos, y llevados por la circulación a las articulaciones en las que determinan reacción; otros como Bernard y Landouzy piensan que es la acción direc-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ta de bacilos de Koch de virulencia atenuada que producen la reacción inflamatoria.

Brault, Courmont y otros observadores niegan a las toxinas difusibles todo papel patogénico, para ellos sólo las toxinas adherentes o endotoxinas del bacilo tienen acción reaccional; sin embargo, experiencias recientes de Dominici están en contradicción con este modo de pensar, los resultados de sus investigaciones, prueban que las toxinas difusibles pueden determinar en el cobayo lesiones inflamatorias características.

Seguramente en el organismo tuberculoso, se producen no solamente descargas toxínicas o bacilares, sino ambos elementos a la vez, los que producirían *in situ* las reacciones inflamatorias que constituyen el reumatismo de Poncet; es muy significativo que en algunos de los casos de este *reumatismo*, se tuberculice el cobayo con la inyección de líquido articular; este resultado revela que en dicho líquido hay bacilos, que aunque poco virulentos, pero en algunos casos se reactivan, produciendo en el cobayo el folículo tuberculoso.

El reumatismo de Poncet puede tomar la forma *crónica, subaguda*, o *aguda* como el caso motivo de nuestra observación.

Los caracteres clínicos de esta última forma tienen cierta semejanza con el reumatismo articular agudo; pues como él se manifiesta por: tumefacción dolorosa de la articulación, rubicundez de la piel aunque menos intensa, dificultad en los movimientos, los que al efectuarse son dolorosos; reacción febril aunque menos marcada en algunos casos, nula en otros. Puede afectarse más de una articulación; la radiografía hace ver un enrarecimiento marcado de las epifisis; la reacción de Von Pirquet es positiva.

El paciente acusa tuberculosis activa o latente en algún órgano.

El tratamiento salicilado es ineficaz, en cambio, al uso de la tuberculina responde una mejoría progresiva que va hasta la curación.

El caso motivo de nuestra observación es el siguiente:

Víctor Rodríguez, de 21 años de edad, nacido en Trujillo, mestizo,, ingresó al hospital "Dos de Mayo", y ocupó la cama Nº 46 de la sala de San José, a nuestro servicio, el 8 de junio de 1925.

Su madre falleció a consecuencia de un parto, su padre es sano, no tiene hermanos ni hijos.

Como antecedentes morbosos acusa: hace mucho tiempo disentería, un año atrás adquirió un chancro que fué clasificado como blando; no ha tenido manifestación alguna en relación con la lues.

La reacción de Wassermann es dudosa, la de Von Pirquet es positiva.

Desde días ante de su ingreso al hospital, fué acometido de fuerte escalofrío seguido de fiebre y dolores generalizados. Al siguiente día apareció por debajo de la rodilla derecha una

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

hinchazón y dolor intenso, igualmente notó tumefacción dolorosa al nivel de la articulación falangino-falangítica del dedo izquierdo.

Al examen se nota tumefacción y dolor a la presión en la parte anterior de la tuberosidad interna de la tibia, en el lugar de inserción de los tendones de la *pata de ganzo;* el dolor se intensificaba marcadamente con los movimientos activos y pasivos de la articulación de la rodilla.

La articulación falanjino-falanjítica del dedo índice izquierdo, acusaba tumefacción blanda, rubicundez, dolor espontáneo y a la presión, imposibilidad de los movimientos de flexión y extensión, en cambio se podía imprimir a la articulación movimientos anormales laterales extensos.

Examinados los diversos órganos o aparatos, el único en que se encontró anormalidad era el aparato respiratorio; pues se notaba en el vértice del pulmón derecho, signos de condensación, tales como submatitez, pectoriloquia áfona, ligero soplo bronquial, aumento de vibraciones a la palpación.

Se notaban también signos de adenopatía traqueo-bronquíca, tales como: matitez a la percusión en las primeras vértebras dorsales y broncofonía que se percibía hasta la altura de la 3ª vértebra dorsal.

Nueve días después de su ingreso al hospital, apareció tumefacción en el puño izquierdo, con enrojecimiento, dolor espontáneo y a la presión; los movimientos activos de flexión y extensión de la articulación eran dolorosísimos, no así los pasivos que ocasionaban un dolor leve; lo que significaba que el proceso inflamatorio estaba localizado, más que en la superficie articular, en las vainas tendinosas que rodean el puño.

Los primeros días de estancia en el hospital fué sometido a un tratamiento salicilado con resultado nulo.

En virtud de la reacción de Wassermann dudosa que se obtuvo, se le sometió a un tratamiento antiluético, haciéndosele una serie de inyecciones de biyoduro de hidrargirio, con resultado también negativo.

Teniendo en cuenta la ineficacia del tratamiento empleado y considerando que nuestro caso no podía referirse sino a un *Reumatismo inflamatorio agudo de Poncet*, para cuyo diagnóstico teníamos fundamento, tanto por la lesión apagada del vértice del pulmón derecho, cuanto por la adenopatía traqueo-bronquica positivamente de naturaleza tuberculosa, como lo corroboraba la reacción de Von Pirquet positiva y la imagen radiográfica de la articulación falángica del dedo índice afecto que hace ver un enrarecimiento marcado de las epífisis articulares.

Se le sometió en consecuencia al tratamiento específico empleando la tuberculina vieja de Koch. Comenzando por inyectar un décimo de la solución al millonésimo y aumentando progresivamente un décimo cada tres días, y llegando a soluciones más concentradas de 100.000, 10.000, 1.000 y 1 por 100;

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

terminándose la serie con un centímetro cúbico de esta última dilución.

Con este tratamiento se inició una mejoría marcada y progresiva; de modo que en la actualidad, el dolor e hinchazón de las partes afectas ha desaparecido, recuperando su movilidad; en la segunda radiografía del dedo índice después del tratamiento, se puede apreciar que el enrarecimiento de las epifisis ha sido reemplazado por una sombra normal.

El caso motivo de nuestra observación es por demás sugestivo; el resultado favorable del tratamiento tuberculínico comprueba primeramente el diagnóstico etiológico de *Reumatismo tuberculoso agudo de Poncet,* localizado en la articulación falanjino-falanjitica del dedo índice izquierdo, puño derecho y vaina tendinosa de los tendones de la pata de ganzo derecha.

No puede tratarse de un *Reumatismo agudo ordinario,* pues aparte del dolor y la tumefacción, que han sido menos marcados que en éste; la medicación salicilada ha sido ineficaz y sobre todo la imagen radiográfica que hace ver en nuestro caso rarefacción de las epifisis articulares no se observa en el reumatismo agudo.

No se trata tampoco de un *Reumatismo sifilítico,* pues en éste la tumefacción articular es más consistente, la radiografía hace apreciar condensación ósea y no enrarecimiento, que sólo se observa a veces circunscrito y el que es debido generalmente a nódulos gomosos, pero rodeados siempre de la sombra que dá el tejido óseo condensado; por último, en nuestro caso el tratamiento antiluético, no sólo ha sido ineficaz, sino que en el curso de él, apareció una nueva manifestación en el puño derecho.

La falta de antecedentes *gonocócicos,* hace desechar un *reumatismo* de este origen.

La incorporación del Dr. Juan Voto Bernales a la Academia Nacional de Medicina

DISCURSO PRONUNCIADO

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Sr. Presidente de la Academia:
Sres. Académicos:

Singular coincidencia ha hecho que yo presente la salutación al nuevo miembro doctor Juan Voto Bernales, que hoy se incorpora al seno de la Academia Nacional de Medicina, de acuerdo con el ceremonial establecido en una reciente reforma del reglamento que pide cierto fausto a estas actuaciones, porque ellas constituyen momentos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

solemnes en la institución y en la vida médica individual, oasis en medio de nuestro rudo batallar contra la muerte.

Si no fuese porque conceptúo mandato ineludible la amable indicación de nuestro presidente; si no me uniesen al recipendiario lazos de viva simpatía e identidad de ideales profesionales; si, en fin, no contase de antemano con la benevolente indulgencia de mis compañeros de Academia, me habría excusado de pronunciar este saludo en la más alta tribuna científica de nuestra patria y en ocasión tan memorable.

El doctor J. Voto Bernales suscita en mí emociones y recuerdos espirituales del más elevado significado: pertenece a la escuela del llorado maestro doctor Ernesto Odriozola, que supo dejar huella luminosa de su paso y que fué maestro de las actuales generaciones médicas, cualquiera que sea el criterio que éstas posean sobre la continuidad imperecedera de la obra docente.

Cuando por la sensible desaparición del doctor Manuel A. Velásquez, solicitó el doctor J. Voto Bernales ocupar la vacante, la enorme simpatía de que goza se exteriorizó en la elección unánime que alcanzó su postulación, que hoy se consagra incorporándolo según las nuevas disposiciones del reglamento.

Voto Bernales es personalidad médica bastante conocida para que me detenga a delinearlo. Médico de gran corazón, caballero sin tacha, amigo sincero y devoto cultor de las más nobles prácticas sociales, reúne, pues, las prendas personales que hoy por raras más se estiman, dado el arribismo atropellador y las concupiscencias inconfesables.

Hay que verlo con la asiduidad con que concurre diariamente al hospital, para comprender el amor que tiene por su profesión; hay que tratarlo en el ejercicio diario y en la vida interprofesional, para aquilatar el valor de la ética que profesa y su respeto por las más puras tradiciones hipocráticas.

Con él no reza la *envidia medicorum*, que dijo el otro; en él sólo hay dignidad profesional, exenta de anómalas suspicacias y de torcidas reticencias; es por estos motivos factor destacado en nuestra profesión y será un elemento de prestigiosa ponderación en nuestra casa. Por esto se le recibe con alegría; la Academia se viste de gala y los manes de la institución nos acompañan en estos momentos.

Ha hecho bien la Academia en rodear de pompa el ingreso de los nuevos elementos que la integren; se ha adherido así al ritual que siguen instituciones similares, que más que por tradición, por un elevado concepto de las manifestaciones de la actividad médica, fomentan estas reuniones, que mucho dicen del nivel cultural del grupo, al conservar el abolengo de las primitivas reuniones de Academus.

Nuestro nuevo compañero de labores ha traído como trabajo de incorporación un estudio sobre "La Diatermia", recientemente ingresada a la terapéutica moderna y, por sus entusiasmos, a los elementos curativos empleados entre nosotros.

Puede decirse, sin hipérbole, que la Diatermia constituye uno de los medios más útiles para tratar numerosas enfermedades y que los

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

resultados referidos por los que la aplican son tan brillantes y decisivos que convencen al más escéptico.

La diatermia es la consecuencia del conocimiento de la corriente de alta frecuencia, debida como ésta a la preciosa observación de d'Arsonval, quien fué el primero que señaló los efectos térmicos de la corriente que había descubierto.

A los nombres de d'Arsonval, Zeynek, Bordier y Leconte y Víctor Maragliano, los primeros que estudiaron la Diatermia, se han unido numerosos experimentadores, aportando un caudal considerable de conocimientos sobre este elemento terapéutico, hoy ya de sobra conocido.

La diatermia se diferencia de los otros medios termoterápicos usuales, porque la formación del calor en las profundidades del organismo, no se debe a consumo de energía, sino a la transformación de la electricidad suministrada por los aparatos.

Esta transformación de la energía eléctrica en calor, se hace de acuerdo con la teoría electrónica, con las leyes de Joule y con la resistencia eléctrica.

Por la primera, se explica la producción del calor sabiendo que en los metales hay átomos de los que pueden desprenderse algunos electrones, que al circular libremente durante un cierto tiempo, así como los átomos disociados, por el paso de una corriente al través de un conductor, provocan desprendimiento de energía, que se transforma en calor como consecuencia de la resistencia orgánica.

El calor producido está en relación con la intensidad de la corriente y con la velocidad del movimiento de los electrones, que al chocar entre sí transforman la energía eléctrica en calor.

Según las leyes de Joule la electricidad al transformarse en calor, lo hace de acuerdo con la resistencia del circuito, la intensidad y la duración del pasaje de la corriente.

El calor producido, por último, está en relación con la resistencia eléctrica del circuito mismo, para lo que hay que considerar su resistencia específica, su longitud y su sección.

Estos son los fundamentos básicos sobre los que reposa la teoría de la Diatermia, que de modo tan cabal ha expuesto el nuevo académico; sobre ellos ha nacido un nuevo agente terapéutico que ha sacado sus aplicaciones prácticas, de sus propiedades fisiológicas, sea para utilizar su acción analgésica y antiespasmódica, sea su poder resolutivo y exitador del metabolismo.

Desde el punto de vista de la clínica, las indicaciones de la diatermia pueden resumirse así: Médicas, cuando se desea acelerar la nutrición; Quirúrgicas cuando se intenta emplear su poder destructivo y coagulante en una área limitada del organismo.

La diatermia se ha aplicado en numerosas enfermedades: en dolencias del aparato respiratorio; en trastornos de la circulación sanguínea y en diversas vasculopatías; en procesos de sede gastroenteral, orgánicos y funcionales; en las afecciones del aparato génitourinario; en las enfermedades del sistema muscular y osteoarticular; en disturbios neurógenos, sean de tipo álgico, vásculo-simpático, neuropsíqui-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

co o de la tonicidad estática y dinámica, en otorino-laringología en Dermatología, etc., etc.

La oportuna y exacta relación que de estas indicaciones ha hecho el doctor Voto Bernalese, no necesita ampliarse; él ha revisado las más importantes, aportando su experiencia personal, debidamente controlada por el más exigente estudio clínico del enfermo, única forma para no desacreditar al agente terapéutico.

Tales son, brevemente espuestos algunos comentarios al trabajo sobre Diatermia presentado por el nuevo académico y formulados de acuerdo con las prácticas establecidas; no los presento con saber propio, pero quiero aprovechar la oportunidad para felicitarlo por sus serenos entusiasmos sobre este método terapéutico, al cual está reservado inmenso porvenir, que él vaticina con amplio conocimiento de causa, y a cuyos atisbos me adhiero sin reservas.

Señores académicos: al dar la bienvenida al doctor Voto Bernales, permitidme que le exprese mi gran afecto, reconociendo la inmensa prueba de aprecio que me ha dado, al buscarme como colaborador en sus tareas en el hospital "Dos de Mayo", donde prodiga su obra de médico altruista, siguiendo la estela luminosa que dejara un fulgente maestro fernandino, cuya memoria será tan imperecedera, cuan grande fué su corazón.

Estoy seguro cuando afirmo que el ingreso de Voto Bernales a la Academia Nacional de Medicina, no sólo es su consagración profesional, sino el reconocimiento de sus prendas morales, de su honradez médica y de su caballerosidad sin límites. Por eso me congratulo en servir de lazo efusivo, entre los de esta casa y el nuevo académico, al que puede aplicarse esta sentencia de Lessing: "La que constituye el valor de un hombre no es la verdad que él posea, sino el esfuerzo y la sinceridad con que ha procurado descubrir esa verdad".

Tiendo la mano al doctor Voto Bernales en este solemne momento, lleno de sinceridad y con el mismo amor de ustedes.

Conferencias

ASPECTO MEDICO SOCIAL DE LA PROTECION A LA MADRE.

En la "Asociación Cristiana de Jóvenes" disertó el Dr. Car- A. Bambarén, el 8 de mayo, *día consagrado a la madre*, desarrollando el tema del epígrafe.

El Dr. Bambarén inició su conferencia manifestando que hablaba en nombre de la "Liga Nacional de Higiene y Profifilaxia Social", presidida por el Dr. Avendaño, y que al desarrollar el tema comprendía su vastedad e importancia. La protección médico-social de la madre, dijo, preocupa en todas par-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tes, porque se comprende que sobre ella reposa la resolución del problema del cuidado de la infancia, que eficazmente realizado asegura el progreso de la especie. A la madre hay que protegerla durante toda su vida, pero las atenciones deben ser especiales durante el embarazo, y la vigilancia médica es cosa recomendada por los sociólogos y hombres de ciencia. Es necesario llegar a la obligatoriedad del registro de las embarazadas, agregó, creándose el carnet o cartilla obstétrica para de esta manera, poder luchar intensa y eficazmente, contra tres peligros que acechan a la mujer en ese momento de su vida: la tuberculosis, la avariosis y el alcoholismo, peligros que repercutirán sobre el fruto de sus entrañas.

Estudió después, en forma somera, la conveniencia de crear el certificado médico prematrimonial y la promulgación por el Estado de una ley eugénica; analizó la conveniencia de prohibir el trabajo de la mujer embarazada; de crear una inspección médica del trabajo de la mujer para que éste no perturbe el fisiologismo femenino; reclamó la urgencia del seguro de maternidad que comprenda a todas las que contribuyen a su sostenimiento por medio del trabajo; dijo que con esta medida de previsión social se asegura una asistencia esmerada y se aminoran las cargas del Estado. Abogó también por una legislación que permita la investigación de la paternidad, de acuerdo con los códigos de muchos países adelantados. Sostuvo el doctor Bambarén, que para contribuir científicamente al amparo moral de la mujer embarazada, es necesario que exista un cuerpo de Visitadoras sociales, y que, a semejanza de lo preceptuado en el Código Penal de muchos países, se disponga que los hombres que abandonen a una mujer en estado interesante, respondan por los actos punibles que ésta practique, siempre que estén en relación con el estado de madre y con el producto de su concepción.

Terminó manifestando que es menester luchar todavía contra muchos prejuicios que rompen la distinción entre madre soltera, casada, rica o pobre; que la protección a la mujer durante su embarazo, es acto obligatorio, por imperativos sociológicos, por consideraciones específicamente humanas y, sobre todo, por los mandatos de la medicina social que atisba todos los problemas que merman el capital humano, para resolverlos en la forma más adecuada.

Medicina, Sociología y Derecho, aunados científicamente, fueron las normas de la conferencia del doctor Bambarén, que planteó, estudió y orientó todos los temas con valentía, elevada moralidad y sabios consejos.

HIERRO QUEVENNE
de PARIS. — El mas activo y economico, el único Hierro INALTERABLE en los paises cálidos.
Exigir el Verdadero con el Sello de la "UNION DES FABRICANTS".-
ANEMIA
CLOROSIS, DEBILIDAD
Aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Notas Terapéuticas

EL ALLONAL EN LOS ESTADOS MELANCOLICOS.— J. Vinchon y más recientemente la Dra. Fournier, han reanudado las experiencias bien conocidas de Combemale, Courteville y Nayrac, y han estudiado el allonal en neuropsiquiatría. Así como el sedobrol, bromuro disimulado, parece ser el medicamento de elección en todos los estados de hiperexitabilidad o de depresión de origen nervioso, y el somnifene infinitamente manejable, soluble e inyectable, da los mejores resultados como sedativo e hipnógeno en los servicios de nerviosos y en los Asilos, Casas de Saiud e igualmente en la práctica diaria, el allonal parece ser sobre todo un calmante notable, el cual se halla particularmente indicado en las algias de cualquier origen que sean y además es un sedativo progresivamente hipnógeno, muy útil en los insomnios causados o mantenidos por el dolor.

Dos elementos hay que considerar en los melancólicos: por una parte la ansiedad y por otra las perturbaciones cenestésicas y las ideas hipocondríacas, éstas manteniendo a menudo aquella. El *allonal* influye sobre la hipocondría y las perturbaciones cenestésicas, mientras que la angustia se halla poco influenciada; además, contra el elemento dolor, el allonal es bastante eficaz para substituir a la morfina y a la escopolaminamorfina; igualmente desde el punto de vista hipnotico, ha dado resultados constantes, lo mismo que sobre el simpático; en una palabra, el empleo del allonal es indispensable no solamente en neuropsiquiatría sino también en la práctica diaria; las propiedades particularmente especiales de este analgésico reforzado, pueden utilizarse constantemente.

Noticias

HOMENAJE AL DOCTOR EDMUNDO ESCOMEL.—El "Ateneo de la Juventud" de Arequipa, que está presidido por el doctor Edmundo Escomel se propone rendirle homenaje de admiración y cariño al hombre que en el terreno de la ciencia ha sabido conquistar para la patria glorias puras e inmarcecibles.

Aunque hasta la fecha no se ha dicho en qué consistirá el homenaje, *"La Crónica Médica"* se adhiere con todo entusiasmo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Bibliografía

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE BISMUTH par Georges Drouet.—*Maloine, editeur.*—París 1926.—8 francos.

Es necesario el conocimiento, por todos los prácticos, del tratamiento de la sífilis por los compuestos bismutados. En esta obra del Drouet se expone con claridad la técnica francesa, precisa, y con sanción de la práctica.

La gran acogida que la obra ha tenido, está probada por esta tercera edición, ampliada en relación con las anteriores, y puesta al día con las modernas adquisiciones en el domnio del tratamiento de la sífilis con las preparaciones bismutadas.

LAS FUERZAS CURATIVAS DEL ESPIRITU por el Dr. Austregeliso.—Volumen en 4° de 160 páginas.—Editorial Manuel Main.—Barcelona, 1926.

Este libro, debido a la privilegiada pluma de uno de los maestros y ferviente apóstoles de la psicoterapia, el ilustre profesor brasileño Austregesilo, es un tratado escrito sencillamente, sin pedantería, sin exageramiones y desdenes. En estilo sobrio expone los fundamentos de la terapéutica psíquica, estudiando luego los métodos curativos aquilatados por el autor y apoyados en su observaciones personales. La amenidad de su lectura, l aclara exposición de la doctrina psicoterápica, el detallado relato de curiosísimoss casos y las enseñanzas que se derivan en una de las ramas actualmente de más palpitante interés en la Medicina, contribuyen a que sea este libro uno de los más útiles, no sólo para el psiquiatra, sino también para el médico general.

LA SIERRA Organo de la Juventud Renovadora Andina

Dirección: J. Guillermo Guevara

LA CONDESA, 152 LIMA - PERU

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La úlcera gástrica y duodenal sifilíticas

Por los doctores

JUAN VOTO BERNALES y CARLOS A. BAMBAREN

Los azares de la clínica nos han permitido observar en el servicio Ernesto Odriozola del hospital "Dos de Mayo", varios casos de síndrome ulceroso gastroduodenal, de etiología netamente sifilítica, que encierran grandes enseñanzas y plantean problemas del más grande interés clínico.

La sífilis visceral se despista cada día más y mejor: más, por su extraordinaria frecuencia, llegando a alcanzar en nuestro servicio, donde se la investiga sistemáticamente, el 30 por ciento del total de pacientes que se alojan; mejor, porque formado el cuerpo de doctrina, el que contribuyera el genial Fournier, es posible buscar los estigmas de las formas heredadas o las huellas de la lues adquirida.

De entre nuestro historial clínico, llevado con esmero desde 1922, hemos entresacado los casos que corresponden a síndrome ulceroso gastroduodenal, dejando de lado aquellas gastropatías sifilíticas no ulcerosas, con las que próximamente esperamos hacer un trabajo de conjunto, para que no falte la aportación peruana a tema tan interesante, que hoy apasiona en el mundo sabio y que está suscitando numerosas contribuciones.

Andral es quien señaló en 1834 la primera observación de la localización gástrica de la sífilis, transcurriendo un tiempo bastante considerable, hasta que Klebs y Cornil, en 1874, realizan el primer estudio anatomopatológico.

Después, son varios los autores que se han preocupado del asunto, pero de modo fragmentario, casi siempre describiendo algún caso, que frecuentemente se ha calificado de raro. Este concepto se ha adherido tanto a la mentalidad de los clínicos, que durante mucho tiempo se ha considerado como muy rara la sífilis gástrica, y mucho más la etiología luética de los procesos ulcerosos gastroduodenales.

Fué Fournier, quien con su genio clínico, revisó los conceptos que se poseían hasta su época de las manifestaciones gástricas de la sífilis, sintetizando las opiniones reinantes y añadiendo sus ideas nosológicas, que bien pronto recogieron sus discípulos, especialmente Barbier, que en 1904 recopiló todo el material publicado, tanto en Francia como en el extranjero.

Universidad del Perú. Decana de América

Posteriormente Pater, en su tesis para el doctorado, estudió el asunto desde el punto de vista anatomopatológico, precisando la calidad de las lesiones y las deducciones a que pueden dar lugar los hechos conocidos.

Son varios los estudios europeos que habría que citar si pretendiéramos hacer en este momento un trabajo completo sobre la materia que nos detiene; los nombres Gaillard, Hayem, Dieulafoy, Mathieu, Lion, Leven, Lacapere, Grandjean, en Francia; los de Chiari, Lombardi, en Italia; los de Boas, Brains, Glasser, etc., etc., en Alemania, etc., serían los principales.

En América hay trabajos publicados por Lorenzo Moss, Mariano Castex, Delfor del Vella, Bullrich y Héctor Dasso, Ormaechea, y J. Ruiz, en la Argentina; Eduardo Monteiro, Oswaldo Oliveira, y Oscar Clark, en el Brasil, etc.

De todos estos trabajos los de Grandjean, en Francia y Castex, en la Argentina, son los más novedosos. El primero que introduce el concepto de la *dispepsia gástrica sifilítica* y considera el goma sifilítico, la forma seudocancerosa, la úlcera gástrica o duodenal, como estado diferentes de un mismo proceso que se inicia con la simple dispepsia gástrica luética. Castex, porque agrega a los conceptos reinantes, el suyo muy original, de que los síndromes ulcerosos gastroduodenales, se deben a la actuación etiopatogénica de la sífilis hereditaria tardía.

Estos estudios del profesor bonaerense que datan de 1917, han dado personalidad a un concepto novedoso en gastropatología, que sus investigaciones personales y las realizadas por sus discípulos, han afirmado más y más, de modo que se ha abiérto un nuevo horizonte para la clínica y las indicaciones terapéuticas de este proceso, que cada día se hace más frecuente por los progresos de las métodos diagnósticos.

Las afirmaciones de Mariano R. Castex son tan categóricas, que llega a afirmar, que a semejanza de las aortitis, al aneurisma, etc., la úlcera gástrica o duodenal, hay que considerarla como una manifestación indiscutible de la sífilis hereditaria tardía.

He aquí la casuística que presentamos:

OBSERVACION 1

Ulcera gástrica por heredosífilis.—Gastrorragia postmedicamentosa.—Tratamiento antisifilítico.—Curación del proceso gastropático.—Persistencia de la curación cuatro años después.

P. R., de 22 años de edad, de raza india, estado civil soltero, nacido en Ancash, procedente de Lima y de ocupación empleado.

Ingresó al Servicio Ernesto Odriozola, del Hospital "Dos de Mayo", el 6 de enero de 1922, ocupando la cama N° 47 y correspondiéndole en el registro clínico del servicio la historia clínica N° 32.

Refiere el enfermo que su padre murió de "Costado y pulmonía", que su madre está viva, padeciendo en la actualidad de cefalalgias fre-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

cuentes y una afección ocular que no precisa con claridad. Han sido diez hermanos, de los cuales tres han muerto de viruela; los vivos son sanos.

Entre los antecedentes personales señala aparición tardía de las primeras manifestaciones del psiquismo, pues, comenzó a hablar a los dos años y medio; igualmente dice que se retardó para deambular.

Menciona entre los procesos morbosos que ha padecido: viruela hemorrágica, a los seis años de edad; blenorragia contríada el año 1921, que curó en pocos días y disentería en noviembre del mismo año. Por esta enfermedad se hospitalizó.

Refiere el paciente que desde 1916 padece, de modo intermitente, de epigastralgias, que desaparecían por la ingestión de alimentos cuando se presentaban en los momentos interdigestivos. En otras oportunidades los alimentos han exacerbado los dolores, que alcanzaban su máximo de intensidad a la hora y media de haber comido. Dice que esta sintomatología del principio se acompañó bien pronto de náuseas y vómitos, que muchas veces calmaban las algias. Los vómitos alimenticios, con mucocidades y muy ácidos, al principio, se hicieron amargos y amarillos, con los caracteres de la bilis.

Encontrándose en el hospital y constipado, ingirió, en días sucesivos, dos purgantes salinos, que produjeron varias cámaras, náuseas y vómitos. El estado hiperemésico que se instaló bien pronto duró dos días; pero si al principio los vómitos eran ácidos, mucosos y de aspecto bilioso, después fueron verdaderas hemorragias que persistieron durante tres días, razón por la cual se le trasladó del servicio donde estaba hospitalizado a la sala Odriozola.

El examen clínico del enfermo reveló lo siguiente:

Sujeto de regular constitución, bien conformado y de talla mediana.

Cráneo mesocéfalo; cabello bien implantado. Ojos con motilidad y reflejos normales. Dientes en buen estado de conservación; los incisivos superiores mal implantados.

En el cuello tiroides palpable por la maniobra de Marañón.

Tórax bien conformado; la respiración es de tipo costal superior, con 24 incursiones por minuto. Los pulmones están normales, no hay tos ni expectoración.

En el aparato circulatorio se descubre apagamiento de los ruidos cardíacos en todos los focos de auscultación. El pulso late 64 veces por minuto y aparentemente es de baja tensión.

En el abdomen la palpación comprueba una zona dolorosa periumbilical que asciende hasta el epigastrio. Este dolor es espontáneo y lo exacerba la presión. A la palpación profunda se comprueba defensa de los planos musculares en la mitad superior del abdomen.

El enfermo se queja de constipación, y estado nauseoso que va hasta el vómito; las substancias vomitadas son de color negruzco, "poso de café". Una defecación, hecha al segundo día de su ingreso al servicio, tuvo todos los caracteres de la melena.

El hígado y el bazo se encontraban normales; el espacio de Traube, libre.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En la tibia y en las clavículas se hallaron rugosidades bien manifiestas y en la región inguinocrural micropoliadenopatía.

Los reflejos tendinosos y mucosos, normales. El nervio frénico estaba doloroso a nivel de la inserción inferior del músculo esternocleido mastoideo izquierdo.

Los demás órganos y aparatos normales. En los primeros días hubo insomnio.

El examen de la sangre dió el siguiente resultado:

Hematíes		4.800.000
Leucocitos		10.000
Granulocitos	neutrófilos	38 %
„	eosinófilos	6 %
„	basófilos	0 %
Monocitos		14 %
Linfocitos		42 %

La reacción de Wassermann practicada en el suero sanguíneo dió resultado positivo intenso.

En el examen de orina el análisis espectral reveló ligera banda de urobilina.

Durante todo el tiempo de su permanencia en el servicio, el enfermo estuvo apirético.

El tratamiento consistió en lo siguiente:

En los primeros momentos que siguieron a la hematemesis, suero hemostático, bolsas con hielo para refrigerar el epigastrio y extracto de tebaico para disminuir el peristaltismo gastrointestinal. Después, se hizo una cura intensiva por medio de neosalvarsán e hidrargirio, inyectándose al enfermo dos series del preparado arsenical que estuvieron intercaladas con veinte ampollas de un centigramo cada una de cianuro de mercurio.

Con este tratamiento el enfermo consiguió la desaparición de todos los síntomas gástricos que le molestaban, y desde esa fecha concurre periódicamente al servicio, sin haber presentado nueva hematemesis, ni sufrir de padecimiento gástrico. Se mantiene la curación desde hace cuatro años.

OBSERVACION 2

Ulcera duodenal por heredolués.—Estigmas de sífilis hereditaria.—Tratamiento antisifilítico por el método de Leven.—Curación del síndrome gastroduodenal, que persiste desde hace dos años.

F. S., 53 años, raza mestiza, peruano, procedente de Arequipa, empleado.

Ingresó al Servicio Ernesto Odriozola del Hospital "Dos de Mayo", cama 45, el 13 de abril de 1922. Historia Nº 197.

Refiere que sus padres han muerto de "pulmonía"; que han sido tres hermanos, de los que uno falleció de dengue, y que de ocho hijos que ha tenido, una falleció de escarlatina.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Entre sus antecedentes patológicos cuenta haber hufrido de disentería a los doce años; tifus exantemático algún tiempo después y balanopostitis chancrosa, sin que pueda precisarse la naturaleza de esta lesión venérea. En 1918 sufrió fractura del fémur izquierdo, que por defectuosa consolidación ha producido el acortamiento del miembro.

Desde hace seis años sufre de epigastralgias que se propagan a la región dorsal. Este dolor que se presentaba de preferencia en la noche y se atenuaba, sin desaparecer, por la ingestión de alimentos, se acompañaba de acedías, pirosis y estreñimiento.

El enfermo dice que después de sufrir este padecimiento un tiempo más o menos largo, se amortiguó tanto que desapareció.

Se hospitaliza porque sufre nuevamente, desde hace un año, todos los síntomas ya enumerados. Los fenómenos de gastricismo son más intensos que en épocas anteriores, a tal punto que dice encontrarse en perpetuo dolor epigástrico, que sólo calma la ingestión de alimentos. Se queja también de sialorrea.

El examen clínico levantado el 14 de abril dió el siguiente resultado:

Desarrollo porporcionado, regular estado nutritivo, buena conformación, panículo adiposo escaso; el sujeto dice haber enflaquecido.

El cráneo es mesocéfalo, el cuero cabelludo con alopecia frontooccipital. Los ojos tienen su motilidad conservada, las pupilas reaccionan a la luz y a la acomodación. Hay mala implantación dentaria y algunas piezas cariadas.

El tórax está poco carnoso. En el aparato respiratorio se comprueban estertores sibilantes en la base del pulmón izquierdo; el tipo respiratorio es costal inferior, con veintidós respiraciones por minuto. En el aparato circulatorio no hay particularidades dignas de mencionarse.

Hay poliadenopatía inguinocrural.

El abdomen está deprimido, por la palpación superficial no se encuentra nada anormal; la palpación profunda descubre dolor en el epigastrio y chapoteo gástrico. La exploración del hígado no revela nada anormal. El bazo no se palpa, ni se percute fuera de su zona normal.

Durante toda la permanencia del enfermo en el servicio no hubo reacción febril.

El examen de sangre dió el siguiente resultado:

Hematíes	3.800.000
Leucocitos	6.200
Polinucleares neutrófilos	60 %
Monocitos	9 %
Linfocitos	31 %

La reacción de Wassermann practicada en el suero sanguíneo resultó fuertemente positiva.

El examen del recogido gástrico hecho por el método fraccionado, dió el siguiente resultado:

Abundante recogido gástrico en ayunas (145 c. c.), con abundante sedimento. El ácido clorhídrico libre sólo se presentó en la cuarta

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

muestra arrojando su apreciación cualitativa 0.54 por 1000, la acidez total sólo llegó a 1,16. Había sangre.

El enfermo fué sometido a intensa cura mercurial, siguiéndose la técnica que recomienda Leven, mediante la cual se utilizan diversas vías de absorción en los preparados hidrargíricos, preferentemente la vía rectal. Con este tratamiento mejoró bien pronto; los fenómenos de gastricismo se atenuaron bastante y visto en 1925 ha declarado que no padece de trastornos gástricos desde la vez que estuvo hospitalizado.

Para mantener esta curación clínica, el paciente ha recibido en 1923 y 1924, una serie, cada vez, de neosalvarsán.

OBSERVACION 3

Ulcera del estómago por sífilis adquirida.—Fenómenos hemorrágicos (hematemesis y melena).—Tratamiento antisifilítico, mejoría de los síntomas gastropáticos.

B. P., 31 años, mestizo, casado, nacido en Lambayeque y procedente de Lima.

Ingresó al servicio Ernesto Odriozola, después de dos años de enfermedad, el 4 de septiembre de 1923, cama 40. Registro clínico Nos. 1071 y 486.

En la anamnesis de este enfermo no se recoge dato importante en los antecedente hereditarios.

Refiere haber padecido de sarampión en la infancia. En la edad adulta, reumatismo que duró tres meses a los 19 años de edad; chancro único, del cual ha quedado una huella cicatricial en el prepucio, a los 21 años.

La enfermedad actual ha comenzado hace dos años, presentándose media hora después de las comidas epigastralgias acompañadas de eructos, pirosis y flatulencias. Por estos trastornos cambió de localidad y, según refiere el paciente, mientras faltó de Lima desaparecieron los trastornos gástricos, que tuvieron diez meses de duración. En esta época dice haber arrojado sangre por la boca *(¿hematemesis?)* y eliminado por el recto materias fecales líquidas de aspecto de chocolate *(¿melena?)*.

Vuelto a Lima el enfermo, comienza a sufrir de dolor epigástrico muy intenso, media hora después de ingerir los alimentos; los vómitos que siguen a esta algia le producen alivio.

El examen clínico, revela: sujeto en regular estado de nutrición. Los dientes se encuentran mal conservados y faltan varias piezas dentarias. No hay particularidades dignas de mención en la faringe, amígdalas y paladar.

En el aparato respiratorio y circulatorio, todo parece estar normal.

Hay micropoliadenopatía inguinocrural.

En el abdomen la palpación descubre dolor exquisito en el epigastrio y en el plexo solar.

La percusión señala zona timpánica en la misma región. No hay chapoteo gástrico.

Existen hemorroides externas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El espacio de Traube está libre y el bazo no se palpa.
El examen de sangre dió los siguientes datos:

Hematíes	3.160.000
Leucocitos	6.000
Polinucleares neutrófilos	70 %
Mononucleares	6 %
Linfocitos	24 %

La reacción de Wassermann en el suero sanguíneo resultó francamente positiva.

El examen roentgenológico practicado por el doctor Esteban Campodónico dió los siguientes datos: siete horas después de ingerida la comida opaca se encontró retención gástrica y en la porción inicial del colon transverso se comprobó la existencia de la papilla bismutada. En el ángulo esplénico del colon y en el colon descendente existía aire. Por las maniobras respectivas se comprobó que el pasaje del estómago al duodeno de la comida bismutada se efectuaba con mucha dificultad, revelando un obstáculo a nivel del píloro. El estómago estaba animado de contracciones lentas y enérgicas.

El quimismo gástrico fraccionado dió el siguiente resultado:

Residuo gástrico en ayunas en moderada cantidad (45 c. c.), en el que se descubre sangre.

La cifra máxima de ácido clorhídrico libre se presentó en la cuarta muestra, llegando solamente a 0.72; la acidez total fué de 1.45. Había sangre en todas las muestras.

Durante el tiempo de su permanencia en el servicio se le sometió a tratamiento antisifilítico por medio de inyecciones de neosalvarsán, y los resultados fueron magníficos, tanto en el sentido de la mejoría de sus trastornos gástricos, cuanto en el aumento de peso del sujeto que tenía 62 ½ kilos al iniciar la terapéutica salvarsánica, llegando al fin de la primera serie a 66 kilos. Además recibió varias inyecciones de sulfato neutro d e atropina para combatir el hiperacidez que él decía padecer.

Al abandonar el paciente el hopital, el 7 de octubre, se encontraba mejor de sus trastornos gástricos.

OBSERVACION 4

Ulcera gástrica por heredolués.—Estigmas de sífilis hereditaria.—Fenómenos hemorrágicos (hematemesis).—Adenopatía traqueobrónquica.—Medicación antisifilítica.—Mejoría.

D. M., 29 años, mestizo, soltero, natural de Ancash, y procedente de la hacienda Palpa (Provincia de Chancay), donde se dedica a las faenas agrícolas.

Ingresó al servicio Ernesto Odrizola del Hospital "Dos de Mayo", cama 38, el 1º de enero de 1924, después de año y medio de padecimiento, correspondiéndole en el registro clínico del Servicio los números 1234 y 650.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Refiere que su padre murió, ignorando la causa del deceso; que su madre está viva y sana; que han sido cuatro hermanos, dos fallecieron de corta edad, y que, por último, no tiene hijos.

Entre sus antecedentes morbosos recuerda haber padecido viruela y gripe, en varias oportunidades. En 1918 sufrió proceso febril de quince días de duración, que se acompañó de intensa cefalalgia, coincidiendo esta morbosis con una epidemia de tifoidea que grazó en esa época en la ciudad de Huaraz, lugar en el que residía entonces. Después ha padecido de paludismo por espacio de nueve meses, blenorragia que exigió un mes de curación y trastornos dispépsicos de tipo ácido. Niega haber contraído chancro.

La enfermedad que lo obligó a hospitalizarse comienza hace año y medio, iniciándose con trastornos digestivos integrados por "vinagreras" frecuentes después de las comidas, náuseas y vómitos, que al principio fueron ácidos y después se tornaron amargos. Desde hace un año los trastornos gástricos han cobrado mayor intensidad, el enfermo experimenta después de ingerir alimentos, ardor y sensación dolorosa; expresa que padece frecuentemente de eructos y que también sufre de sialorrea preferentemente en el día, siendo la secreción salivar de aspecto filante. Refiere, igualmente, perturbaciones de la motilidad intestinal, caracterizada por constipación de cinco a seis días de duración.

El examen clínico del paciente demostró: sujeto en regular estado de nutrición.

Paladar ojival y anisodontismo.

A la auscultación estertores crepitantes y subcrepitantes en ambos pulmones; el tipo respiratorio era costoabdominal, había tos con expectoración mucopurulenta.

El reflejo oculocardíaco fué positivo, pues antes de la compresión ocular hubo 72 pulsaciones por minuto y 56 después.

Había micropoliadenopatía inguinocrural.

La palpación profunda despertaba dolor en la región epigástrica y descubría cuerda cólica.

El examen del hígado no reveló nada anormal, lo mismo que el del bazo.

El recuento celular de la sangre dió el siguiente resultado:

Hematíes	3.800.000
Leucocitos	8.000
Polinucleares neutrófilos	68 %
„ eosinófilos	1 %
Mononucleares	4 %
Linfocitos	27 %

La reacción Wassermann resultó débilmente positiva en el suero sanguíneo.

Doce días después de hospitalizado el enfermo presentó hematemesis que obligó a emplear suero hemostático y medicación antisifilítica, después de la cual la reacción de Wassermann se hizo francamente positiva.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El examen por los rayos X descubrió adenopatía traqueobrónquica, que se combatió con inyecciones subcutáneas de aceite gomenolado al 5 %.

No se hizo quimismo gástrico.

Este enfermo salió del hospital dos meses después, muy mejorado de sus padecimientos gástricos.

OBSERVACION 5

Ulcera gástrica por heredolués.—Fenómenos hemorrágicos (hematemesis, melena).—Mejoría por el tratamiento antisifilítico.

A. R., 49 años, de raza mestiza, soltero, natural de Pallasca, procedente de Lima, y de oficio carrilano.

Ingresa al servicio "Ernesto Odriozola" del Hospital "Dos de Mayo" el 12 de marzo de 1924, cama 20. Registro clínico Nos. 1415 y 115.

En sus antecedentes hereditarios sólo hay como dato importante la poliletalidad de sus hermanos, pues, de ocho que han sido, siete fallecieron en la niñez. De seis hijos nacidos a término, tres han muerto en la infancia. Ha habido dos abortos.

De niño sufrió de viruela, sarampión y coqueluche. A los 11 años paludismo, que le ha repetido cinco veces. Disentería hace 16 años; siete años después congestión hepática, que duró un mes. A esta afección siguieron crisis dolorosas abdominales. También ha padecido de adenitis de esfuerzo de localización inguinal, que supuró. En lo que se refiere a enfermedades venéreas: blenorragia en tres oportunidades, una vez seguida de adenitis; por la misma época chancro blando. Ultimamente fué atacado de gripe. Refiere algias en las extremidades, preferentemente en las noches.

El origen de la enfermedad que lo hace hospitalizar, lo remonta a once años; ha consistido en trastornos dispépsicos de tipo ácido, "vinagreras", pirosis, epigástralgias, náuseas y vómitos. La ingestión de alimentos produce dolor, que sólo calma el vómito. Al principio de la enfermedad tuvo carácter agudo, pero después se ha mantenido en estado bonancible. Hace tres días, súbitamente, se presentó, primero hematemesis y después melena, sin que estos fenómenos morbosos fuesen anunciados por síntomas premonitores.

La inspección general no descubre particularidad digna de mención. El cráneo es mesocefálico; los ojos no tienen nada anormal; en la boca se encuentran dientes en forma de bisel, algunos cariados; el paladar óseo es ojival.

El cuello es corto y cilíndrico; el cuerpo tiroides no se palpa.

El tórax es algo globuloso; en el aparato respiratorio no se descubre nada anormal. El corazón está normal, latiendo 60 veces por minuto. El reflejo oculocardíaco, es positivo, pues, la compresión ocular hace disminuir el pulso en ocho latidos.

Hay micropoliadenopatía inguinocrural.

En el abdomen no hay nada que mencionar. No hay dolor en ningún punto especial.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El examen de la sangre dió el siguiente resultado:

Hematíes	2.720.000
Leucocitos	7.000
Granulocitos neutrófilos	92 %
Linfocitos	8 %

La reacción de Wassermann practicada en el suero sanguíneo dió resultado positivo.

En las heces se encontraron amebas disentéricas, y positivas todas las reacciones que se usan para investigar sangre.

El quimismo del recogido gástrico, examinado de modo fraccionado, arrojó las siguientes cifras:

Contenido gástrico en ayunas	85 c. c.

El ácido libre y combinado sólo apareció a la hora de haber ingerido la comida de prueba, alcanzando en la muestra de la hora y media la cifra más alta (0,73 para el ácido clorhídrico libre, y 1,09 para el ácido combinado). La acidez total sólo llegó a 1,46. En ninguna muestra se encontró sangre.

Durante el tiempo que permaneció hospitalizado, estuvo apirético.

El tratamiento instituído consistió al principio en substancias trombógenas, y una vez detenida la hematemesis, cosa que sucedió al siguiente día de hospitalizado, se le sometió a tratamiento antisifilítico por medio de neosalvarsán. El paciente recibió una serie del preparado de Ehrlich y algunas inyecciones de emetina, para curarlo de su amebiasis.

Al abandonar el hospital el 15 de abril del mismo año, el enfermo se encontraba mejorado, sin fenómenos hemorrágicos, y sin trastornos gástricos.

OBSERVACION 6

Ulcera gástrica operada por gastroenteroanastomosis.—Dos años después reaparecen los fenómenos de gastricismo. Ulcera péptica?—Eficacia del tratamiento específico.

D. G., 33 años, blanco, viudo, español, procedente de la hacienda Huando, del valle de Chancay.

Ingresa al Hospital "Dos de Mayo", servicio Ernesto Odriozola, el 26 de mayo de 1924, cama 47. Registro clínico del servicio, números 1492 y 292.

En los antecedentes hereditarios el dato importante para nosotros es el que se feriere al número de sus hermanos: quince nacidos a término, un aborto y de aquellos siete murieron en la infancia (poliletalidad infantil).

En la niñez sufrió de varioloide, sarampión y tos ferina. A los diez años angina flegmonosa. A los doce anemia con trastornos mentales, que duraron dos años (ideas obsesionantes). A los 17 años se le diagnosticó "hipertrofia del corazón", y el enfermo refiere que sufría de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

disnea al menor esfuerzo. En 1912 erupción cutánea polimorfa que fué curada con "606". En 1913 paludismo que ha repetido cuatro veces. En 1915, encontrándose en Chile, chancro único que fué diagnosticado de específico y que al mes se acompañó de erupción cutánea universal; esta afección fué tratada en el hospital del Callao con medicación específica. En 1920 disentería, que duró dos meses y ha repetido últimamente. Un año antes, proceso broncopulmonar que duró pocos días.

La enfermedad actual comenzó en 1921 con trastornos gástricos dolorosos, que se presentaban media hora después de la ingestión de los alimentos; refiere haber sufrido de "vinagreras" frecuentes, pirosis, sialorrea y náuseas. Estos trastornos duraron un año, porque una gastroenteroanastomosis los detuvo desde abril de 1922 hasta hace tres meses. En efecto, el enfermo dice que ha comenzado a padecer nuevamente de "vinagreras", pirosis, flatulencias, náuseas y vómitos, etc. Por esos trastornos ingresa al servicio.

En el examen clínico se encontró: sujeto de desarrollo proporcionado, con facies dolorosa durante las crisis; en la piel se encuentra una cicatriz quirúrgica, xifoumbilical, y otra en el flanco derecho por traumatismo. Tiene conformación general longilínea y ha disminuído de peso.

En sus aparatos se encontraron las siguientes anormalidades: área de macicez cardíaca aumentada, en el foco aórtico se encuentran síntomas de insuficiencia valvular; se percibe latidos en la horquilla esternal; 82 pulsaciones por minuto. Tensión arterial medida con el aparato de Pachon: máxima, 16; mínima 7. Dif. 9. Pulso rítmico.

Hay micropoliadenopatía inguinocrural.

Punto frénico doloroso, entre los haces del esternocleido mastoideo izquierdo.

En el abdomen hay dolor en el epigastrio y en una zona situada a la derecha del ombligo, donde se aprecia resistencia a la palpación profunda. Hay diarreas mucosanguinolentas.

Las investigaciones de laboratorio proporcionaron los siguientes datos:

En las heces: Balantidium coli.
En la sangre: Esquizontes de plasmodium malarie.

Hematíes	3.180.000
Leucocitos	7.600
Polinucleares neutrófilos	72 %
Mononucleares	6 %
Linfocitos	22 %

La reacción de Wassermann en el suero sanguíneo dió resultado positivo intenso. La orina, normal.

Quince días después, gracias al empleo de quinina, el hematozoario había desaparecido, los hematíes ascendieron a 3.420.000 y la fórmula blanca se invirtió en el sentido de la linfocitosis, 28 %.

No se hizo quimismo gástrico, por haberse opuesto el paciente.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El enfermo ingresó con fiebre vespertina, de tipo malárico, que cedió con la medicación quinínica.

Durante su permanencia en el servicio recibió dos series de neosalvarsán, que hicieron desaparecer la sintomatología del ingreso, y cuando pidió su alta el 21 de julio, salió en muy buenas condiciones generales y sin sufrir trastornos gástricos.

OBSERVACION 7

Ulceración duodenal por heredolués.—Paludismo crónico.—Melenas a repetición.—Mejoría por el tratamiento antisifilítico.

V. Ch., de 51 años de edad, mestizo, viudo, natural de Tarma y procedente de Chosica, ingresó al servicio Ernesto Odriozola, del hospital "Dos de Mayo", el 13 de enero de 1925, ocupando la cama N° 35 y correspondiéndole en el registro clínico los Nos. 1827|26.

En sus antecedentes hereditarios sólo figura como dato interesante: 7 hermanos, de los cuales 6 fallecidos en la infancia (poliletalidad infantil). Ha tenido 3 hijos, 2 muertos en la niñez.

Padeció de sarampión en la infancia. En 1906, tuvo la primera manifestación de paludismo, que se ha repetido muchas veces en períodos variables, pues, el enfermo ha residido durante mucho tiempo en Chanchamayo. Niega enfermedades venéreas y es bebedor moderado.

Hace 7 años que aparecieron por primera vez trastornos digestivos; bruscamente se presentaron deposiciones de "color de alquitrán". Esta melena, que duró tres días, dejó al paciente, según refiere, demasiado extenuado. El fenómeno descripto se ha repetido 7 veces, en el decurso del tiempo transcurrido desde su iniciación; se hospitaliza, casualmente, por la última crisis que se acompañó también de hematemesis. El paciente se queja de constipación pertinaz e insiste en no haber presentado otros síntomas.

El examen clínico descubre:

Desarrollo proporcionado; actitud indiferente; mal estado nutritivo; la piel posee una coloración amarillo-pajiza, anémica.

El cráneo es sub-braquicéfalo; hay calvicie fronto-parietal. Las pupilas son anisocóricas; hay signo de Argill-Robertson; las conjuntivas están subictéricas. Mucosa bucal pálida; faltan muchas piezas dentarias, los incisivos están cortados a bisel. El paladar óseo es ojival.

En el espacio comprendido por los manojos esternales del músculo esternocleidomastoideo del lado izquierdo, hay dolor exquisito.

Los aparatos respiratorio y circulatorio, se encuentran normales.

Hay infarto ganglionar inguinal, crural y supraclavicular izquierdo.

El abdomen tiene aspecto abovedado, preferentemente en los dos cuadrantes superiores. Las paredes son depresibles, de modo especial en la región de la línea blanca, sobre el ombligo, donde es posible descubrir la diástasis de los músculos de la pared. El abdomen está doloroso, por la distensión, y sobre todo, la fosa ilíaca izquierda. La percusión descubre timpanismo en el epigastrio.

He aquí algunos datos de Laboratorio:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Hematíes	2.020.000
Leucocitos	3.000
Polinucleares neutrófilos	76 %
„ eosinófilos	6 %
Mononucleares	2 %
Linfocitos	16 %

La reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, fuertemente positiva.

Un nuevo análisis de sangre, practicado el 18 de febrero, arrojó: 2.780.000 hematíes; 3.000 leucocitos; 72 % de polinucleares neutrófilos; 3 % de polinucleares eosinófilos; 1 % de mononucleraes y 24 % de linfocitos.

El quimismo gástrico fraccionado dió el siguiente resultado:

Residuo gástrico en ayunas 80 c. c. No hubo ácido clorhídrico libre; en la cuarta muestra la acidez total llegó al máximo con la cifra 2,19. No había bilis, ni sangre, en ninguna de las muestras.

Durante su permanencia en el hospital el enfermo recibió una serie de neosalvarsán, y al abandonarlo, el 27 de febrero, estaba mejorado.

Del estudio de estos casos se desprenden los siguientes hechos:

La edad de los ulcerosos gastroduodenales, que hemos estudiado, varía entre los 22 y 53 años, notándose cierto predominio de los sujetos de 20 a 30 años, ya que de 7 observaciones personales, 5 están comprendidas entre estas cifras.

Respecto a la duración del padecimiento gástrico, éste ha fluctuado entre 1 ½ año, (Observación Nº 4), y 11 años (Observación Nº 5); en los otros casos la evolución ha sido de 5 años por término medio.

La sintomatología de nuestros enfermos, aunque variada y algo polimorfa, sin embargo, ha ofrecido con variable grado de intensidad, los siguientes síntomas:

El *dolor*, ha sido casi constante, pues, sólo ha faltado en un caso (Observación Nº 7); presentándose en forma de epigastralgias limitadas principalamente al epigastrio, y otras al dorso. El dolor nocturno, que ha sido señalado por Mariano R. Castex, en 12 de sus 24 observaciones, de procesos ulcerativos gastroduodenales, le hemos constatado en un caso (Observación Nº 2); y este hecho tiene gran importancia tratándose de procesos sifilíticos, en los que se sabe la frecuencia con que se presentan las algias por la noche.

Otro de los síntomas observados en nuestros enfermos ha sido el *vómito expontáneo*, que se ha presentado en 5 casos.

La *constipación* ha coexistido con estos trastornos, en 4 de nuestras observaciones, debido, seguramente, a procesos pericolíticos.

En todos los pacientes, la anamnesis y el estudio clínico ha descubierto *sialorrea*, que aunque no mencionada por los autores que han estudiado este tema, la señalamos, haciendo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

hincapié en ella, dada su frecuencia; la atribuímos a la posible irritación de la inervación simpática de las glándulas salivares.

En lo referente a *quimismo gástrico*, en los casos en que este se ha practicado, ha predominado la hipoclorhidria; en 1 caso no había ácido clorhídrico libre en el recogido gástrico.

Asunto interesante es el que se refiere a la patogenia del proceso ulceroso; como nuestra contribución es esencialmente clínica, tenemos que atenernos a los estudios de Barbier, de Pater, de Castex, etc., para quienes el proceso ulceroso es debido a la lesión sifilítica obliterante de los vasos de la región, acompañada de irritación flogística de la serosa vecina, siendo excepcional la génesis por procesos gomosos previos.

La precisión etiológica se ha hecho, en primer lugar, por la apreciación de los estigmas heredoluéticos; en todas nuestras observaciones se ha comprobado micropoliadenopatía inguinocrural, distrofias óseas y dentarias; por la reacción de Wassermann que ha sido positiva en todos los casos, y cuando fué negativa (Observación Nº 4) se reactivó por la terapéutica específica; por la linfocitosis hemática y por los resultados del tratamiento.

Poco tenemos que decir sobre investigaciones roentgenológicas, pues, sólo en dos observaciones se han efectuado gracias a la amabilidad del Dr. E. Campodónico, confirmándose por este medio de investigación el diagnóstico clínico formulado.

Los principios a los cuales nos hemos sujetado en el tratamiento de estos enfermos de úlcera gástrica y duodenal sifilítica, han sido de los más simples.

Tratándose de afección esencialmente rebelde, se ha empleado el tratamiento específico, con prudencia pero con energía, y como las lesiones frecuentemente recidivan, se han reiterado las diversas curas instituídas, tantas veces como ha sido posible.

Se ha usado los arsenicacles y el mercurio en el tratamiento de los pacientes que hemos observado, prefiriéndose siempre la vía endovenosa. El neosalvarsán ha sido el medicamento por el que se ha comenzado, a causa de que los enfermos siempre tienen infección bucal, que exige previamente la extracción de las piezas dentarias, antes de usar sales hidrargíricas. En una oportunidad se empleó el mercurio por vía rectal, con resultados que nos han satisfecho.

El porvenir nos indicará si es necesario instituir tratamientos con mayor energía que los que se han usado. En casi todos los casos se ha procurado hacer desaparecer la sintomatología acusada por los pacientes, así como hacer negativa la reacción de Wassermann.

Todos los enfermos además de recibir la atención terapéutica conveniente de los síntomas agudos (como en los casos de hemorragia), han recibido medicación específica que se detalla en seguida:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En la *primera observación* se usó 2 series de neosalvarsán, de 0.15 a 0.90, cada una, con 8 días de intervalo entre cada inyección; las dos series estuvieron separadas por una cura hidrargírica de 20 ampolletas de Cianuro de Mercurio de 0,01 cada una.

En la *segunda observación* el tratamiento hidrargírico se hizo conforme a la técnica de Leven, quien durante 21 días prescribe alternativamente, 2 centigramos de biioduro de Hg. en inyección intramuscular, 4 gramos de ungüento napolitano belladonado, en fricción, y 1 supositorio de 2 centigramos de pomada mercurial; en total el paciente recibe 14 centigramos de biioduro de Hg. y 28, 42 gramos de ungüento napolitano. Esta técnica se basa en el hecho de observación clínica de que conviene hacer penetrar al mercurio por diversas vías y que en las lesiones del tubo digestivo es especialmente útil la vía rectal. Con el objeto de afianzar la cura anterior, este enfermo fué sometido al año siguiente a una serie de Neosalvarsán.

En la *tercera observación* se empleó exclusivamente el arsénico, usándose 3 series de Neosalvarsán, con la técnica ya dicha.

La *cuarta observación* también fué tratada con neosalvarsán, recurriéndose a 2 series.

En la *observación quinta*, el tratamiento fué mixto, comenzándose con una serie de neosalvarsán, seguida de una cura hidrargírica y terminada por otra serie de Neosalvarsán.

La medicación salvarsánica se usó en la *sexta y séptima observaciones*, inyectándose a cada enfermo dos series del preparado arsenical.

Hemos empleado en los casos referidos las sales de calcio y el suero hemostático, para combatir las hemorragias. En la primera observación se la combatió con opio, pero en los demás casos, siguiendo las indicaciones del profesor Pauchet, se ha proscrito esta droga, que, según el eminente cirujano de Amiens, produce el estancamiento de la sangre en el intestino, con posible intoxicación ulterior, por las albúminas.

Legamos al fin del trabajo, con el que hemos procurado demostrar:

1º Que en la etiología de los procesos ulcerosos gastroduodenales, la sífilis ocupa un papel preponderante, según lo han demostrado numerosos investigadores a los que nos sumamos nosotros con las observaciones seguidas en el servicio Ernesto Odriozola de 1922 a 1925, tiempo durante el cual se han registrado 7 casos de síndrome ulceroso gastroduodenal de esa etiología.

2º La úlcera gástrica y duodenal es generalmente, manifestación tardía de la infección luética heredada o adquirida

3º El diagnóstico de esos procesos sifilíticos, debe hacerse no sólo teniendo en consideración los datos de la anamnesis y las investigaciones de Laboratorio, sino analizando los estigmas de sífilis hereditaria que es fácil encontrar en los pacientes.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

4º El tratamiento antisifilítico instituído precoz e intensivamente, consigue la curación radical de estos procesos.

5º En los casos de úlcera gastroduodenal luética, el tratamiento dietético-medicamentoso y aún el tratamiento quirúrgico no es curativo, sino paliativo, cuando no lo secunda la medicación antisifilítica.

La dermatitis climática que se denomina chapetonada en Arequipa

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

Laureado por la Academia de Medicina de París

En los países de la joven América, existen denominaciones populares con que cariñosamente se califica a algunos europeos; así, a los españoles se les dice *chapetones*, a los ingleses y, en general, a los anglo-sajones, *gringos*, a los italianos *bachiches*, a los franceses *gavachos*, etc.

En los albores de la conquista de América por los españoles se llamaba *chapetonada* a la primera enfermedad con que acariciaba la tierra conquistada a los chapetones, refiriéndose con particularidad esta denominación al *paludismo*, que, en ocasiones, revestía caracteres de severidad increíble.

Trascurridos los siglos y encuadradas las diversas *chapetonadas* en sus marcos científicos, su campo nosográfico se ha ido estrechando hasta quedar reducido, por lo menos en cuanto se refiere al sur del Perú, a la dermopatía que pasamos a describir.

La enfermedad ataca de preferencia a las personas de piel delicada, prefiriendo a las mujeres y niños, y como los primeros extranjeros que visitaron las altas regiones montañosas del Perú, fueron los españoles o *chapetones*, de allí que los indígenas autóctonos (quechuas y aimarás) y aún los mismos españoles la denominaran con facilidad chepetonada.

Ataca así mismo a los autóctonos cruzados con extranjeros, siendo menos frecuente en los indígenas cuya piel se halla habituada por habitación y por herencia, al clima de los altos y fríos platillos de los Andes.

Casi siempre se presenta en los moradores que descienden de 2,500 a 3,000 metros para arriba.

Cuando dichas personas bajan a la ciudad de Arequipa (2,300 metros sobre el nivel del mar) o a otras más cercanas

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de la costa, se presenta la dermatitis con más o menos intensidad.

Es de notar que Arequipa posee un clima sano muy especial, pues, la ciudad irrigada por el río Chili y vertientes que emergen en la región situada entre los Andes y el mar, se halla situada ocupando el centro de un oasis, que es circundado, a su vez, por terrenos áridos, secos y estériles, que hacen bajar la humedad relativa de la atmósfera a 44, hallándose las de Puno, Lima o Mollendo cercanas a 100.

Por lo demás, es un clima templado, inmejorable, en el que no se ven las nieves del invierno, ni se conocen los calores sofocantes del verano, habiendo follajes y flores durante todo el año.

En suma, la *chapetonada* se observa en personas que han vivido en climas altos y fríos (casi siempre de 2,500 a 3,000 metros para arriba) y que descienden a ciudades relativamente bajas y particularmente secas. (De 2,300 metros para abajo). Estas cifras no tienen nada de absoluto, pudiendo variar según las regiones y los climas.

En la alimentación o en las bebidas, pueden haber causas adyuvantes, como, por ejemplo, la exitación por las bebidas alcohólicas o el prurito o urticaria producidos por la ingestión de camarones o de mariscos, pero como causa determinante hemos encontrado siempre una de orden atmosférico, obedeciendo a un cambio de clima, de lo alto y frío, a lo bajo y templado.

Sintomatología de la chapetonada.—Casi siempre la noche de la llegada de la persona, o a las 24 o 48 horas y hasta 4 días, se inicia un escozor intenso en todo el cuerpo, el que coincide con la aparición, primero, de manchas rojas eritematosas, las que poco a poco se engruesan constituyendo pápulas urticariformes, más o menos redondeadas u ovaladas, cuyo centro se eleva un tanto, mostrando una pápula rojiza en el centro de una placa urticarioide.

Poco a poco las placas van presentándose en el cuerpo, miembros, cara y manos; siendo abundantes en el cuello, mientras que lo son menos en las partes descubiertas que fueron más curtidas por la acción climática.

Durante el día el escozor aminora un tanto, para aumentarse durante las noche, obligando a los enfermos a rascarse y a transformar las lesiones de la dermatitis climatérica en elementos de prúrigo.

Poco a poco se forman en las cumbres de las pápulas, pequeñas vesículas, perimero cristalinas, después amarillentas, las que, si no son rotas por el rascado, ofrecen una pequeña costrita que deprimirá la vesícula, dando el aspecto de elementos de varicela.

En veces y en ciertos sitios, como en el de la oreja, hemos llegado a ver elementos burbujosos típicos, penfigoides.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Con el trascurso de los días, y esto es muy variable, el prurito se va haciendo de menos en menos intenso, las vesículas se secan, así como las raras burbujas que se llegasen a observar, las pápulas y las eminencias urticarioides empalidecen, se aplanan hasta llegar a desaparecer, sin dejar cicatrices apreciables. ni secuelas especiales.

Desaparecen con facilidad si en estas condiciones los enfermos regresan a sus alturas frías originales.

Hemos visto la chapetonada en una paciente, la que durándole tres días en Arequipa, el cuarto día que se trasladó al balneario de Yura (2,576 metros solamente) desapareció. Cuando después de un mes la enferma volvió a Arequipa, después de una cura sulfuro-alcalina de desintoxicación, reapareció la *chapetonada*, la que no se fué definitivamente, sino cuando la paciente regresó a su ciudad natal, el Cuzco, (3,355 metros).

El estado general se mantiene excelente, desde el punto de vista nosológico; no hay fiebre ni ningún síntoma de alarma; el enfermo continúa en sus ocupaciones, sus orines sólo marcan un poco de disuria, con concentración de sustancias minerales.

En las sangre una pequeña hiperleucocitosis, sin casi cambio en la cifra eritrocítica.

Lo que sí molesta al enfermo es el prurito nocturno que ocasiona insomnio y el malestar consiguiente.

La *chapetonada* tiene una duración muy variable; comenzando en los primeros días de traslación climatérica, desaparece, ya sea en breve tiempo, según la constitución del paciente, ya se alarga inconsiderablemente, dando recaídas o recidivas que en ocasiones sólo llegan a terminar con el regreso del enfermo a su localidad de origen. Es cierto que estos casos constituyen una rara excepción.

Anatomía patológica de la chapetonada.—En los primeros momentos se observan, en las placas, simples fenómenos de congestión con hipertrofia e hiperplasia de los capilares sanguíneos, fenómenos intensos de diapedesis y de extravasación de eritrocitos.

A esto se añade edema y congestión mayor cuando se constituye la pápula encima de la prominencia urticariforme.

Zonas de degeneración de las capas superficiales de las células de Malpighio con edema intenso y gran diapedesis leucocitaria que se extiende a las capas superficiales del dermis, marcan la faz vesículo-pustulosa de la *chapetonada*.

Si se examina el líquido de una vesícula no abierta, se le halla siempre aséptico, con predominio de grandes mononucleares y de linfocitos sobre le fórmula hemática normal.

Una capa keratinizada que se engruesa y solidifica de más en más, cubre el vértice de la vesícula, a medida que el proceso cutáneo regresiona.

En las burbujas penfigoides de la *chapetonada*, se advierte una capa protectora keratinizada superficial, que limita una

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

bolsa líquida que encierra leucocitos más o menos en desintegración; el líquido hasta ahora se ha mostrado estéril. Si se saca la capa protectora superficial, quedan al descubierto las pápulas, en cuyo derredor hay intensa infiltración leucocitaria, mas no destrucción de la capa generatriz, por cuya razón, la *chapetonada* que evoluciona de un modo normal, sin haber recibido inoculaciones de origen exógeno por el rascado, no deja cicatrices.

Cuando las vesículas o burbujas han sido destruidas por el rascado, las capas superficiales desaparecen y se forman inflamaciones debidas a los piógenos y hemorragias capilares de origen mecánico.

La *chapetonada, no es contagiosa,* ni incurable, ni autoinoculable. No es epidémica. Por su carácter de dermatitis climatérica, puede presentarse en varios o en todos los miembros de una familia que llega de la sierra, sucesiva o simultáneamente, pero jamás constituye foco endémico ni epidémico de ningún género.

Esto se comprende con facilidad por la esterilidad de los productos de las lesiones dermatosas.

Pronóstico.—Es siempre benigno; ya sea que desaparezca rápidamente o que perdure; jamás hemos visto desarrollarse síntomas graves que pudiesen ensombrecer el pronóstico.

Diagnóstico.—Es muy fácil de hacer en los lugares en donde se la observa.

El hecho de presentarse en personas que acaban de llegar de una ciudad alta y fría; su presentación brusca, prurriginosa, sin síntomas febriles, con elementos eritemato-papulo vesiculares, estériles al microscopio, con mononucleosis en las vesículas, y que no es contagiosa, hacen de tal manera sencillos y apreciables los caracteres de la enfermedad, que los autóctonos la conocen y clasifican desde tiempo inmemorial con el calificativo pintoresco de la *Chapetonada* en homenaje a sus víctimas predilectas los "chapetones" o sus descendientes, que nos trajeron los primeros albores de la civilización.

Tratamiento de la chapetonada.—El tratamiento específico y heroico de la *chapetonada,* ante el cual desaparece la enfermedad como por encanto es el retorno del enfermo a su lugar de origen.

Mientras esto no se puede hacer, se administra, el primer día, un purgante salino derivativo, formulado así:

Rp.	Sulfato de soda	aa
	Sulfato de magnesia	25 grs.
	Agua de menta	150 „

en una sola vez.

Se coloca la loción siguiente a los sitios de escozor en vez de rascarse, cuantas veces sea necesaria:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Rp.	Mentol	1 gr.
	Vinagre de Bully	100 „
	Alcohol alcanforado	150 „
	M. s. a.	

Desde el día siguiente del purgante se administran 2 o 3 gotas de adrenalina en la mañana, al medio día y en la noche, dejando al enfermo sometido a régimen lacto-vegetariano, desclorurado.

En pocos días basta este régimen para hacer desaparecer la *chapetonada.*

Si persistiese, se tomarán baños diarios a 35 grados, durante 20 minutos, habiendo disuelto en ellos un kilo de almidón de trigo.

Se puede recurrir a la autohemoterapia o a la autoseroterapia con suero desantigenado que preconizamos para otras enfermedades con resultados cada vez más sorprendentes.

Si con el rascado se han infectado las vesículas o las burbujas, es suficiente la aplicación de algunas compresas con agua de Alibour para acabar rápidamente con la dermatitis.

Conclusiones.—1ª Designase con el nombre de *Chapetonada*, en la región del sur del Perú a una dermatitis eritemato-pápulo-vesiculosa, que se presenta en algunos individuos que descienden de las regiones altas y frías de la cordillera de los Andes donde moran, a las bajas y templadas o cálidas.

2ª—Se la denomina *chapetonada* desde la época de la conquista de América por los españoles o "chapetones", porque ataca de preferencia a éstos o a sus descendientes, por no tener la piel como la de los nativos indígenas, habituada a esas temperaturas.

3ª—Consiste en una dermatitis eritemato-pápulo-vesiculosa prurriginosa raras veces burbujosa, de duración variable.

4ª—Su carácter es esencialmente climatérico, pues, aparte de su naturaleza amicrobiana y el no ser ni endémica ni contagiosa reconoce como causa determinante la traslación descendente de un clima alto y frío a otro bajo y templado.

5ª—Es de carácter benigno, de pronóstico favorable y su terapéutica es la que se emplea corrientemente contra la urticaria, sin olvidar la autohemoterapia o la autoseroterapia con suero desantigenado en los casos rebeldes.

GUIA LASCANO De todas las profesiones inclusive los médicos. *110.000 direcciones.*
NUÑEZ 265
APARTADO 1971.— TELEFONO 3673

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Algo sobre el movimiento psicoanalítico de la actualidad

Por el Dr. JOSE MARIA DE VILLAVERDE
(Madrid)

El Psicoanálisis, antes de la guerra, no tenía vitalidad ninguna. De vez en cuando, aparecía en alguna revista un escrito crítico, en el que se echaba de ver que se ocupaban de ello como una aberración del entendimiento humano, curiosa por lo disparatada y pornográfica. Pero, repetimos, aparte alguna ingeniosa crítica de Janet, esta nueva religión tenía pocos devotos.

Debemos, no obstante, salir al encuentro de los suspicaces, que dirán, y con razón, que la escuela de Zurich se había ocupado de ello. Es cierto; pero hagamos constar que la orientación psicoanalítica que inició Bleuler era completamente distinta, y era del todo heterodoxa con relación a las doctrinas de Freud. Bleuler y su escuela quisieron explicar, valiéndose del Psicoanálisis, algunos síntomas hasta entonces misteriosos de la esquizofrenia, y en este sentido se sirvieron preferentemente del llamado "método de las asociaciones"; pero creer que siempre que hay angustia existe algo sexual en su fondo, y buscar una génesis sexual de un modo sistemático allí donde encuentran un síntoma neurósico, en estas exageraciones no han caído; por lo menos el eminente profesor de Psiquiatría de la Universidad de Zurich.

En prueba de este último aserto, citaremos la siguiente frase: "El cómo los excesos sexuales, como el onanismo y el coito interrumpido, pueden contribuir—habla de los síntomas neurósicos, de lo que él designa como pseudoneurastenia—, y cómo se realiza ello por vía psíquica, no se ha puesto aún en claro" (Bleuler: *Lehrbuch der Psychiatrie*, cuarta edición, pág. 425). Es decir, que en el terreno de las neurosis, que son los casos que en la práctica abundan más, buscar una causa sexual y querer hacer una terapéutica en el sentido que sea, pero en relación con aquélla, no tiene razón de ser. Y esto debe tenerse en cuenta, porque quítese al Psicoanálisis la aplicación que pueda tener con todo lo que de ello se deriva, y el 98 por 100 de los que lo cultivan se olvidarán hasta del nombre del procedimiento. Científicamente, les interesa poco.

Pero al Psicoanálisis le ha llegado su vez. Hoy día todo quiere explicarse por él, sin fijarse si ello tiene o no razón

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de ser, lo que es lo de menos. El ataque epiléptico no es sino la satisfacción de tendencias sexuales reprimidas. Y cualquiera que haya tenido ocasión de ver pobres epilépticos con la lengua destrozada a mordiscos y la cabeza llena de golpes, efecto de las caídas, aparte de tener ligeras dudas sobre qué clase de satisfacción será esa temblera, ante tener que ver con una cabeza que escribe esas cosas, que tan ligeramente discrepan de la realidad. Que una porción de sabios han pasado más de cuatro noches en blanco para descubrir un poco el velo del fondo de la epilepsia, y que algunos de los extremos puestos de manifiesto en el terreno histológico, fisiológico y humoral, se consideraban ya como sentados de un modo definitivo, no tiene importancia. El dios "Líbido", que vive y existe en el fondo de todo lo creado, fulminará sus rayos contra los que no admitan sus dogmas. Y así, después de todo lo escrito sobre lo que debe ser la Ciencia, en pleno siglo XX hay que creer ciertas cosas por artículo de fe. Y lo que se ha observado de un modo cierto debe dejarse a un lado. Si las cosas siguieran como hasta aquí—cosa que no es de esperar—, pueden fundar hasta un cuerpo de inquisidores encargados de extirpar la herejía que no concordase con su credo. Sólo que tendría mucha gracia ver todos estos caballeros predicadores de la homosexualidad—aunque "sublimada" conforme a la religión de Freud—lanzando excomuniones y fundando una ciencia y una moral sobre la base intangible de que tener tendencias sexuales hacia la madre o ser homosexual, son dos misterios que hay que aceptar sin discutir, apesar de que ello repugna profundamente a todo aquel que tenga algo de sentido común, aunque la cantidad de él le haya sido administrada con cuentagotas.

No se crea que todo lo que acabamos de decir es una exageración. Los escritos de algunos de estos desgraciados, por su lenguaje elevado, lo poseídos que se hallan de un espíritu apostólico necesario para extender la verdadera doctrina, la seguridad con que hacen algunas afirmaciones sobre puntos indemostrables, harán dudar a cualquiera que no supiese lo que hay en el fondo de todo ello y cuál es el común denominador al que sin grandes esfuerzos se reduce todo ello. Pero el que no esté en el secreto tiene forzosamente que dudar y hasta creer que uno de estos iluminados poseídos del dios "Libido" dice algo extraordinario. Sólo que no hay tal iluminación ni posesión, ni deidad, ni nada libidinoso más que la teoría de Freud, y que todo ello es mucho más fácil de explicarse de lo que a a primera vista parece.

¿Cuál es el fondo de todo el movimiento psicoanalítico presente?

En primer término, la corriente espiritualista sin la que todas estas teorías se caerían por su base. Esto ha hecho que al-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

gunos espíritus esclarecidos—son poquísimos—se hayan dejado llevar por la nueva doctrina.

En segundo lugar, en el Psicoanálisis forman personas que se enamoran de todo lo nuevo, y que bajo ningún concepto querrían pasar por reaccionarias. Generalmente son gentes jóvenes, de buena fe muchos de ellos, que no han tenido tiempo de adquirir un espíritu crítico suficientemente desarrollado para repudiar lo que deba desecharse y aceptar lo que tiene razón de ser. Aceptan sistemáticamente todo lo nuevo, porque creen que es lo mejor; y si de alguna cosa les dicen que es la última novedad, tienen que formar en la extrema vanguardia del movimiento.

Otros aceptan el Psicoanálisis porque les han dicho que hay que aceptarlo. Ayer, aun todo lo explicaban por otra teoría; pero hoy han cambiado radicalmente de opinión porque les han dicho que esto otro es lo que debe hacerse en el momento presente. Estos se ponen indistintamente un traje u otro, les vaya o no bien al tipo. Son como las señoras que van a casa del modisto y compran vestido y gusto, en el fondo todo les da igual.

Los de este último tipo mental, hacen muchísimo daño. Copistas empedernidos, plagiarios impenitentes propagadores de todo lo malo, parece imposible que puedan ser tan perjudiciales. Y, sin embargo, para que se vea lo paradójico de las cosas, tienen gente que cree en ellos y los toman en serio. Y así, personas que más bien son cosas, que por no tener opinión de sus convicciones psicoanalíticas, puede decirse lo que un cortesano de Luis XV decía a otro al indicarle éste que un tercero estaba enamorado: "¿pero cómo lo sabe?, ¿quién se lo ha dicho?", encuentran la cofradía de imbéciles que los celebra y aplaude.

Otros psicoanalistas siguen la corriente porque creen que será lucrativa la práctica de la nueva religión. Pero sobre esto no es conveniente entrar aquí.

Al lado de estos psicoanalistas militantes, hay otros que simpatizan con el movimiento. Unos son médicos no especializados, que se han dejado convencer de buena fe, o dicen que creen, para no oponerse al colega psiquiatra, con quien le conviene estar bien, pues son "asociados".

Otros no son médicos, pero aficionados a las cosas de la Medicina, que no entienden bien, y precisamente por eso tienen para ellos doble encanto. Espíritus exquisitos, definidores de mesa de café; partidarios de la última novedad; enamorados de todo lo que signifique sexualidad pujante y militante; gentes decadentes y pensadoras, que han descubierto el bello sexo después de los cuarenta años; filósofos sobre lo inmediatamente próximo a lo femenino, sin decidirse a entrar de lleno en ello, y sujetos que creen que es científico todo lo escrito en alemán, y a los que no se les ha ocurrido que en el Reich existe aproximadamente el número de imbéciles que corresponde a 70 millones de habitantes, forman en las filas del

Universidad del Perú. Decana de América

nuevo credo. Y, por último, muchos hablan de Psicoanálisis sin saber lo que es ni poco ni mucho, y pronuncian este nombre con la irreverencia que el blasfemo toma en boca el sacramento nombre de Dios. Pero la frase suena y contribuye a formar opinión.

En nuestro sentir, el Psicoanálisis tiene otra ventaja, sobre todo en la práctica, y que contribuye a que sea aceptado por muchísima gente. Para cualquier otra cosa, se necesita grande o pequeño bagaje científico y una cierta cultura. Para el Psicoanálisis no hace falta nada de eso, y si además añadimos que el discurrir sólo se precisa en una proporción ínfima, se comprenderá sin más, que una cosa así no se encuentra todos los días.

Todo está ya hecho, y no hay sino aplicarlo sistemáticamente. Si se sueña con cosas largas, bastones, cuchillos, palos, etc., siempre quiere decir que se trata de órgano sexual masculino. Que lo que surge en los ensueños es algo pequeño, o un bosque, etc., pues entonces no cabe duda se trata de la vulva. Esto es algo inconmovible, y como ya es siempre igual no hay sino aplicarlo en todos los casos que la práctica nos presente.

De todo ello se deduce que es mucho más fácil ser un gran psicoanalista que una mala echadora de cartas. Y esto salta a la vista, porque una de éstas tiene que forzar la imaginación para ver lo que dice en cada caso, si está en armonía con la psicología del sujeto a explotar, si le agrada lo que le dice, etc., mientras que un freudista le larga siempre lo mismo, venga o no a pelo, sea o no adecuado, y guste o desagrade. Pero en algo se ha de diferenciar una religión con sus dogmas inconmovibles de un modo de ganarse la vida, que no está muy considerado a decir verdad. Ahora bien; como todo en la vida tiene doble vuelta, la pícara experiencia nos muestra que se puede incluso ser Sumo Pontífice de aquélla y tener la superficie del cerebro más lisa que la de cualquier roedor.

Y esto último nos lo enseña lo que todos los días vemos. Claro está, que decir ciertas cosas a niñas de doce años no se puede. Que enseñar a quien lo ignora del todo un espléndido programa de refinamientos sexuales, que al aficionado más inteligente parecerá un poco fuerte y compuesto de demasiados números, no es la misión de la Medicina, salta a la vista, que el "cohabitar con nonius", aunque en quien lo proponga revele un espíritu metodológico admirable y un amor a disciplinarlo todo, digno de mejor suerte, no es aplicable a esta pobre humanidad, que desde su comienzo ha dado en realizar dicho acto sin seguir normas científicas, haciendo cada cual "sólo lo que puede", es algo sobre lo que el común de los míseros mortales no psicoanalistas están de acuerdo. Pero ¿de qué sirven todas estas consideraciones? Tampoco el tonto que orinaba en la pila de agua bendita de una iglesia podía hacerlo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

según el párroco que le sorprendió. Pero el interesado, al ver que su inervación vesical era espléndida, y sin duda el no tener estrecheces uretrales le permitía continuar la micción a todo su placer, hubo de contestarle: "pues yo ya puedo".

Lo libidinoso del Psicoanálisis es cosa muy elemental, pues sólo son cuatro cosas. El ingenio sobra, y cualquiera que lo tenga, en la forma que fuere, nunca podrá ser un buen psicoanalista. Puede haberse leído con provecho los "Sonetos lujuriosos" del Aretino, y por muchas inquietudes espirituales que haya despertado (como dicen nuestros intelectuales), amén de las apetencias corporales corespondientes, no sirve todo ello para nada. En eso sí, los psicoanalistas son muy claros, al miembro viril, a la vulva, al introducirlo como manda Freud, lo llaman por su nombre. Y es natural que así sea, porque cuando se trata de "sublimar" las tendencias libidinosas de una pobre niña que no sabe nada de ello ni en su vida ha oído tales cosas, hay que explicárselo muy claramente, porque de otra manera lo entendería mal, y para eso bien estaba la tendencia reprimida, y a lo sumo que saliese del todo disfrazada cuando la censura se lo permitiera.

En resumen: que con miembro viril, vulva, introducción con arreglo a cierta metodología *up to date* boca, satisfacción por la boca, homosexualidad (aquí nadie debe ofenderse porque todos somos unos), tendencia sexual hacia la madre (esto también, según ellos, ocurre a todos los mortales), y unas cuantas maneras de combinar esto, que no son ni con mucho todas las posibilidades, puede andar solito por el mundo un psicoanalista.

Ciertamente, como se ve, no se necesita gran cosa. Pero de mucho menos nos ha hecho Dios.

(Fragmentos del trabajo publicado en "La Medicina Ibera).

Notas Terapéuticas

TRATAMIENTO DEL TETANOS.—Suero antitetánico y cloral resumen la terapéutica actual del tétanos confirmado. Sin embargo el cloral no se halla exento de inconvenientes, pues las inyecciones subcutáneas son dolorosas, las inyecciones endovenosas no pueden recomendarse y su administración por vía bucal se efectúa con gran dificultad por el trismo. Pasgrimaud (*Concours Medical*.—París, enero 1927) llama la atención sobre los buenos servicios que puede prestar el somnifene. Este alilisopropildietilbarbiturato de dietilamina se ordena, como bien se sabe, en todos los insomnios, por vía bucal, bajo forma de gotas que permiten dar a cada uno la dosis más apropiada y además aumentarla o disminuirla a voluntad, y por inyecciones subcutáneas profundas, intramusculares y endovenosas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Se conocen bien los excelentes resultados obtenidos con las inyecciones endovenosas de somnifene en el delirium tremens y en el tratamiento del estado de mal epiléptico, ahora se habla de las indicaciones muy especiales de este medicamento en el tétanos. Es, pues, útil que el médico práctico, sepa que dispone, en caso de .tétanos confirmado, de un producto que puede dar según los casos, por vía bucal (de 80 a 150 gotas en varias veces), por vía rectal (misma posología en un líquido), por vía intramuscular (2, 3, 4 ampollas de 2 cc.). o por vía endovenosa (1 a 2 ampollas de 5 cc.); que le permitirá disminuir y suprimir las crisis dolorosas, procurando la calma y el reposo al enfermo, que siempre recibirá las dosis útiles de suero antitetánico.

Noticias

HOMENAJE JUBILAR AL PROFESOR AVENDAÑO.—Por iniciativa de los doctores Bambarén, Bello, Fernández Dávila, Paz Soldán y Valdizán, se va a tributar un homenaje al maestro Avendaño, con motivo de su jubilación de profesor de la cátedra de Medicina Legal, que consistirá en un "libro jubilar" que lleve afecto y ciencia, ya que es la única manera de honrar a un hombre dedicado al estudio científico.

Es la primera vez que entre nosotros se va a llevar a cabo un homenaje semejante, y le corresponde al doctor Avendaño recibir este galardón iniciado por un grupo de sus discípulos; dada la reputación del maestro limeño, es seguro que la iniciativa sea muy bien recibida en el país y en el extranjero.

He aquí la circular:

Lima, abril de 1927.—Señor . . . —Muy señor nuestro:

Tenemos el honor de dirigir a usted la presente nota invitándole a prestarnos su valioso concurso en el homenaje jubilar que estamos preparando al profesor doctor Leonidas Avendaño, con ocasión de su jubilación de la cátedra de Medicina Legal, de la Facultad de Medicina de Lima, después de treinta años de continuados y fecundos trabajos.

La múltiple actividad del profesor Avendaño, en el trascurso de medio siglo de infatigable labor médica, en todas las diferentes facetas de la profesión, es acreedora a tal demostración, que nosotros sus discípulos y amigos queremos perpetuar en forma que condiga con la fecunda actividad del maestro.

Para conseguirlo vamos a publicar el "Libro jubilar" del profesor Avendaño, para el cual pedimos a usted colaboración, estimando su nombre y su firma en tal documento la prueba de que quiere usted acompañarnos en el acto de justicia, de aplauso y gratitud, que en nuestro programa se implica.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Quiera usted aceptar las expresiones de cordial amistad con que nos suscribimos de usted atentos y SS. SS.

Hermilio Valdizán, Eduardo Bello, Carlos E. Paz Soldán, Guillermo Fernández Dávila y *Carlos A. Bambarén.*

COMITE DE HIGIENE DE LA SOCIEDAD DE LAS NACIONES.—En la novena sesión de este Comité, que se efectuó en Ginebra, del 14 al 18 de febrero último, se trató, entre otros muchos asuntos, de los siguientes:

Intercambio de personal sanitario.—Los cursos internacionales de higiene pública que, como ensayo fueron establecidos en la Facultad de Medicina de París, para los funcionaros de las administraciones sanitarias, han obtenido una aceptación muy favorable. En vista de esto, el Comité de Higiene ha decidido organizar una nueva serie de cursos para el año próximo. Además establecerá cursos similares en Berlín y Londres a principios del año universitario 1927-1928.

El Comité se ocupó de las facilidades que conviene dar a los funcionarios sanitarios designados por sus administraciones respectivas para estudiar individualmente asuntos especiales, y particularmente a los funcionarios de las Repúblicas de la América Latina.

El seguro contra la enfermedad en sus relaciones con la Administración de Higiene Pública.—El Comité de Higiene decidió nombrar un Comité de especialistas encargado de determinar los métodos más aficaces para establecer una colaboración entre los organismos de seguros sociales y los Servicios de Higiene Pública. La mitad de los miembros de este Comité deben representar a los Servicios de Higiene, la otra mitad a los organismos de seguro contra enfermedades. Los primeros serán nombrados por los servicios de higiene, y los otros por las autoridades competentes de la Oficina Internacional del Trabajo. Además, se creará una secretaría mixta, compuesta de miembros de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones y de miembros del Servicio de Seguro Social de la Oficina Internacional del Trabajo. Esta Secretaría será presidida por el Director médico de la Organización de Higiene, por una parte, y por el Jefe de la Sección de Investigaciones de la Oficina Internacional del Trabajo por otra.

Comisión del Paludismo.—El Dr. Lutrario ha llamado la atención del Comité sobre el gran interés que han despertado en diferentes países los cursos de malariología que tendrán lugar en Hamburgo, Londres y París. Estos cursos, organizados por el Comité de Higiene, se deben a la iniciativa de la Comisión del Paludismo.

El estudio del paludismo que ha sido emprendido en Europa oriental y meridional, ha demostrado a varios países le necesidad de crear un organismo de especialistas encargado de la lucha metódica contra esta epidemia.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El Comité aprobó el programa de los cursos sobre la malariología. La enseñanza de la malariología se divide en dos partes: un curso teórico acompañado de trabajos de laboratorio en un Instituto apropiado, y estudio práctico en las regiones donde la lucha antipalúdica se persigue de manera enérgica bajo una dirección competente.

Para la realización de esta primera parte del programa de estudios, el Comité de Higiene ha obtenido la colaboración del Dr. A Balfour, Director de la "London School of Hygiene and Tropical Medicine" de Londres, del profesor Brumpt, Director del Laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de París, y del profesor B. Nocht, Director del "Institut fur Schiffs und Tropenkraheinten" de Hambubrgo, los cuales han organizado en sus institutos respectivos, y por un mes aproximadamente, un curso teorico de la malariología. Las fechas en que tendrán lugar estos cursos en 1927, son las siguientes: Londres, del 25 de abril al 13 junio; Hamburgo, del 9 de mayo al 13 de junio; París, del 7 de junio al 13 de julio.

La segunda parte del programa de estudios consistirá en dos permanencias de un mes cada una en diferentes regiones palúdicas de Italia, España y del Reino de los Serbios, Croatas y Eslovenos.

PRIMER CONGRESO PANAMERICANO DE LA TUBERCULOSIS.—La comisión ha fijado los siguientes temas oficiales:

I.—*Sección Patología.*—Concepciones actuales sobre la Patogenia y evolución de la Tuberculosis pulmonar: Herencia, terreno y contagio.—Complicaciones de la tuberculosis pulmonar: Su patogenia y tratamiento.

II.—*Sección Profilaxis.*—Formas filtrables, saprofíticas y no ácido-resistentes del bacilo de Koch: Su importancia en la patogenia y la profilaxis de la tuberculosis.—Resultados actuales de la lucha antituberculosa.—Vacunación antituberculosa.—Acción social y acción de gobierno en la lucha contra la tuberculosis.

III.—*Sección terapéutica.*—Quimioterapia de la tuberculosis.—Climatología y Climatoterapia.—Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.

Las sesiones durarán seis días hábiles, comprendiendo la sesión de apertura y la de clausura. Comenzarán el lunes 10 de octubre por la mañana para terminar el sábado por la noche. En los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes, se discutirán los trabajos. El día sábado serán votadas las conclusiones. Durante la semana se realizará un programa de visitas a los Hospitales, Asilos "Tránsito C. de Allende", de la Misericordia, Rawson, Sanatorio de Santa María, Ascochinga y demás establecimientos hospitalarios u otros de interés en la ciudad de Córdoba y sus alrededores.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El Congreso se dividirá en tantas secciones, como lo exijan el número de trabajos, y los distintos temas.

Los trabajos, proyectos y comunicaciones, deberán ser remitidos a la secretaría de la Comisión organizadora, en Córdoba, (República Argentina), Avenida General Paz, 87, local del Círculo Médico, antes del día 30 de agosto de 1927, a fin de poder confeccionar las órdenes del día con la anticipación necesaria. Los que se presenten después de esa fecha serán tomados en consideración si el tiempo lo permite.

SE APLAZA EL CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA.—Lima, 3 de junio de 1927.—Teniendo en consideración: Que el número de temas planteados por el Cuerpo Médico para la celebración del Primer Congreso Nacional de Medicina, hacen conveniente señalar mayor tiempo para su organización y para la preparación de los trabajos que han de ser motivo de sus deliberaciones;

Estando a lo informado por el Círculo Médico Peruano y teniendo en cuenta el desarrollo que ha tenido su iniciativa;

Se resuelve: El Ministerio de Fomento dispondrá lo conveniente para que el Primer Congreso Nacional de Medicina, Cirugía, Higiene, Asistencia Social, Pedagogía y Deontología Médica, convocado para los días 20 a 27 de julio, se celebre en Lima, del 15 al 23 de diciembre próximo.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Presidente de la República.—*Masías.*

Bibliografía

NEUROLOGIE.—por A. Tournay. un vol. en 16º de 316 páginas.—*Gastón Doin y Cie., Editeurs.*—París 1926.—19 fr.

Pertenece este tomo a la colección "Les Consultations journalieres" y en él encontrará el médico una gran cantidad de problemas prácticos de las enfermedades nerviosas, todos ellos perfectamente clasificados, exponiendo de una manera metódica, concisa y clara, todas las informaciones clínicas y las indicaciones patogénicas y en consecuencia las decisiones terapéuticas a tomar, indicando Augusto Tournay en este pequeño libro todos los detalles indipensables para cada tratamiento. Es un libro de gran utilidad.

DERMATOLOGIE por Jean Gaté.—Un vol. en 16º de 438 páginas.—*Gastón Doin y Cie., Editeurs.*—París 1926.

Universidad del Perú. Decana de América

El autor de este libro, que pertenece a la colección francesa de "Consultations journalieres", se ha preocupado de hacer fácil para el práctico, esta rama de la medicina.

En la *primera parte* se exponen todos los recursos terapéuticos que el práctico tiene a su disposición. *La higiene general*; los medios biológicos; los *tratamientos locales agrupados* en dos secciones: *fisioterapia* y *quimioterapia* constituyen otros tantos capítulos en los cuales encontrará el médico la manera de obrar y las indicaciones de los distintos agentes.

La *segunda parte* pasa revista a las *lesiones elementales* cuyo conocimiento perfecto es indispensable al dermatologista, pues constituyen el hilo conductor que permitirá comprenda la terminología dermatológica y conducirá a formular un diagnóstico correcto.

La *tercera parte* está dedicada al estudio de las *dermatosis* que se encuentran agrupadas según su *aspecto objetivo;* según su *localización;* según los *factores etiológicos.* En cada dermatosis se hace un *estudio semiológico* lo más preciso y claro, una *discusión diagnóstica,* un *estudio etiológico* y la exposición detallada de la *terapéutica* apropiada.

Este es el plan seguido por el autor en su interesante libro dedicado principalmente a los prácticos que deseen familiarizarse con la ciencia dermatológica.

LA VECCHIAIA PUO ESSERE RITARDATA? por el profesor Nicola Pende.—Un folleto de 20 páginas y 4 figuras en el texto.—*Editorial Romana Medica.*—Roma, 1927.—5 liras 50 céntimos.

La teoría y la práctica del rejuvenecimiento, colocados en la escena del gran público con las experiencias de Voronoff y de Steinnach, basadas en la reactivación sexual y tonificación neuropsíquica pasajera, están hoy caídos a causa de tener una base fisiológica errónea.

El problema de la defensa contra la vejez, puede hoy instituirse de manera verdaderamente científica y con la más grande probabilidad de éxito, gracias al estudio de los temperamentos endocrinos individuales (es decir de las individualidades humanas, dotadas de particulares aptitudes funcionales de ciertas glándulas de secresión interna) y gracias al conocimiento de la influencia que estas glándulas tienen sobre la vitalidad de los tejidos.

Los fenómenos de envejecimiento, no son determinados por la insuficiencia de ciertas glándulas de secreción interna, sino por todas, que deciden la época de aparición de los fenómenos seniles de otros órganos, y su forma. Según los estudios de Pende y de otros endocrinologistas, las glándulas que condicionan la involución senil son por orden de importancia: la hipófisis la glándula genital, la tiroides, la suprarenal, y cada una de ellas es responsable de un grupo de *fenómenos avanzados* de la vejez.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Según el autor, es posible prolongar durante muchos años el estado de equilibrio funcional y de productividad, característica de la edad fuerte, estable y fecunda de la vida, retardando el desequilibrio funcional signo avanzado de la vejez, haciendo una cura periódica de activación de ciertas glándulas en la época de la vida de 35 a 40 años.

LE SANG por Augusto Becart. Un vol. en 8º, 140 páginas.—*Gastón Doin y Cie., Editeurs.*—París, 1927.—18 fr.

En este libro, escrito especialmente para el médico práctico, el doctor Becart enseña el interés que ofrece el estudio de la sangre, hasta el punto que dice que: "el examen de la sangre debe entrar en la práctica corriente".

Libro de lectura fácil, enseña a todo médico no sólo a ejecutar correctamente este examen, sino a interpretar los resultados.

En los capítulos la sangre en las infecciones, el estado anemico, el estado leucémico, la anemia esplénica, la sangre en las afecciones parasitarias, los síndromes hemorrágicos, el autor trata de las modificaciones sanguíneas encontradas en el curso de estas afecciones y expone la manera de establecer un diagnóstico hematológico y un tratamiento racional.

EL A. B. C. DE LA PUERICULTURA MODERNA por el Dr. Marcel Prunier.—*Editorial Generación Consciente.*—Valencia 1927.

He aquí un libro cuya falta sentíse verdaderamente. El ideal de toda madre es hacer de su hijo un hombre fuerte y apto para la vida, pero generalmente, por la deficiente educación que a las jóvenes se las da en estas cuestiones, desconocen casi en absoluto aquellas reglas higiénicas y los conocimientos indispensables para dotar a sus frutos queridos de la capacidad física, belleza y salud necesarias para hacer de ellos seres felices y robustos. El Dr. Prunier viene a llenar cumplidamente este vacío con su hermoso librito, escrito en forma clara y sencillísima, de modo que se hace indispensable en todos los hogares.

GUIA Y FORMULARIO DE TERAPEUTICA por V. Herzen. Trad. española de la 12ª y última edición francesa por el Dr. J. Espasa y Escayola.—*Editores Espasa y Calpe, S. A.*—Barcelona, 1927.

La obra de Herzen, de la cual acaba de publicar la Editorial Espasa-Calpe, una traducción de la duodécima edición francesa, no necesita de recomendación alguna, ya que desde hace muchos años se ha convertido en el libro de consulta indispensable para la práctica cotidiana. Su éxito lo demuestra la rapidez con que se suceden las ediciones en Francia y el haber sido traducida repetidas veces al italiano y al español.

En la presente edición aparecen numerosas modificaciones, en consonancia con los progresos de la terapéutica. El autor

Universidad del Perú. Decana de América.

se ha esforzado en que su *Guía y Formulario de Terapéutica* conserva el espíritu y las cualidades que había procurado dar a la primera edición: *concisión, claridad y utilidad práctica.*

La traducción está hecha con todo esmero por el Dr. J. Espasa y Escayola. La presentación material de la obra confirma el renombre de la Editorial Espasa-Calpe.

TRABAJOS Y PUBLICACIONES DE LA CLINICA DEL PROFESOR PEDRO ESCUDERO.—Volumen segundo.—*"El Ateneo", editor.*—Buenos Aires, 1926.

En un tomo de más de quinientas páginas, espléndidamente editado reune el profesor Escudero trienta y nueve trabajos llevados a cabo, bajo su dirección, por el personal de su clínica médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires durante el año 1926.

Los méritos del profesor Escudero como clínico y como maestro se ponen de relieve una vez más con la publicación del libro que origina este análisis bibliográfico.

En el tomo que motiva estos comentarios sobresalen una lección del profesor Escudero sobre "Utilidad de las grasas en la institución de un régimen adecuado en los diabéticos", en la que se examinan los puntos de vista de Allen-Joslin, Petrén, Labbé Maignon y otros eminentes diabetólogos, al par que el autor sitúa su manera personal de interpretar las necesidades bromatológicas del diabético; un estudio sobre "Infartos múltiples del pulmón como complicación post-operatoria en cirugía abdominal", y un trabajo sobre la dosificación insulínica en colaboración con el Dr. Martín Yriarth, uno de sus jefes de clínica y trabajos prácticos.

Igualmente merecen mencionarse "Biopsia Medular: su técnica y sus aplicaciones" y "Utilización de la biopsia medular como base de clasificación de las eritrocitosis y como elemento de diagnóstico de la ictericia hemolítica".

LA SIERRA Organo de la Juventud Renovadora Andina

Dirección: J. Guillermo Guevara

LA CONDESA, 152 LIMA - PERU

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Dr. EDMUNDO ESCOMEL

que, por iniciativa del "Ateneo de la Juventud" de Arequipa, ha recibido el homenaje del Mundo sabio, con motivo de su vigésimo quinto aniversario profesional.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Trepanación del seno esfenoidal por el procedimiento de Segura

Por el Dr. JUAN JOSE MOSTAJO

La amable invitación de mi maestro el profesor Denegri, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, hace que me permita distraer la atención de ustedes sobre la trepanación del seno esfenoidal por la vía endoseptal que merced a mi estada en Europa tuve la oportunidad de apreciarla y ayudar en algún caso. En efecto, en el mes de mayo de 1923, asistí a una demostración que en el hospital Lariboisiere de París, servicio del Profesor Sebileau, hacía el profesor Segura de su método. Operó tres casos y presentó diez enfermos curados; entre los que se hallaban sinusitis esfenoidales purulentas y sinusitis secas. Desde entonces, el plato del día en los servicios especializados de Francia, es el tratamiento de las sinusitis sin pus o sinusitis secas o como las llama el profesor Segura "sinusitis sin sinusitis" y del mismo modo que la broncoscopia nació de una falsa maniobra del profesor Killian que introdujo accidentalmente un tubo esofagoscópico en la tráquea, la sinusitis esfenoidal seca, fué descubierta gracias a la ejecución de una operación sobre la hipofisis por la vía endoseptal. Abierto el seno esfenoidal, el cirujano no pudo continuar la operación y dejó para un segundo tiempo la trepanación de la pared superior del seno para penetrar en la hipofisis; pero con gran sorpresa, los dolores que aquejaban al enfermo, se quitaron pocos días después de esta operación interrumpida. Este hecho que poseía el valor de una verdadera experiencia, demostró claramente que el seno esfenoidal era el responsable del síndrome hipofisario que había decidido la operación.

La importancia cada día más grande del origen nasal en la etiología de los dolores de cabeza, la comprobación de que muchas veces, éstos se quitan resecando los cornetes, resecando el tabique desviado o abriendo el seno esfenoidal o etmoidal, hacen que el médico de hoy, cuando diseca una cefalea debe pensar siempre en su origen nasal y muy especialmente en el seno esfenoidal que estando colocado en el centro del cráneo y costeado por nervios muy importantes de los que está separado tan sólo por delgadas paredes y en algunos casos, sólo por la mucosa, hacen que el seno esfenoidal haya conquistado un sitio en la patología.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Hay dos clases de sinusitis esfenoidales, las purulentas y las secas. Las primeras tanto si son agudas como crónicas, no existen aisladas y forman el cuadro clínico de las pansinusitis. En cuanto a las segundas, las "sinusitis sin sinusitis" son graves, porque son causa de la mayoría de las neuritis ópticas retrobulbares en todas sus gamas desde la simple congestión papilar, hasta la atrofia con ceguera completa; de ciertas neuralgias del trigemino rebeldes a los tratamientos corrientes; de la jaqueca oftálmica; de varios desórdenes: coriza espasmódico, disnea, palpitaciones, algias cérvico faciales que caracterizan el síndrome esfeno palatino. Todos estos trastornos han impuesto aceptar este enunciado: en presencia de lesiones que se radican en los troncos nerviosos que se avecinan al seno esfenoidal, la abertura de éste, tanto si parece sano como si está enfermo, puede acarrear completa o incompletamente la desaparición de los síntomas; naturalmente esto no quiere decir, diferir un examen atento y minucioso de los enfermos, sino solamente tener presente el postulado general de la medicina que los datos positivos son los únicos que prueban, los negativos no tienen valor.

Para proceder a un examen metódico de estos enfermos, hay que verificar la exploración con gran cuidado, porque el cirujano decide le intervención después de los resultados del examen clínico. El orden del examen será, la rinoscopia anterior y posterior, el cateterismo, la radiografía y el examen general. La rinoscopia anterior y posterior debe hacerse siempre a la cocaína adrenalina. De la primera Harter dice: "Después del uso de la cocaína adrenalina, si no hay espacio libre entre el nivel inferior del borde del cornete medio y la parte postero superior de la nariz y si toda esta región está completamente cerrada, este signo es patonogmónico de un ataque esfenoidal". Cuando se ha conseguido hacer accesible la región etmoido esfenoidal y se puede apreciar que la mucosa está engrosada y cubierta de una secreción gelatinosa; cuando se comprueba que existe una costra o secreción venida del meato superior y esto es visible al nivel de la parte postero superior del cornete medio, nosotros podemos diagnosticar una sinusitis esfeno etmoidal. Por la segunda se investigarán sobre todo las fosetas peritubarias que continúan los recesos esfeno-etmoidales donde vienen a desembocar las secreciones; en los casos difíles en los que hay muchos reflejos, se procede a esta rinoscopia haciendo la anestesia del velo, para lo cual basta hacer dos botones de infiltración a cada lado de la uvula.

En cuanto al cateterismo, hay dos vías, la directa y la indirecta; nosotros recomendamos la primera como la más segura y mejor.

Por lo que respecta a la radiografía; además de un radiograma de frente y otro de perfil, debe tomarse siempre un radiograma con placa intrabucal.

La cirugía del antro esfenoidal, ha seguido una evolución paralela a la evolución de la rinología en la que se marcan tres

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

períodos perfectamente definidos. Primer período, médico, método endonasal prudente; segundo período quirúrgico, anchas vías de acceso externas y tercer período, que es el que nosotros vivimos, la aplicación a nuestra especialdad de los grandes principios de terapéutica quirúrgica que son técnica segura, racional, adecuada y verdaderamente rinológica. Hoy sólo deben utilizarse para la trepanación del seno esfenoidal las vías endonasales que son: la vía de los cornetes indicada cuando además del seno esfenoidal están atacadas las células etmoidales posteriores y la vía del tabique cuando se trata de una sinusitis esfenoidal pura.

Pero como el tiempo de que dispongo es escaso y como mi objeto principal es hacerles una demostración práctica de la bondad del procedimiento endoseptal, voy a ejecutar la operación. Breves palabras para fundamentar mi intervención. El enfermo que tienen a la vista es un muchacho de 28 años que desde su niñez padece de obstrucción nasal, resfriados continuos y desde hace dos años sufre de una cefalea de localización occipital, tiene frecuentemente vértigos y un estado de torpeza intelectual que él combate tomando repetidos purgantes. Ha notado que la visión le disminuye.

El examen rinoscópico nos demuestra una desviación del septo y la presencia de secreción en la región etmoido esfenoidal, la rinoscopia posterior descubre secreción que el enfermo la expectora y nos dice que cuando le viene en abundancia se siente mejor. Los globos oculares son sensibles a la presión y son dolorosos los movimientos extremos, el examen del fondo del ojo da una congestión papilar intensa en ambos. El Wassermann es negativo y las orinas normales. Respecto de la radiografía, el técnico nos dice estar atacado el seno esfenoidal.

A este enfermo al que ustedes ven tan tranquilamente sentado, le voy a practicar la operación que más me ha satisfecho de todas las novedades quirúrgicas que he tenido la suerte de presenciar durante mi viaje de estudio por Europa y Estados Unidos. La técnica con que voy a actuar es ecléctica; sólo en el tiempo esfenoidal es del profesor Segura, pues el tiempo de la resección submucosa del tabique es del Dr. Halle de Berlín con algunas modificaciones del Dr. Jefferson Faulder de Londres.

El paciente está bajo la influencia de una inyección de morfo atropina y voy a proceder a la anestesia. Con un especulum de Chiari entreabro mis fosas nasales y cuidadosamente toco y fricciono todos los recesos nasales con porta algodones muy delgados empapados en una solución alcohólica de cocaina al 10% que tiene la doble ventaja de desinfectar la nariz y producir una anestesia más intensa por la evaporación del alcohol. Después de conseguida la insensibilidad de la mucosa, procedo a inyectar todo el tabique por ambos lados, con una solución de novocaina adrenalina al medio por ciento; esta inyección, la practico precisamente entre el pericondrio y el plano osteo cartilaginoso que es la zona decolable, avascular—es decir,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

subpericondral—y no entre la mucosa y el pericondrio que es la zona adherente y vascular. Se conoce que la anestesia es perfecta porque el tabique toma un color blanco de marfil. En seguida coloco la escupidera especial de Halle y procedo a desinfectar la piel de la región operatoria con alcohol, después anudo el campo especial provisto del defensor de Halle, lo que me permite tener solamente descubiertas las ventanas de la nariz. En seguida comienzo mi operación, teniendo mis instrumentos dispuestos en dos mesas; una para le resección del tabique y otra para la trepanación del seno esfenoidal. Coloco el especulum de Palmer y practico una insición de la mucosa en U, una de cuyas ramas es paralela al dorso de la nariz, otra perpendicular a la anterior y la tercera paralela al suelo nasal. En seguida comienzo a desprender mi mucosa en toda la parte cartilaginosa y ósea del tabique, después secciono el cartílago a 2 milímetros por encima de la sección de la mucosa y comienzo a desprender la otra mucosa colocando previamente un espéculum en la otra fosa nasal para comprobar de visu que el desprendimiento lo hago submucoso y que en la disección no perforo la mucosa que es punto esencial de la operación dejar intacta; hago el desprendimiento de la misma extensión que en el otro lado y después coloco un especulum de Killian el que separándome las mucosas de ambos lados me presenta el tabique al centro. Con un cuchillo de Ballenger de lámina giratoria reseco todo el tabique cartilaginoso; la parte ósea, lámina perpendicular del etmoides y el vomer lo reseco con la pinza de Jansen y con escoplos apropiados. Ha terminado el primer tiempo y voy a proceder a descubrir la cara anterior del esfenoides, para esto empujo mi especulum y con las espátulas de Segura comienzo a desprender la mucosa de la cara anterior del esfenoides hasta que la presento nítidamente; entonces veo el cuadro esfenoidal que les presento con el pico en el centro y la cara anterior de los dos senos a ambos lados, disposición que semeja la proa de un barco. Mi especulum me permite utilizar las dos manos y antes de trepanar coloco por dos minutos un tapón de cocaina adrenalina para ver bien y anestesiar. Cojo el escoplo de Segura y ataco el pico en la parte superior y en la parte inferior; hacia arriba la zona de ataque debe quedar distante del techo de la fosa nasal lo menos 6 milimetros, por el contrario en la parte inferior es necesario abrazar toda la porción del esfenoides en relación con el turbérculo del vomer. Trepano en seguida las partes laterales; es, a este nivel que el resbale de la gubia hacia afuera es particularmente dañoso, porque las caras laterales del rostrum, se presentan oblicuamente a la gubia y un escape podría herir el seno cavernoso con todas sus fatales consecuencias. Con una pinza de Luc quito el cuadrado de la trepanación, como les decía, que tiene exactamente la forma de una proa de buque y pueden ver perfectamente porque tenemos una gran extensión como el tabique intersinusal es siem-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

pre mediano al nivel de la cara anterior del esfenoides. En seguida, agrando mi trepanación no a expensas de la pared súpero externa, porque la presencia del nervio óptico, el nervio vidiano, la arteria oftálmica lo impiden, sino a expensas de la pared inferior y de las paredes laterales. Después quito el tabique intersinusal hasta la pared posterior del seno. En seguida exploro el seno a la simple vista con el salpingoscopio y con el estilete y según el estado de la mucosa me contento simplemente con el drenaje o con el curetaje. Me falta tan sólo hacer el drenaje para concluir mi operación para lo que saco el especulum y lo aplico en lo fosa nasal hasta el nivel de la trepanación, ahí incindo la mucosa de arriba abajo y el resto de la mucosa septal lo aplico una contra otra. En seguida con la aguja de Halle coloco dos o tres puntos a la incisión de mucosa en la parte inferior del tabique y termino mi operación dejando dos mechas de gasa yodoformada para mantener abierto el drenaje y colocando dos láminas de jebe de Lake para mantener asociadas las dos mucosas. A las 48 horas retiro los jebes y las mechas y el tratamiento postoperatorio ha terminado.

Ven ustedes lo elegante y anatómica que es esta técnica, no necesita de brechas formidables, ni deja cicatrices indelebles, quedan los órganos en su fisiologismo perfecto, no hace correr riesgo alguno para la vida del enfermo y es esto que contrariando el postulado de que las conclusiones definitivas no son posibles en medicina, la proclamo como la única vía por la que debe procederse a la trepanación del seno esfenoidal en los casos de sinusitis esfenoidal y no es más que a título de recuerdo y de recuerdo doloroso que se pueden mencionar la abertura del seno esfenoidal por la vía externa (orbitaria o etmoidal) o por la vía trasmaxilar.

Además, se nos ocurre, y me propongo hacerlo, que esta técnica debe ser el tiempo preliminar para el tratamiento de los tumores de la hipófisis por la radiumterapia. Partiendo del principio que para tratar un tumor por el radium hay que exteriorizar,—si se puede—la única manera de exteriorizar un tumor de la hipófisis sería hacer la trepanación esfenoidal y colocar en el interior del seno un tubo de radium.

GUIA LASCANO
De todas las profesiones, inclusive los médicos.
110.000 direcciones.
NUÑEZ 265
APARTADO 1971.— TELEFONO 3673

Universidad del Perú. Decana de América

Abscesos prostáticos no venéreos

Por el Dr. LUIS ARIAS SCHREIBER

En los dos últimos años he tenido oportunidad de observar dos casos de abscesos de la Próstata en dos sujetos que no presentaban antecedentes blenorrágicos, y que además no ofrecían pasado urinario, hasta el momento de la enfermedad actual, y como no son casos tan comunes me apresuro a comunicarlos.

Primer caso.—N. N., mayordomo de una familia residente en Miraflores, de 42 años de edad, al que atendí de urgencia en mes de setiembre de 1923, pues hacía treinta horas que estaba en retensión completa.

No hay antecedente de infección gonocócica y sifilítica. Hemorroidario antiguo. Pasado patológico urinario ninguno, hasta veintiocho días antes, que empezó con perturbaciones en la micción, sensación de peso en el periné y estreñimiento pertinaz. Pasados los primeros diez días tuvo que guardar cama, pues, le era imposible estar de pie; tenía fiebre que se interpretó como de infección gástrica. Las molestias al orinar crecieron, así como la frecuencia; orinas de mal olor, hasta el día antes del examen, en que ya no pudo orinar. Como la retención era aguda y febril precisaba investigar la causa.

A la inspección lo que primero se notaba era el abovedamiento abdominal; la exploración interior de la uretra, la encuentro permeable en su parte libre siendo imposible franquearla en su parte fija. Hice la exploración rectal, obteniendo los datos siguientes: Hemorroides, Próstata abultada, lisa y con empastamiento difuso y doloroso. Un nuevo intento de cateterismo con una sonda prostática Nº 18 encuentra infranqueable la uretra prostática; al retirar la sonda para hacer el cateterismo con otra de menor número me sorprende la salida de una cantidad de pus por la uretra; lavada ésta, vuelvo a intentar el cateterismo, que esta vez se consigue franqueando la uretra prostática para llegar a la vejiga; se extraen 1,200 gramos de orina clara y con lijero olor amoniacal.

El análisis de la orina evacuada no revela nada anormal.

Al día siguiente, antes de hacer el lavado uretral y vesical, recojo el pus que analizado en el Laboratorio Almenara dió: diplococos y numerosos colibacilos.

Este enfermo curó a los dos meses, empleando sólo lavados uretrales con Permanganato de potasa, seguidos de insti-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

lación de aceite gomenolado, irrigaciones rectales y masaje de la Próstata.

Diagnóstico.—Absceso prostático abierto en la uretra.
Causa predisponente: hemorroides y estreñimiento.
Agente de la infección: Colibacilo.
Resultado: Curación.

Segundo caso.—Se refiere a N. N. ciclista, de 23 años de edad, sufre un golpe en la región perineal al pasar por un bache. Golpe que no le dió la importancia que merecía, puesto que al dia siguiente sigue atendiendo sus ocupaciones; es después de ocho días que siente cierto malestar para orinar, fiebre continua y se presenta al consultorio.

Antecedentes: No ha tenido blenorragia, no tiene tampoco ningún antecedente de sífilis, como tampoco nada que haga pensar en la tuberculosis, sólo recuerda haber tenido Paludismo hace 6 años.

Del reconocimiento que hice resultó tener 38 grados de fiebre, ningún flujo uretral, ni cicatriz en los órganos genitales. Al hacerle orinar se comprueba que la hace con mucha dificultad, el chorro retardado y muy fino, la vejiga se vacia incompletamente, y hay mucho tenesmo. El tacto rectal demostró que la Próstata está dolorosísima, en el lóbulo derecho, el cual está más abultado y más caliente que el izquierdo. No existe infiltración, en la periferia de la glándula; sólo se nota una sensación vaga de fluctuación en el lóbulo derecho. Una sonda exploradora del Nº 12 que se detiene en la región prostática; lo mismo ocurre con el Nº 10. Sustituyo esta exploradora por una de Nelaton Nº 8, dando salida a 500 gramos de orina clara.

Indiqué al enfermo la conveniencia de una operación, siendo aceptada; llevada ésta a efecto por vía perineal con buen resultado dió salida a unos 60 gramos de pus; este enfermo curó a los 23 días.

Analizado el pus por el Dr. Manuel Chueca dió ausencia de gonococo y presencia de colibacilo y estafilococo.

Diagnóstico.—Absceso prostático. Causa predisponente: caída a horcajadas.

Agente de la infección: colibacilos y estafilococos.

Expuestas las dos historias clínicas voy a decir algo de la etiología, la sintomatología, tratamiento y pronóstico de los abscesos de la próstata.

Etiología de los abscesos de la próstata.—En la etiología de los abscesos de la próstata hay que estudiar 1º, los agentes de la infección; 2º, las causas que favorecen la exaltación de la virulencia de los microorganismos y 3º, los distintos caminos que pueden seguir los agentes de la infección.

1º, *Agentes de la infección.*—Los microorganismos que más frecuentemente ocasionan la infección prostática, (aparte los *gonococos)* son los estafilococos y el colibacilo, el neumococo, estreptococo, diplococo, el bacilo de Eberth, el coco bacilo de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Pfeiffer, y el bacilo de Koch determinado éste, el absceso tuberculoso de la Próstata.

2º Las causas predisponentes y ocasionales que favorecen la infección son unas fisiológicas y otras patológicas. La congestión prostática provocada por la retención de orina, la masturbación desenfrenada, los abusos del coito, los excesos en las comidas, las poluciones nocturnas, várices, y congestiones de los plexos venosos recto-prostáticos, pero todas estas causas sólo obran debilitando el terreno, y de este modo aumentan la virulencia de la infección primaria. Las contusiones son importantes como en el caso que he señalado, por sí mismas para originar el absceso de la Próstata. Las hemorroides, las fisuras de ano, el estreñimiento, son también causas que predisponen.

3º Los distintos caminos que peden seguir los agentes de la infección son por vía circulatoria sanguínea y linfática, por los conductos escretores de los acinis prostáticos.

Los *síntomas* de mayor importancia clínica de los abscesos de la próstata, aparte de los generales que corresponden a toda infección aguda, son: el dolor, los trastornos en la micción y los desórdenes en la defecación.

El dolor se encuentra localizado en la parte profunda del periné y al nivel de la región del ano, es sordo, intenso, se exalta con el menor movimiento de los muslos y sobre todo por los esfuerzos en el acto de la micción y de la defecación. El dolor se irradia por todo el pene hasta el glande, y se extiende a la parte posterior de los muslos y a la región lumbar y sacra. Los dolores son muy vivos y sólo se consigue un poco de calma a sus tormentos, haciéndose un ovillo en la cama, es decir, relajando todos los músculos de la flexión, en cuya posición encontraremos al enfermo si lo vemos en pleno período agudo.

Desórdenes en la micción.—Las ganas de orinar resultan frecuentes con el deseo que hay de hacerlo a cada momento, y resulta que sólo salen unas cuantas gotas de orina por el meato a costa de grandes sufrimientos, repitiéndose sin cesar a cada instante, pareciéndole al paciente que su vejiga está siempre repleta.

Las perturbaciones en la defecación.—Resultan de mucha significación, y al sumarlas al cuadro que acabo de trazar, ya se podía imaginar cuál será el estado de desesperación del enfermo.

El *tratamiento* de los abscesos de la próstata es el *quirúrgico,* y deben ofrecerse lo más pronto posible y sobre todo con oportunidad; tanto los abscesos prostáticos y periprostáticos de origen rectal como los concomitantes con las hipertrofias prostáticas y las secundarias a los traumatismos de dentro o fuera—falsas vías o de fuera a dentro—heridas del periné, como también los abscesos de origen metastásico (los que se observan en el curso de una infección general) y en los abscesos de origen uretral.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Las vías de acceso que se han de seguir en los abscesos de la próstata son cuatro: la vía perineal, la vía rectal, la vía abdominal y la vía uretral.

Vía perineal.—Este es el camino de elección, tiene muchas ventajas y sólo un inconveniente muy relativo, que es la pereza en la cicatrización de la herida, que obliga al enfermo a guardar cama algunas semanas. En cambio las ventajas son el examen completo de la cavidad o cavidades purulentas, abrir éstas metódicamente, facilitando el desagüe y el taponamiento si hubiera hemorragia, y por último, evitar las asociaciones microbianas con la flora bacteriana que existe en el recto y en la uretra de las orinas infectadas.

Vía rectal.—Hasta 1874 la vía de elección de los abscesos de la próstata era la rectal, conforme con los consejos de Record, Tompson, Guyon, etc. Después de esa fecha, Dittel obtuvo muchos éxitos operando por el periné, quedando relegada al olvido.

La intervención por vía rectal es muy fácil, pero no está exenta de peligros. Las arterias hemorroidales presentan una gran actividad circulatoria, influenciadas por la inflamación prostática, y la hemorragia puede ser inquetante al seccionarlas en el momento de abrir el absceso. Para evitar en lo posible esta contingencia, se coloca una valva en la pared posterior del recto, cuya concavidad sirve de reflector e ilumina la pared anterior; con el índice de la mano izquierda que sirve de guía se busca un punto exento de pulsación arterial y por él se introduce el bisturí, esta abertura, puede ampliarse después, si es necesario, con una pinza de forci-presión abriendo sus dos bocados. Aparte de la hemorragia no tiene otra complicación, sobre todo cuando se emplea en los abscesos que evolucionan en la periferia de la próstata hacia el recto.

La vía abdominal o *vía hipogástrica* o *cistostomía transpubiana.*—Esta debe aplicarse a los abscesos que evolucionan en los enfermos prostáticos retencionistas porque permite practicar la *prostatectomía* en caso de necesidad.

La vía uretral.—Velpau y Salleman defensores de ella, se valían de una sonda cónica, la cual, introducían en la próstata a ciegas y por lo tanto, sin saber lo que hacían y con los compromisos de toda intervención sin dirección ocular o de dedo; fué abandonada.

Hoy y en lo sucesivo la vía uretral puede tener algunas más indicaciones, sobre todo para los abscesos centrales de evolución uretral, valiéndose de la Urestroscopia. y creo que con un buen manejo y práctica del Uretroscopio el fundamento de haberse abandonado esta vía—hacerlo a ciegas—ha desaparecido y en algunos casos tiene su aplicación.

Resumiendo lo dicho, en nuestro concepto, la elección del camino para llegar a la próstata no es dudoso; según la naturaleza y evolución del absceso seguiremos la vía perineal, o la rectal, la uretral o la transpubiana. Si el absceso forma un gran relieve en el recto y la fluctuación es manifiesta, por

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ahí es donde debe abordarse, más antes tenemos que comprobar que el pus no ha buscado salida por la uretra; siendo así, expondríamos al enfermo a una fístula recto-uretral, de cuya rebeldía no pensamos insistir.

Cuando se comprueba la salida de pus por la uretra, ya podemos comprender lo difícil o imposible que ha de ser vaciar y curar una colección de pus tan difusa con un desagüe tan pequeño. En estos casos será preciso derivar el pus por vía perineal.

Cuando la localización del foco no es posible comprobarla con certeza sino sólo presumirlo y suponemos que existen muchas colecciones purulentas, es necesario operar por el periné ya que esta vía nos permite el reconocimiento de todos los focos de supuración y se pueden poner en comunicación los distintos departamentos rompiendo con la sonda acanalada los tejidos que los separan.

Cuidados postoperatorios.—Una vez abierto el absceso no olvidemos hacer todos los días una metódica y suave expresión de la glándula; para facilitar el desagüe y al mismo tiempo ir reduciendo las cavidades purulentas. Agotado el pus, reducidas las cavidades y cerrada la abertura perineal, rectal o periprostática el enfermo no se debe abandonar. Si el líquido prostático contiene una cantidad crecida de leucocitos y la consistencia de la glándula es dura y de superficie irregular, síntomas de una prostatitis catarral, debe tratarse ésta con insistencia por las prácticas corrientes. Este tratamiento, aplicado con método desde el principio, da casi siempre resultados muy satisfactorios y evita las recaídas; no haciendo ésto, la prostatitis puede hacerse crónica, y ser mucho más rebelde y de mayor significación clínica.

De lo anteriormente expuesto, llego a las siguientes conclusiones: 1º Todo absceso que evoluciona en la próstata en sujetos que no han presentado ningún antecedente blenorrágico ni luético debe ser considerado como un absceso prostático no venereo. 2º Las supuraciones de la próstata menos graves son las que evolucionan en la región periuretral y que tienen por centro los fondos de saco glandulares, y los más graves los que se desenvuelven en la pared superior de la próstata y los que evolucionan en su extremo; y 3º En el tratamiento de los abscesos prostáticos no se debe dar ninguna preferencia a determinada vía, es según la naturaleza, la evolución y localización de éste que se seguirá, ya sea la vía abdominal, la rectal, la perineal o la uretral.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El metabolismo básico como medio diagnóstico diferencial entre los estados hipertiroideos, las neurosis cardiacas y la disfunción vago simpática.

Por el Dr. CARLOS MONGE

El Metabolismo es un conjunto de transformaciones que experimentan las sustancias introducidas en el organismo para serle incorporadas o pasar a través de él dando lugar a fenómenos energéticos *(Barker)*.

En buena cuenta su estudio abarca el problema de los fenómenos físico-químicos que son el resultado de la actividad vital. La vida es una función química *(Lavoissier)*. Fué *Lavoissier* que en 1870 realizó las primeras experiencias de metabolismo en los animales y el hombre ignorándose qué aparatos pudo emplear. Las investigaciones médicas comprueban desde todo punto de vista que su técnica fué precisa.

Si hacemos el balance de los ingesta y de los excreta, veremos que la energía potencial de los primeros es mucho más considerable que la de los segundos. La diferencia ha sido aprovechada por el organismo como energía actual bajo la forma de electricidad, trabajo mecánico, calor.

Metabolismo básico.—Si suprimimos todas aquellas causas que significan un gasto de energía actual (trabajo mecánico, alimentación, estado emocional, etc.) para dejar al organismo dentro del más cercano estado vegetativo (ayuno de 18 horas, reposo absoluto, tranquilidad espiritual, exclusivos movimientos del corazón y de los músculos de la respiración), en otros términos si suprimimos toda actividad consciente del sujeto es evidente que su metabolismo se habrá reducido a un estado de gasto mínimo. Es a esto a lo que se dá el nombre de metabolismo básico.

Clínicamente, le determinación por calorimetría indirecta del Metabolismo basal es suficiente para las necesidades del diagnóstico. El método se funda en la determinación de la cantidad de O consumido en una hora en calorías y por metro cuadrado de superficie en un individuo en ayunas en completo estado de reposo físico y espiritual.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Es evidente que el trabajo en cualquier forma; estados febriles, y en general todos aquellos procesos que aumentan las combustiones orgánicas elevarán el metabolismo básico. Más todavía, es fácil inferir que el metabolismo básico será mayor en el joven que en el adulto y mayor aun en el niño. Efectivamente, según los trabajos de *Du Dubois*, el metabolismo del recién nacido expresado en calorías por hora y por metro cuadrado de superficie es de 30 a 40 calorías; en los dos primeros años de la vida alcanza 60 calorías; a los doce años comienza a descender alcanzando 50 calorías y a partir de los 20 años tiende a estabilizarse dentro de una cifra de 40 calorías. De otro lado, en ciertos estados patológicos (síndrome adiposo genital, mixedema) y en algunos que están en los linderos de lo fisiológico (obesidad) el metabolismo básico es inferior a la cifra normal. De todo lo cual se infiere, que los trastornos fisio-patológicos pueden encuadrarse—en armonía con las respuestas del metabolismo básico—en tres grupos: los de Metabolismo básico normal, los de metabolismo basal aumentado, y los de metabolismo basal disminuído.

No es nuestro objeto hacer un estudio integral de la cuestión sino únicamente ir a la búsqueda de aquellos síndromes que estén en los límites de una aparente normalidad, y que sin embargo aparezcan con toda claridad si aplicamos a su estudio la determinación del metabolismo basal. Estos síndromes corresponden a manifestaciones de hipertiroidismo mínimo y de hipotiroidismo mínimo. Sólo nos ocuparemos de los primeros.

Desde luego, es un hecho evidente que, las formas claras, de mal de Basodow (cuello grande, corazón grande, ojos grandes) no entran en nuestro estudio, puesto que se imponen a la consideración del clínico fácilmente. Pero hay que convenir en que las formas discretas de basedowismo como de hipertiroidismo en general, se acusan por pequeños signos mucho antes de que aparezcan la exoftalmia, el bocio, etc. tan característicos. En ese primer período silencioso, las manifestaciones llamadas "nerviosas" son las predominantes. Efectivamente, el paciente se queja de perturbaciones del carácter, inquietud, malestar, frecuencia del pulso, palpitaciones, adelgazamiento, sudores, sensación de miedo y son estigmatizados con el diagnóstico de neurastenia. Así ambulantes por los consultorios llega el momento en que los grandes signos de hipertiroidismo hacen el diagnóstico. Por desgracia se ha perdido el mejor tiempo para su debido tratamiento y porqué no decirlo, se ha exacerbado sus síntomas recomendándoles paseo y distracciones. Pues bien, es en estos casos que la determinación del metabolismo basal es definitiva para el establecimiento del diagnóstico.

Adenoma con hipertiroidismo.—Los trabajos de *Plummer* han demostrado de modo concluyente la existencia de dos formas precisas de hipertiroidismos. De un lado, el hipertiroidismo del mal de Basodow a que acabamos de hacer alusión y que

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

según él sería el exponente de una alteración de la molécula de tiroxina con fenómenos tóxicos (cuello grande, corazón grande, ojos grandes, hipertermia, sudación, nerviosidad, tremor, exoftalmia, perturbaciones digestivas, diarreas) y de otro lado el adenoma con hipertiroidismo, función de un exceso de tiroxina normal (cuello grande, corazón grande, taquicardia, tremor, hipertermia, sudación—jamás exoftalmia ni perturbaciones digestivas). Anatómicamente en el mal de Basedow hay una hiperplasia con hiperfunción tóxica; en el adenoma con hipertiroidismo hay adenoma generalmente visible y localizado con hiperfunción. El primero mucho más grave que el segundo. El mal de Basedow verdadero, más difícilmente accesible a los recursos quirúrgicos y recidivante, el adenoma fácilmente enucleable y con resultados excelentes de orden quirúrgico como que al fin y al cabo la operación puede hacer desaparecer el adenoma. Ahora bien, son estos casos de simple adenoma con hipertiroidismo los que con más facilidad pasan desapercibidos por la ausencia del signo acusador de la exoftalmia. Estos nerviosos dejan de serlo con una oportuna medición de su metabolismo basal y aplicando las reglas que la terapéutica dicta para estos casos.

En una comunicación que presentamos al Congreso Médico de 1913, que tuvo lugar en el Perú, señalamos la frecuencia del cretinismo y bocio endémico en los valles de la sierra, donde hicimos personalmente nuestras investigaciones sobre el particular. Pero lo más interesante para nosotros fué el hallazgo de "cotosos" que presentaban bocios basedowianos, es decir, de sujetos portadores de bocio endémico y con manifestaciones de hipertiroidismo. Estos trabajos se publicaron en "La Crónica Médica" diez años después. Pues bien, si esto es así, el problema deja de tener interés meramente académico para convertirse en un problema nacional de toda actualidad. Y a su resolución no se podrá llegar sinó el día en que sistemáticamente se aplique al estudio de los cotos la prueba del metabolismo basal.

Las neurosis cardíacas.—Todos conocemos el cuadro clínico de estos pacientes que simulan muchas veces estados hipertiroideos. El problema abarca dos fases de posible error. Los neurósicos que sean portadores de una hipertrofia de la glándula tiroides normal en muchas personas, y los que se puede creer hipertiroideos sin serlo y los hipertiroides con una glándula tiroides cuya hipertrofia no se haya manifiesta y que pueden ser tomados como "nerviosos".

He aquí, pues, todas las posibilidades de error sobre las que he querido llamar la atención para hacer resaltar la importancia de la determinación del metabolismo basal que va a establecer el diagnóstico sobre una base inquebrantable.

Algunos casos de determinaciones del metabolismo basal

Nº 1 Sr. M. B. A. Enfermedad de Adison. Prueba definitiva: 20 %.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Nº 1 Sr. V. Adenoma con hipertiroidismo. Prueba difinitiva: 20 %.

Nº 2 Sra. P. Enfermedad de Basedow. Prueba definitiva 26.5 %.

Nº 3 Sra. E. R. G. Adenoma con hipertiroidismo. Prueba definitiva: 21.1 %.

Nº 4 Srta. L. G. Neurosis cardíaca. Prueba definitiva: 5.99 %.

Nº. 5 Srta. A. L. Ch. Enfemedad de Basedow. Prueba definitiva: 30.5 %.

Nº 6 Srta. Z. V. B. 28.3 %.

Nº 7 Sr. B. L. Enfermedad de Adison. Prueba definitiva: — 6.38 %.

Nº 8 Srta. V. Enfermedad de Basedow. Prueba provisional: 51.2 %.

Los problemas legales en la lucha antivenérea

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA

Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina

(Continuación)

II

ACTUACION PROFESIONAL Y CURANDERISMO

> Si se reflexiona acerca de la charlatanería médica en todos los pueblos y tiempos, se verá lo exacta que es que es la definición de charlaatanismo: la propagación de las dolencias y vicios sexuales y de la deshonestidad.
>
> ***Iwan BLOCH.***

Bien merece, al estudiar los problemas legales en la lucha antivenérea, que dediquemos un capítulo especial a todo lo concerniente a la actuación del facultativo en la atención de estas dolencias, por constituir este tema un punto delicado de deontología médica, de lo más árduo y difícil, que plantea graves cuestiones en la labor profesional diaria. A igual tiempo, cabe conjuntamente estudiar todo lo referente a la intromisión ilícita e ilegal de personas profanas en esta labor curativa, hecho que determina los funestos resultados que a menudo palpamos, tanto en nuestros medios aglomerados de las grandes

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

urbes, como en los pequeños poblados del resto de la República.

Nada indudablemente incentiva más la curiosidad de las personas y pone visos de mayor malicia en hechos que deberían ser de apreciación vulgar, que todo lo que se refiera a las dolencias sexuales; ello, por lo demás, es la lógica consecuencia del mismo prejuicio, producto de nuestra conservadora e hipócrita educación, que nos hace ocultar o nos obliga a hablar solamente en tono apagado, de las grandes cuestiones que se relacionan con la noble función del instinto sexual.

Y alrededor de este hecho gira obligadamente nuestra actuación profesional, para cuya labor ponemos nosotros, por desgracia, cierto aroma de misterio y no pocos *adarmes* de picardía.

Esta clase de dolencias tiene además, en cuanto a la asistencia profesional se refiere, otro aspecto que es particular: casi todas ellas, y también el mayor tiempo duración de las mismas, se desarrollan compatiblemente con una determinada aptitud para las labores diarias, o, por lo menos, son susceptibles de enmascararse, simulando cierta apariencia de buena salud. Es por eso por lo que la actuación médica se verifica casi toda ella en el consultorio, quedando por tal razón el enfermo, librado a su propia voluntad y a su buen deseo y perseverancia al entregarse y proseguir un ciclo curativo.

Precisadas estas circunstancias, veámos cuál debe ser el modo como deberá comportarse el facultativo.

Desde luego sería lógico aceptar, que el privilegio, o si se quiere, la facultad para *atender* esta clase de dolencias, debería entregarse solamente a los especialistas en esa rama de la medicina; los que, por su preferente dedicación a la especialidad, su mayor pericia por la práctica curativa constante de los mismos achaques, y también, podría añadirse, por las más completas facilidades de instalaciones especiales y peculiar instrumental utilizado, los hacen más competentes para atender y curar con mayor éxito esta clase de afecciones.

Ardiente defensor de la especialización, que pone patente ejecutoriada de garantía a la labor profesional, en lo que a venereología se refiere, creo que todos los profesionales deben hallarse en condiciones de atender un mal venéreo, sobre todo en sus formas iniciales y no complicadas. A ello obliga, a más del inmenso porcentaje de personas afectas de estas dolencias, la especial circunstancia de la confianza que los clientes depositan en un médico amigo o conocido, lo que expontanéa y facilita la labor curativa. Es por eso por lo que afirmo que la enseñanza de esta especialidad debe intensificarse lo más posible, para preparar profesionales que puedan abordar con éxito un caso cualquiera de afección venusina, de aquellos que constituyen cifra gruesa y corriente.

Debe, con todo, dejarse establecido, que al comprobarse una afección grave o presentarse bajo una forma de aquellas que se deslizan fuera del cuadro clínico que es corriente, la honradez profesional obliga al médico tratante a poner al en-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

fermo en manos de persona más experta, sin que tal paso constituya desdoro para nuestra reputación, ni venga a mortificar lo más mínimo nuestro orgullo de sapiencia.

Ya al hacernos cargo de un paciente, deberemos poner a contribución todos nuestros conocimientos y acuciar nuestra inteligencia, para lograr una pronta y eficaz curación. Es necesario eliminar, al respecto ese manto de superficialidad con que juzgamos, por desgracia, esta clase de dolencias, lo que hace que formemos en el criterio del paciente una idea por demás fútil, que sólo conduce al descuido de su mal y al menosprecio de los peligros que de él puedan derivarse.

Corresponde al profesional la educación del paciente, tanto en lo que concierne a la gravedad de su dolencia y a los preceptos que debe cumplir para lograr una rápida curación, cuanto, y sobre todo, a las precauciones que debe tomar para impedir que ella se convierta en un peligro para sus semejantes. Nada puede ser más noble y satisfactorio en el ejercicio de nuestra profesión, que esta labor educativa, conducente a aliviar un mal y a cohonestar su difusión.

A este respecto se advertirá al enfermo el carácter eminentemente contagioso de la dolencia y, sobre todo, la responsabilidad, penal y civil, a que se hace acreedor, cuando por un descuido o negligencia, cuando no por una maldad inconcebible, trasmite su mal a segunda persona. El contagio venéreo es un delito, ya lo probaremos más adelante; y quien lo comete tiene que responder ante la Justicia por la comisión de él.

Todas estas recomendaciones son más importantes cuando se hacen a personas que se encuentran en vísperas de contraer matrimonio. El papel del médico adquiere aquí un relieve especial y bordea esas árduas cuestiones que pregona y sostiene la moderna eugenesia. Consejos suaves y en forma persuasiva, en un principio; indicaciones perentorias y más precisas, en segundo lugar; conminatorias enérgicas, impositivas y aún amedrentadoras, por último; tales las fases que debe seguir el médico, cuando se halla al frente de un venereópata, que insiste en contraer nupcias. Conducente a tal finalidad y como complementario de esta actuación profesional, será la adopción del certificado médico prematrimonial, cuyo tema trataremos de desarrollar en capítulo posterior.

Tócanos ahora estudiar la controvertida cuestión del secreto profesional y las enfermedades venéreas, cuyos principales lineamientos ya he tenido oportunidad de tocar anteriormente, pero que es conveniente dilucidar con más detención en el presente capítulo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Es un principio indiscutido y aceptado por casi todas las legislaciones, que el secreto profesional deja de serlo "cuando "su revelación fuere necesaria para salvaguardar un interés "superior", como a la letra dice el artículo 363 del modernísimo Código Penal Peruano. ¿Y qué interés superior, me pregunto, que aquel que deriva en provecho de la familia, de la raza y de la especie? Las enfermedades venéreas, estamos cansados de decirlo, constituyen una espada de doble filo, que con uno amaga a la misma mano que la blande y con el otro ataca despiadadamente al conglomerado social que rodea al sujeto, en una cualquiera de sus ramas. Sus funestos resultados, a más de deteriorar profundamente al individuo que la lleva, vuelve su acción sobre los demás seres humanos que se hallan en contacto con el contagiado, se diluyen y se difunden al infinito, y, por último, se estigmatizan en los productos de la unión sexual, tendiendo a la degeneración de las especies, al producir seres más y más degenerados.

Ante tal imperativo, es baladí defender exageradamente el principio inviolable del secreto profesional; no cumple con su conciencia el médico que se abroquela en la *turris ebúrnea* para silenciar la existencia de una afección venusina, porque así lo obliga su ética profesional y así lo pide su orgullo doctoral; falta a su conciencia el facultativo que a sabiendas de que un hijo de familia, por ejemplo, se halla afecto de una blenorragia, permite que la contamine a padres y hermanas, en los actos vulgares de la vida doméstica, o de que un novio que lleva en su sangre el germen schaudinniano, lo esparza en el surco virgen de la nueva esposa y haga germinar con tan funesta semilla, a seres que arrastrarán desde la cuna el estigma degenerativo de los específicos.

Es por eso que la conciencia profesional se ha formado ya clara y precisa, en lo referente al secreto médico en relación con las enfermedades venéreas: mientras el enfermo se someta sumiso al tratamiento y obedezca fiel a los consejos de su tratante, procurando esterilizar su infección sin donarla despiadamente a segunda persona; mientras que el paciente no constituya un foco de contagio y no vaya diseminando su germen por todas partes, obligado por circunstancias especiales,—como en la prostituta, la nodriza, el soldado o el marinero,—el secreto profesional será religiosamente guardado, pues constituye confidencia que confía al médico, un paciente que pone su voluntad y hace todos los esfuerzos por mejorar y por evitar la contaminación. Pero, desde el momento en que el venéreo se abandona a sí mismo, olvida o menosprecia los consejos dados, se entrega a manos profanas o inexpertas para asistirse, y, sobre todo, persiste en contaminar su mal, sin reparar en las terribles consecuencias que de ello dimana, constituye un cargo de conciencia el continuar abroquelándose bajo un precepto que resulta írrito, inmoral e inhumano.

Este mismo tema del secreto profesional, se bordea al tratarse del certificado médico pre-matrimonial; pero aquí el asun-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

to, como veremos después, se dilucida fácilmente: el médico otorgará certificado positivo en caso de tratarse de un sujeto sano y apto para la unión nupcial, y negará ese documento a aquel invalidado para el matrimonio por una enfermedad, entre ellas y principalmente, por una afección venérea en su faz contagiosa. El secreto se guarda así y la finalidad apetecida se logra.

Respecto a la actividad médica misma, debemos igualmente dejar perfectamente establecido, la inmoralidad que resulta de ofrecer indiscretamente los servicios facultativos en esta especialidad, por medio de anuncios llamativos o más o menos sugerentes; es esta una actuación indiscreta e indigna de la honradez profesional.

Igualmente debe proscribirse el tratamiento por medio de correspondencia, que acostumbran muchos médicos y que aún se anuncia en los diarios.

Rubro importante corresponde en este capítulo, a la cuestión de la asistencia ilegal de las enfermedades venéreas, el debatido tema del curanderismo.

Es indudable que esta clase de dolencias, es de aquellas que requieren una atención profesional de lo más esmerada, con todas las garantías de un título profesional y con elementos de toda especie. Lo contrario determina como consecuencia,—lo repetimos hasta la saciedad,—de un lado, la agravación y alargamiento infinito del mal, con todas sus secuelas de complicaciones e invalidaciones; de otro, y esto es lo más importante, la mayor vulnerabilidad del peligro, pues no agotado, ni limitado el contagio, él se mantiene latente, muchas veces intensificado.

El carácter mismo de las dolencias venusinas y aquel erróneo concepto de inconfesabilidad, hace que los pacientes, en lugar de acudir donde el facultativo perfectamente autorizado por la ley, lo hagan al farmacéutico, al curioso, al charlatán, en busca de remedio para su mal. Tal el problema que vamos a estudiar.

La intromisión de personas inexpertas en esta cuestión, constituye un terrible peligro; y es por eso que toda campaña contra las enfermedades venéreas, debe contemplar esta faz, so pena de hacer labor incompleta e improductiva.

Queremos, en primer lugar, señalar al farmacéutico; al que acuden con la mayor inocencia buena parte de venereópatas, en demanda de asistencia. El farmacéutico, que no repara en la responsabilidad del acto, y que ante el apremio de una ridícula ganancia, entrega al doliente una medicación cualquiera, inócua muchas veces,—y que ojalá lo fuera siempre así,—y que otras veces se aventura hasta prescribir lavados, que ellos mismos practican, para lo que se hallan provistos en la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

transbotica del consabido irrigador y de la cánula infecta, cometiendo un delito enorme, al desviar por malos cauces terapéuticos a los pacientes. Bien saben los venereólogos los inmensos peligros de estas prácticas y no quiero ser excesivo diluyendo este tema. Queda en mi abono afirmar, que esta nefasta intervención es elúdida por muy pocos farmacéuticos, y, por lo tanto, apremia una disposición legal que corte de raiz esta corruptela, o mejor que se haga efectiva la sanción que ya indican disposiciones legales vigentes para el ejercicio ilegal de la profesión. En el Uruguay se ha propuesto, y lo mismo me permito aconsejar en nuestro país, que con carácter obligatorio e intocable, se fijen en sitios visibles de toda farmacia, botica o droguería, letreros en grandes caracteres, que digan más o menos lo siguiente:

YO SOY FARMACEUTICO Y NO SE CURAR.

Mi misión es sólo despachar recetas.

SI ESTA USTED ENFERMO, BUSQUE UN MEDICO.

Y como acción coercitiva, el castigo severo como a todo aquel que infringe esta disposición legal del ejercicio indebido de una profesión.

En segundo lugar, tenemos la nefastísima intervención de los herbolarios chinos, contra cuya plaga nunca se escribirá lo suficiente. Algo se ha hecho, aunque no lo bastante, para extirpar este mal; pero es necesario y conveniente, que se diga aquí y se pregone muy alto, que a los médicos que han tratado de emprender esta campaña, no les alienta un espíritu de rivalidad profesional, que no puede existir entre un facultativo premunido de un título que ha logrado después de largos y severos estudios y un neófito y profano absoluto del arte de curar, que sólo conoce por el manejo de unas cuantas yerbas, cuyo hábito adquirió la mayor parte de las veces, al actuar como siviente de otros herbolarios. Nuestra dignidad y nuestro orgullo profesional, están muy por encima de los que afirman que sólo vemos en los chinos a rivales que merman y rebajan nuestro renglón económico.

Los prácticos en esta rama de la medicina,—que los hay y no pocos,—con experiencia adquirida al actuar como topiqueros en clínicas y consultorios particulares, son otros tantos elementos perniciosos en este sentido. No se diga de los pequeños poblados de la República, en el que este factor abunda exageradamente; en nuestra misma capital y a vista de nuestros profesionales, bien se conoce las actividades de varios de estos sujetos, que arrastran a muchos venéreos, insentivados por la sugestión del amigo y estimulados por los ridículos honorarios que cobran estos individuos, que a la postre resultan enormes, si se tiene en cuenta la agravación y cronicidad de la dolencia.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Queda en último término el montón anónimo e incontable del aficionado y la curiosa, a los que acude el vulgo y aún el docto, en espera de un silencio de su afección y acuciado por una fama cuya falsedad son ellos mismos los primeros en palpar.

En este sentido, bueno es también citar aquí el auto-médico, es decir, al sujeto que trata de curarse él mismo, bajo la seducción de un consejo amigable, o de una lectura de cuarta plana de periódico. Los resultados de esta propia terapia no tardan en comprobarse, al observar la continuidad del mal y la presencia de las complicaciones.

Cualquiera que sea, en resumen, la forma de intervención indebida e ilegal en el tratamiento de las dolencias venusinas, es el hecho que se debe insistir mucho,—y esto es obra de la educación de nuestras masas,—para lograr apartar a estos pacientes descarreados, muchos de ellos y no pocos por culpa de su propia ignorancia, de esos senderos velados; haciéndoles comprender lo contraproducente, aún en su aspecto económico, que para ellos resulta un tratamiento por mano profana. Nada dirá más a su persuación, que la experiencia equivocada, sufrida a costa de su misma carne; es por eso que la labor educativa del médico, sobre todo en este grupo de dolencias, cobra un relieve especial, que debe cumplir el profesional que quiera dignificar su profesión.

CONCLUSIONES.

1ª—La atención de las dolencias venéreas, debe ejecutarse exclusivamente por profesionales autorizados por la ley; la nefasta intervención del curandero debe castigarse severamente, tal vez con más rigor que su actuación en otras afecciones.

2ª—Todo facultativo debe hallarse lo suficientemente capacitado para atender a un venéreo; pero en los casos graves y complicados, cumple con su conciencia,—y ello constiuye una obligación profesional,—al poner a su paciente en manos del especialista en venereología.

3ª—Deben procurar los facultativos no superficializar la importancia y gravedad de las afecciones venéreas; deben tener presente que las dolencias venusinas más simples y al parecer insignificantes, pueden ser fuente futura de graves complicaciones y de peligros infinitos. Ese menosprecio por las enfermedades venéreas, conduce igualmente a formar en la mentalidad del paciente, una despreocupación mayor de su dolencia y un poco esmero y perseverancia para curarse.

4ª—Corresponde al médico tratante el dar al paciente la educación respecto a su mal, haciéndole comprender las graves consecuencias que las afecciones venéreas pueden determinar, tanto para su persona misma, cuanto para las personas que conviven con él, y aún para su descendencia. Esta labor educativa y la persuación que de ella se obtenga, será mucho más intensa al tratarse de sujetos en vísperas de contraer matrimonio,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

y cuando se refiera a personas que por su especial dedicación se hallen en inminente peligro de propagar sus dolencias.

5ª.—Todos los médicos que atienden a venéreos, en cualquiera de sus formas, están obligados a hacer ante la autoridad sanitaria respectiva, la declaración del número y clase de los venéreos que asiste, en los modelos oficiales (semanal, quincenal o mensualmente).

6ª—Igualmente está obligado a denunciar nominalmente a todos los venéreos que, por una razón cualquiera, abandonen el tratamiento o desoigan los consejos dados; sobre todo cuando se tenga la evidencia de que el sujeto es contagioso y de que continúa propagando su infección.

7ª—Toda persona que tenga conocimiento de que un sujeto, padeciendo de una afección venérea, no se pone en cura, o haciéndolo, desoye los consejos profesionales y continúa diseminando su mal, está obligado a denunciarlo ante las autoridades sanitarias, en resguardo de su propia salud.

8ª—Queda prohibido a los médicos el anunciarse exageradamente como especialistas en venereología, ni garantizar curaciones en plazos inferiores a las posibilidades terapéuticas, ni por tratamientos extraordinarios; así como tampoco ofrecer y practicar curaciones por correspondencia.

9ª—Todas las personas que, sin estar facultadas por la ley, trafiquen con la salud de los venéreos, serán severamente castigadas y reprimidas más rigurosamente que los que ejerzan ilegalmente la profesión en otras ramas de la medicina.

Tubaje duodenal en patología

Por el Dr. E. S. GUZMAN BARRON

Habiendo expuesto en anterior trabajo los métodos que nosotros hemos empleado en el estudio del tubaje duodenal, vamos a ocuparnos de su uso en Patología, que ha dado lugar a considerable número de artículos en todas las revistas médicas del mundo, desde que Lyon, introdujera la prueba que lleva su nombre.

Patología hepática.—Si bien Einhorn (1) en su libro sobre tubaje duodenal expone ya algunos principios sobre el empleo del tubaje duodenal en el diagnóstico de las afecciones de las vías biliares, no es sino desde 1919, que su uso ha dado lugar a numerosos estudios.

(1) Einhorn, *Duodenal tube and its possibilitis,* Filadelfia, 1917.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Comenzaremos por ocuparnos de la prueba de Meltzer Lyon, ya que es ella la que más se ha discutido, a punto tal que hasta hoy no se llegan todavía a unificar las opiniones sobre la solidez científica de sus fundamentos. La historia de dicha prueba es muy conocida para que nos detengamos a exponerla. La ley de la inervación contraria aplicada a la función del esfinter de Oddi, cuya relajación produce la consecuente contracción de la vesícula, fué expuesta por Meltzer, (2), si bien ya prevista por Doyon (3). Pero ni Meltzer ni Doyon afirman haber observado experimentalmente la veracidad de dicha ley.

En 1919 Lyon (4) pone en práctica la sugestión de Meltzer de emplear una solución de MgS04 al 30 % que produciendo la relajación del esfinter de Oddi con subsecuente contracción vesicular, "permitiría estudiar las ictericias y afecciones de las vías biliares". Expone haber obtenido así tres clases de bilis que él llama A, B y C, perfectamente diferentes. La primera que fluye poco después de la inyección de la solución magnesiana sería una bilis proveniente de los gruesos conductos biliares; la segunda sería debida a la contracción vesicular y la tercera sería una bilis hepática. Luego se sirve de dicha prueba como medio de diagnóstico.

Es indudable que antes de emplear cualquier método de diagnóstico, se debe buscar su solidez científica, y a este respecto estamos absolutamente de acuerdo con Crohn, (5) quien estatuye que antes de emplear la prueba de Melzer Lyon, es necesario 1º, demostrar la presencia del funcionamiento del esfinter de Oddi; 2º, que el ritmo de contracción de la pared de la vesícula biliar y la simultánea relajación del esfinter de Oddi, son ambos controlados por la acción de inervación contraria; 3º, probar que las sales de magnesio causan la relajación de las fibras lisas de dicho esfinter cuando ellas son aplicadas en las paredes de la mucosa duodenal; 4º, probar que el fluido obtenido es realmente proveniente de la vesícula y que los cambios observados en las 3 clases de bilis de Lyon indican determinados estados patológicos y 5º que los exámenes citológicos, químicos y bacteriológicos de este fluido conducen a serias conclusiones sobre la patología hepática.

En la crítica de esta prueba, vamos por eso a estudiar estas cinco premisas, revisando la literatura médica ya que nosotros no hemos tenido oportunidad de hacer estudios experimentales al respecto, únicos de verdadero valor en la controversia.

En lo que se refiere al funcionamiento del esfinter de Oddi, los estudios, de este fisiologista italiano, que por medio

(2) Meltzer, Am. Journ. M. Sc. abril 1917.
(3) Doyon, Arch. de Physiol. y path. 1894, 6.
(4) Lyon, Journ. of A. M. A. 30 sept. 1919 p. 980.
(5) Crohn, Reiss y Badin, Journ. of A. M. A. 4 junio 1921 p. 1571.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de maceraciones demuestra (6) la identidad individual de dicho esfinter, han sido confirmados en detalle por Hendricksen (7), quien valiéndose del mismo método pone en evidencia el esfinter de Oddi, no sólo en animales, sino en el hombre, por Mann (8), Herring y Simpson (9), Archibald (10) que estudian la resistencia a la presión del esfinter y por Iwanaga (11) quien encuentra que el tono del esfinter constante en cada individuo y aumentado bajo la acción de una inyección de pilocarpina, mientras que la atropina y la escopolamina ejercen una acción paralizante.

Es la veracidad de la ley de inervación contraria la que ha dado lugar a más discusiones, siendo difícil buscar la verdad en medio de experiencias absolutamente contrarias. Doyon (3) estimulando la terminación periférica del esplácnico observa la contracción de la vesícula y de los canales biliares, mientras que la estimulación de la terminación central de dicho nervio produce una relajación del esfinter de Oddi. Pero no llega a ver la producción simultánea de relajación del esfinter y contracción de la vesícula. Friedenwald, Martindale y Karney (12) en estudios llevados a cabo en 34 perros no observan ninguna contracción vesicular, ni identificar en el intestino la bilis vesicular. Crohn y Auster tampoco llegan a recojer bilis vesicular en perros a quienes inyestan una solución de azul de metileno en la vesícula (13). Winkelstein y Aschner llegan a la misma conclusión, sosteniendo que si bien el sulfato de magnesia puede relajar el esfinter de Oddi, es la presión abdominal la que expulsa cierta cantidad de bilis vesicular y no la contracción vesicular (24). Dunn y Connell relatan una observación clínica que en verdad tiene todo el valor de una experiencia (15). Es un sujeto colecistectomizado en quien en la última operación practicada pocos días antes no se observa ninguna dilatación de las vías biliares extrahepáticas, ellos practican la prueba de Meltzer Lyon a travez de la fístula; ellos obtienen las tres bilis A, B y C, mientras que las bilis recojida otro día en condiciones idénticas de tiempo y de nutrición, pero sin instilación de sul-

---

(6) Oddi, Arch. italianos de Biol. 1887, 317.

(7) Hendricksen, Bull. of J. Hopkins Hosp. 1898. 221.

(8) Mann. Annals of Surgery 1921. T. LXXIII p. 54.

(9) Herring y Simpson Proc. Royal Soc. of London, 1917, 79, 517.

(10) Archibald, Surg Gyn and Obst. 1919, 28, 529.

(1) Iwanaga, Mitteilungen aus der Mediz. Facultat der Kaiserlichen Kyushu Universitaet T. X, 1925.

(12) Friedenwald, Martindale y Kearney, Journ. of Metabolic Res. 1922, p. 349.

(13) Auster y Crohn. Am. Journ. of M. Sec. sept. 1922, 164; 345.

(14) Winkelstein y Aschner Am. Journ. of M. Sc. may. 1925, p. 679.

(15) Dunn y Connell Journ. of A. M. A. 1° oct. 1921.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

fato de magnesia, se muestra uniforme en el yeyuno e instilan el sulfato de magnesia después de asegurarse que la solución no refluye en el duodeno; ellos obtienen nuevamente las tres bilis. La bilis B presenta un notable aumento en pigmentos biliares y en magnesio, mientras que el tenor en sulfato, es constante en las tres bilis. Los autores niegan así el origen vesicular de la bilis, admitiendo más bien una acción colagoga del ion Mg y la riqueza en pigmentos por una acción hemolítica intensa a travez de la vena porta de dicho ion.

Frente a esta serie de trabajos negando la veracidad de la ley de inervación contraria, tenemos estos otros que por medio de experimentos también, concluyen en su realidad. Stepp (16) experimentando en perros afectos de fístula gástrica, introduce la sonda duodenal a travez de dicha fístula hasta la papila de Vater; abre en seguida la cavidad abdominal e inyecta la solución magnesiana; observa una contracción intensa de la vesícula que partiendo del fondo progresa hacia el cuello, contracción sincrónica con el flujo de bilis oscura por la sonda y seguida de disminución de volumen de la vesícula; en la otro serie de experimentos Stepp y Duttmann (17) puncionan la vesícula y luego de analizar paralelamente el líquido así obtenido y aquel que se escurre por la sonda, constatan si identidad; inyectan de otra parte, en la vesícula una solución de índigo-carmín y observan por la sonda el escurrimiento de una bilis fuertemente teñida por esta solución colorante. Iwanaga (11) prueba la contractilidad de la vesícula en tres series de experiencias: 1º, reemplaza el colédoco con una cánula de vidrio y observa la acción colagoga de la peptona, leche, extracto de carne, sulfato de magnesia, ácido clorhídrico; 2º, observa que la inyección subcutánea de pilocarpina acelera esta excreción, mientras que la atropina, escopolamina y adrenalina disminuyen o suprimen la excresión de la bilis y por último, sumerge la vesícula después de extraída, en líquido se Ringel a 38º; al cabo de 40 o 60 minutos la vesícula presenta movimientos rítmicos a la cadencia de uno a tres minutos.

Qué concluir frente a observaciones del todo contrarias? Si descendemos al terreno de las observaciones clínicas para resolver el problema que nos ocupa, encontramos las mismas contradicciones. Mientras Basler, Luckell y Lutz (18) en diez sujetos operados a los cuales introducen previamente la sonda duodenal antes de la intervención, no observan ninguna contracción vesicular después de la inyección de la solución magnesiana, Sach (19) en un enfermo operado por Smanek dice

(16) Stepp, Deutch. Med. Voch. 1918, Nº 43, p. 1190. Zeitsch fur Klin Med. 1920, Nº 89, p. 319.

(17) Stepp y Duttmann. Klin Woschenschrift, 20 agostc 1923, p. 1590.

(18) Basler, Luckell y Lutz, Am. Journ. of M. Sc. Nov. 1921, p. 674.

(19) Sach, Procedings, of the Med. Section of Nebraska State Med. Journ. Ag. 1921.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

haber observado la vesícula distendida, colapsar gradualmente. "Yo puedo comparar esto al colapso de un balón cuando el aire escapa" y Simon (20) encuentra en un caso tanto en el drenaje antes de la operación como en el examen de la vesícula después de la intervención, el mismo Bacillus Subtilis. Mientras Einhorn (21) afirma que la acción del sulfato de magnesia es una acción colagoga debida a acción estimulante de los iones SO4 sobre la célula hepática y que el aumento de densidad de la bilis B es debida a la acción de la sal magnesiana, Hollander (22) niega dicha acción colagoga, pues inyectando intramuscularmente una solución de sulfato de magnesia a diez sujetos a los cuales se ha introducido por otra parte una sonda en el duodeno tres cuartos de hora después de la inyección, no observa la bilis B. Igual contradicción observamos en lo que se refiere a observaciones en sujetos colecistectomizados. De un lado Basler dice haber obtenido la bilis B en aquellos sujetos colecistectomizados que aún no quitaban el hospital y en los cuales por consiguiente no se podía objetar una dilatación de los canales extrahepáticos que ensayan así regenerar la vesícula extirpada, fenómeno comprobado por los estudios de Hartman (23) ; de otro lado Hollander en una serie de 7 casos de colecistectomizados seguidos hasta 16 semanas, en ninguno de ellos obtiene la bilis B. Sólo en un caso, después de dos años y medio de la operación, este autor encuentra una bilis oscura, que considera ligada a éstasis de los canales hepáticos, pues que Rost (24) en experimentos en perros colecistectomizados con fuerte continencia del esfinter de Oddi y dilatación concomitante de los canales extrahepáticos y a veces formación de bosquejo de neovesícula, constata la posibilidad de obtener esta seudo bilis B. La literatura médica está llena de observaciones a este respecto ya en pro o en contra que no las tomamos en consideración porque al hacer la diferenciación de las diferentes bilis sólo estudian el color y densidad.

La colescistografía por el método de Grahm ha permitido a algunos autores exponer observaciones en apoyo de esta discutida ley de inervación contraria. Feissly en interesante comunicación (25) muestra en efecto, que la bilis B recojida previa inyección de tetraiodoptaleina en la vena para exteriorizar la vesícula a la placa radiográfica e inyección intraduodenal de sulfato de magnesia, contiene 0.054 % de yodo,

(20) Simon, citado por Lyon, Non-Surgical Drainage of the Gall Tract, Filadelfia, 1923.

(21) Einhorn, New York Med. R. 1921 feb. 19.

(22) Hollander Am. Journ. of M. Sc. 1923, p. 497.

(23) Hartman, Smith y Wood, Ann. of Surg. feb. 1922.

(24) Rost Franz. Mittelungen en aus der Grenzgebieten der Med. und Chir. 1913 26, 710.

(25) Feissly, Arch. des Mal. de l'App. Dig. marzo 1926, p. 328.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

mientras que la bilis A sólo contiene 0.0064 % y la bilis C 0.035 %.

Como se ve, este debatido asunto no está todavía resuelto definitivamente; la misma medicina experimental se encuentra con el obstáculo de que siendo sus experiencias conducidas bajo la acción de anestésicos, los resultados negativos obtenidos no permiten negar la realidad de la ley fisiológica que comentamos ya que dichos anestésicos pueden haber inhibido los filetes nervisosos que normalmente trasmiten el estímulo motor a la vesícula biliar.

Sin embargo, la Fisiología ha aprovechado de este debate, pues que se ha aclarado un poco la oscura fisiología de la vesícula biliar. En efecto está hoy fuera de duda el poder de contracción de la vesícula que las observaciones colecistográficas por el método de Grahm nos permiten rutinariamente observar, así como el poder de condensación que según los interesantes estudios de Rous y Mc Caster (26) conduce a concentrar el volumen de la bilis 8 a 10 veces su volumen en el espacio de pocas horas.

Por nuestra parte en los numerosos colecistectomizados que hemos tenido oportunidad de examinar en la clínica del profesor Chauffard, no hemos obtenido jamás la bilis B. Y nuestra opinión respecto a este punto es que no parece cierta la ley de inervación contraria, aunque no participamos del optimismo que Vincent Lyon en Estados Unidos y Chiray en Francia muestran por el uso clínico de la prueba de Meltzer Lyon. De otro lado nosotros siguiendo los consejos de Chabrol (27) sólo consideramos como bilis B, cuando la muestra obtenida contiene un triple aumento en pigmentos biliares o colesterina con relación a las otras bilis; y en lo que se refiere a la bilis A, llamamos tal a la que se obtiene inmediatamente antes de la inyección de sulfato de magnesia, como Chiray preconiza y no la que sigue inmediatamente a la inyección de sulfato de magnesia, que es la bilis A de Lyon. En conclusión, la prueba de Meltzer Lyon tiene un relativo valor en semiología, siempre que ella sea efectuada con todas las precausiones necesarias y su examen practicado por personas habituadas a delicados análisis.

Vamos a ocuparnos ahora de los estados patológicos en los cuales presta servicio el empleo del tubaje duodenal.

Es en el estudio de las *colecistitis* que en nuestra opinión presta el tubaje duodenal positivo beneficio. En los casos de *colecistitis aguda* que hemos tenido oportunidad de examinar, el examen del líquido duodenal es casi patogogmónico. La prueba de Meltzer Lyon es positiva y la bilis B se nos ofrece de aspecto turbio, de densidad anormalmente elevada, de color que del amarillo oscuro va hasta el verde, "puré de pois" de

(26) Rous y Mc Caster, Journ. of Expe. Med. jul. 1921.
(27) Chabrol, Journal Med. Francais, dic. 1924.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Einhorn. El examen químico no ofrece particularidad digna de mención. El examen citológico que es necesario verificar después de una centrifugación a gran velocidad (1.500 a 2,000 revoluciones) nos permite apreciar una gran cantidad de leucocitos y elementos celulares, cuya diferenciación, se debe hacer con sumo cuidado y recordando que el epitelio de la vesícula es columnar, aumentando de altura del cuello a la profundidad de dicho órgano. El predominio absoluto de leucocitos polinucleares nos hará pensar que un proceso supurativo tiene lugar en la vesícula. Es usual también encontrar una gran cantidad de bacterias cuya diferenciación y cultivo deben practicarse.

En los casos de *colecistitis crónica* cuando no hay obstrucción del cístico la prueba de Meltzer Lyon es también positiva. La bilis B si bien no ofrece el aspecto característico que en el primer caso,se nos presenta con una cantidad anormal de grumos que se debe estudiar microscópicamente; la cantidad de mucus está también aumentada. Generalmente hallamos un aumento de colesterina, aunque esto no es general. El examen citológico nos permite observar un aumento de leucocitos y de células de descamación. El examen bacteriológico es de importancia. En los casos de colelitiasis o colecistitis calculosa al examen macroscópico de la bilis B nos muestra a veces las calculinas de Chiray, que en algunos casos hemos tenido oportunidad de observar. Chiray y Blum (28) describen estos elementos como concreciones de color bruno, de contorno más o menos regular y de consistencia mediana, no resistendo a la presión entre lámina y laminilla, permitiendo el examen microscópico poner en evidencia que se trata de colesterina no cristalizada. En numerosos de estos casos hemos tenido oportunidad de observar también una cantidad anormal de cristales de colesterina, en cuyo caso el diagnóstico es evidente. Los casos de antiguas colecistitis acompañadas de adherencias más o menos fuertes, de atonía vesicular, o de retracción de este órgano son de más difícil interpretación. En muchos de estos casos la prueba de Meltzer Lyon es negativa. Pero la interpretación de esta prueba negativa es de lo más delicada. Aparte de que es necesario proceder a numerosos exámenes antes de concluir diciendo que la prueba de Meltzer Lyon es negativa, en muchos sujetos normales hemos visto esta prueba presentarse negativa. Bien es verdad que se puede argüir diciendo que estos casos podían encuadrar en los estados de insuficiencia colecística descritos por Chiray y Pavel (29), pero nosotros no participamos de la opinión de estos autores, pues nos parece que Chiray y sus discípulos han sido conducidos más allá de la realidad en su entusiasmo por el tubaje duodenal.

(28) Chiray y Blum, Presse Med. oct. 14 1922, p. 892.
(29) Chiray y Pavel, Arch. des Mal. de l'App. Dig. Nov. 1925, p.925.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En los casos de angiocolitis el aspecto de las tres bilis es por así decir, uniforme; ella es turbia, la cantidad de "flocons"es grande y en algunos casos podemos observar cilindros cuyo examen microscópico nos permite distinguir las celulas del epitelio canalicular. La cantidad de leucocitos es también anormal. En un caso de angiocolitis, Libert dice haber aislado un estreptococo no hemolítico y en otro un bacilo anaerobio, Bacilus perfringens (30). Nosotros no hemos logrado en nuestros casos examinados llegar a una constatación precisa ya que siempre encontrábamos los microbios habituales, sin duda por defectos de técnica.

Varios casos de icteria catarral hemos examinado. El aspecto de la bilis es semejante al que se observa en las angiocolitis. Es de interés en estos casos estudiar con detención la citología del líquido de centrifugaciones ya que Atzieganu (31) dice haber observado en estos casos la presencia de células del parénquima hepático.

Los casos de *icteria por retensión* ya se trate de obstrucción calculosa o neoplásica ofrecen siemper una bilis donde la prueba de Meltzer Lyon será constantemente negativa. Pero en ningún caso se observa ausencia total de bilis. Chiray (32) relata un caso muy interesante de cancer duodenal de origen vateriano complicado de colecistitis supurada, donde el examen del líquido duodenal presentaba una gran disminución de pigmentos y sales bliiares y al examen microscópico constata una gran cantidad de leucocitos. En casos de neoplasma de las vías biliares, Damade (33) y Rathery y Cambassedes (34) señalan que ellos han observado en repetidos exámenes la presencia constante de un líquido duodenal conteniendo una cantidad anormal de sangre. Es también posible distinguir una colecistitis calculosa con obstrucción del cístico, porque en estos casos fluyendo la bilis normalmente del conducto hepático, si bien no se obtiene la bilis B, el examen de las bilis A y C, se nos mostrará normal. Pero hay que ser demasiado prudente en sacar ninguna conclusión de este examen por la razón que hemos expuesto sobre la posibilidad de obtener ausencia de bilis B, en ciertos sujetos normales. En casos de neoplasia de las vías biliares es necesario proceder al examen de los fermentos pancreáticos, que cuando el tumor no ha comprimido el conducto de Wirsung, fluye siempre en cantidad normal contrastando considerablemente con la pobreza de la bilis.

---

(30) Libert *Le tubage duodenale*, París, 1924, p. 96.

(31) Hatzieganu, Annales de Med. Nov. 1921.

(32) Chiray y Milochevitz, *Diag. et trait. des malad. de la vesicule biliaire*, Paris 1924, p. 105.

(33) Damade, Jorunal Med. Bordeaux, may 22 1922.

(34) Rathery y Cambassedés, Bull. de la Soc. Med. des Hop. de París, 15 jun.. 1921.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Atzieganu (35) estudia un caso de quiste hidático del hígado abierto hacia las vías biliares y manifiesta haber encontrado al examen microscópico, ganchos de equinococos. El mismo autor en un caso de abceso del hígado halla el líquido duodenal conteniendo una enorme cantidad de pus.

El tubaje duodenal presta también importantes servicios cuando se trata de despistar los portadores de bacilo de Eberth, que como se sabe constituyen peligrosa fuente de contagio. Numerosos son los casos reportados en los cuales se ha podido descubrir la existencia del bacilo de Eberth en dichos casos al examen y cultivo del líquido duodenal (Schievelbein (36), C. M. Jones (37).

El tubaje duodenal ha permitido también constatar la presencia del bacilo de Koch en el líquido duodenal, que si bien en la mayoría de los casos su presencia es debida a esputos ingeridos por el enfermo, en otros existe una verdadera eliminación de bacilos por la bilis. Harold Fred y Luisa Black reportan casos interesantes, entre los cuales el más importante es la ayuda que este método puede ofrecer en el diagnóstico de tuberculosis del ciego (38). Carnot y Libert encuentran el bacilo de Koch en un sujeto afecto de pleuresía, sin lesión pulmonar alguna y en otro portador de una lesión localizada al ciego y porción terminal del ileon (39) Olmer y Cremieux hacen las mismas constataciones (40).

Numerosos son los *parásitos animales* encontrados al examen del líquido duodenal. Libert (30) dice haber encontrado *amibas hematógenas movibles* en un enfermo atacado de disentería amibiana. Jones (37) cita un caso en el cual pudo encontrar la *Schisostoma Hematobium*. Pero es el estudio de *Lambia Intestinalis* el que ha beneficiado más del empleo del tubaje duodenal. Numerosos son los autores que han encontrado el parásito en el líquido duodenal y nosotros mismos en el servicio de nuestro maestro el Dr. Monge pudimos observar el año 1920 la presencia de un gran número de estos flagelos en el líquido duodenal de un disentérico antiguo cuya diarrea no cedía a un tratamiento intesivo a la emetina. Parece, en efecto, según las constataciones de Doflein (41) que las lambias son parásitos del duodeno y de la parte alta del yeyuno, aunque Deschien quien ha llevado a cabo muy interesantes estudios

(35) Hatziegenu, París Medicale N° 34 1922.

(36) Schievelbein, Centralbt. f. Bakter, t. LXXXIII, 1919, p. 79.

(37) C. M. Jones Arch. of Int. Med. julio 1924.

(38) Freed y Black, The Amer. Rev. of Tub. may 1923 p. 174.

(39) Carnot y Libert, Bull. de la Soc. Med. des Hop. de París, 15 julio 1921 p. 1101.

(40) Olmer y Cremieux, Revue de la Tuberculose, junio 1924.

(41) Doflein, *Lehrbuch der Protozoenkunde*, 3ª ed. 1916, p. 632.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sobre las lambiasis, sostiene (42) que si bien las formas flageladas del parásito se encuentran de manera casi habitual a nivel de la porción subampular del duodeno y en la porción yuxta-duodenal del yeyuno, se les observa también, talvez con igual frecuencia, sobre todo el tercio superior del yeyuno, y frecuentemente sobre la casi totalidad de su extensión si su contenido es fluido. Marcel Labbé y F. Nepveux (43) citan tres casos en los cuales según ellos la lamblia sa sido obtenida en la bilis vesicular. Ellos atribuyen la ictericia presentada en uno de sus enfermos a la lambliosis vesicular, corroborando idéntica opinión sostenida por algunos autores alemanes. Este punto de la lambliosis vesicular requiere mayores estudios antes de ser aceptado.

Diremos para ser completos, que el tubaje duodenal ha sido empleado en el estudio de las insuficiencias hepáticas buscando la eliminación de la fenoltetracloroptaleina de la prueba de Abel y Rawntre en el liquido duodenal. Interesantes estudios han sido publicados por Heliodoro Mogena (44) quien dice que los resultados obtenidos parecen en concordancia con las pruebas de la urobilinuria, hemoclasia digestiva y galactosuria alimenticia y por Aaron, Beck y Cchneider (45). El empleo de la nueva prueba de Rosenthal que sustituye la fenoltetracloroptaleina demasiado iritante y tóxica lo que obligaba a inyectar diluyendo el colorante con 200 c. c. de suero fisiológico para evitar trombosis consecutivas a la inyección por la fenoltetrabromoptaleina y el dosaje le este colorante una vez inyectado, en el suero sanguíneo, han paralizado las investigaciones en el líquido duodenal, que se prestaba a muchos errores.

Patología pancreática.—El estudio de las funciones digestivas del pancreas y la patología pancreática ha aprovechado de la contribución aportada por el tubaje duodenal, si bien hasta ahora los resultados adquiridos no corresponden a las espectativas. El estudio del contenido duodenal ha tentado a los experimentadores aun antes de la introducción del tubo duodenal por Einhorn. En efecto, Volhardt (46) dando a los conocidos estudios de Boldireff una forma práctica, obtiene por tubaje gástrico después de ingestión de aceite, en jugo duodeno-pancreato-biliar de reflujo, y describe un método para medir el poder tríptico. Einhorn mismo desde sus prirmeras publicaciones indica procedimientos de análisis y ya sea sólo o con sus asociados, se esfuerza de introducir este método en la semiología pancreática. Carnot y sus colaboradores estudian

(42) Deschien, Bull. de la Soc. de Path. Exot. t. XVI N° 10 1923. p. 735.

(43) Marcel Labbé y T. Nepveux. Arch. des Mal. de l'App. Dig. junio 1925 p. 609.

(44) Mogena, Arch. des Mal. de l'App. Dig. enero 1925, p. 34.

(45) Aaron, Beck y Cchneider Journ. of A. M. A. Nov. 19, 1921, p. 1631.

(46) Volhardt, Munchner, Mediz Woch. 1907, p. 403.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

también el empleo de la sonda duodenal en el estudio de las afecciones pancreáticas, lo mismo que Marcel Labbé y sus discípulos.

En la aplicación del tubaje duodenal en el estudio de las afecciones del pancreas creemos con Carnot y Libert (47) que hay que distinguir dos grupos bien distintos de hechos, según que se suponga una afección capaz de comprimir u obliterar los canales pancreáticos o bien al contrario se trate de una lesión del parenquima.

De la misma manera que en el estudio de la patología biliar nos valemos sea del sulfato de magnesia o la peptona como exitante de la secreción y para producir la contracción vesicular, es necesario también para estudiar la secreción pancreática estimular su producción. Hemos indicado en anterior trabajo que nosotros usamos la prueba de Katch (48); es decir, una vez que hemos tentado de agotar la secreción biliar por inyección lenta de 4 c. c. de éter. 5 a 15 minutos después se obtiene el líquido duodenal cuya cantidad debe ser medida. No vamos a repetir los métodos que nosotros empleamos en el examen de los fermentos que ya han sido expuestos.

En los casos de *obliteración de los canales pancreáticos*, cuando un obstáculo mecánico se opone al libre escurrimiento del jugo pancreático en el duodeno, es natural pensar que los diferentes fermentos faltarán o se hallarán grandemente disminuídos. Es en efecto en el diagnóstico de carcinoma de la cabeza del pancreas que el tubaje duodenal presta señalados servicios. Cuando el tumor ha interceptado los canales pancreáticos, mientras que el flujo biliar no se ha interrumpido. Si al contrario hallamos un líquido pobre en ambas secreciones, es posible que nos hallemos en presencia de un tumor que ha invadido también el coledoco. La presencia de sangre en el líquido duodenal nos hará sospechar un neoplasma de la región vateriana que aflora el intestino.

Carnot y Libert citan un caso muy interesante (40) cuyo diagnóstico clínico parecía inclinarles a un neoplasma de la cabeza del pancreas; el examen del tubaje les permite rectificar por el de neoplasma de las vías biliares; el diagnóstico es confirmado a la necropsia. Labbé Marcel, Nepveux, y Aldersberg (50) citan también casos en los que han podido ratificar el diagnóstico de neoplasia de la cabeza del pancreas. Nosotros hemos tenido oportunidad de ver un caso en el servicio del profesor Chauffard, de carcinoma de la cabeza del pancreas, donde el examen del líquido duodenal nos mostró después de

(47) Carnot y Libert, Jcurnal Medical Francais, dic. 1924, p. 475.

(48) Katsch y Friedreich, Klin. Voch. N° 3, 1922.

(49) Carnot y Libert Bull. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, 3 junio 1921, p. 836.

(50) M. Labbé, Nepveux y Adlersberg, Arch. de Mal. de l'App. Dig. Nov. 1925, p. 871.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

la prueba la Katsch un líquido (lipasa 12 c. c. de NaOH decinormal) extremadamente pobre en fermentos pancreáticos.

El estudio de las *lesiones glandulares*, de las pancreatitis está herizado de dificultades por la imposibilidad de establecer un promedio normal en la cantidad de lipasa y tripsina, los fermentos más dignos de tomarse en consideración. En los diferentes exámenes que hemos hecho, hemos observado diferencias tan considerables, que nosotros hemos dejado de lado el empleo de la prueba como medio de diagnóstico de las pancreatitis. Nos parece en efecto sumamente teórica y alejada de la realidad la diferenciación que hace Einhorn de estados de hiper, hipo y dispancreatismo.

Patología duodenal.—Einhorn en un estudio de 40 casos de úlcera duodenal (51) estudia la reacción del líquido duodenal por el método fraccionado. Cain (52) nos habla de la importancia del tubaje duodenal para el estudio de las hemorragias ocultas. Es posible estudiar las duodenitis en cuyo caso habría que prestar atención al examen citológico y estudiar cuidadosamente si entre las células existe abundancia de las células del epitelio de la mucosa duodenal inflamada. Es esto sólo una sugestión que hacemos, porque no hemos tenido oportunidad de estudiar ningún caso.

El tubaje duodenal debe ser incorporado en la rutina semiológica de los métodos de laboratorio, otorgando a sus resultados el valor relativo que dichos métodos poseen, es decir, que su valor será grande si ellos concuerdan con las observaciones clínicas; su valor perderá importancia si contradicen dichas observaciones. En *patología hepática* debemos siempre emplear la prueba de Meltzer Lyon en el estudio de las colecistitis y colelitiasis, así como en la icteria catarral aguda.

En *patología pancreática* debemos de emplear la prueba de Katsch en casos en los que sospechamos una obliteración de los canales pancreáticos.

Siempre que se sospechen casos de portadores de bacilo de Eberth debemos emplear el tubaje duodenal buscando en este líquido su presencia por los medios habituales.

(51) Einhorn, Journ. of A. M. A. 5 Nov. 1921.
(52) A. Cain, La Médecine julio 1925, p. 793.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Prensa Médica Argentina

FRECUENCIA Y FORMAS CLINICAS DE LA SIFILIS NERVIOSA.—M. Alurralde y M. J. Sepich.—*Revista de la Asociación Médica Argentina.*—Tomo XXXIX.—Números 251-252.—1926.

Este estudio estadístico se basa en las observaciones que han visto desde el año 1914 hasta la clausura del Hospital Rawson en 1924, las que fueron continuadas en la Cátedra de Neurología del Hospital Ramos Mejía, desde el segundo semestre de 1924 hasta el 1º de julio de 1926, es decir que comprende un total de 12 años.

De su larga experiencia se deduce que hoy es frecuente ver la neurosífilis, seis u ocho meses después del chancro en enfermos que fueron tratados con el salvarsán, los unos antes que aparecieran manifestaciones secundarias, los otros, mientras las presentaban, o todavía accidentes de sífilis nerviosa desarrollados en forma casi aguda en pleno tratamiento arsenical, en sujetos con tipos atenuados o fijados clínicamente.

Las sífilis graves con intensas manifestaciones secundarias se acompañan raramente de sífilis nerviosa, mientras que la sífilis aparemente benigna con pocas manifestaciones en la piel y las mucosas, y aún las sífilis ignoradas, son las que dan origen comúnmente a la neurosífilis.

Por las inyecciones insuficentes o espaciadas, el organismo entra en una faz negativa de sus medios de defensa. Simultáneamente, los treponemas aumentan su virulencia, colonizando en los sitios de resistencia.

En estas condiciones nuevas inyecciones provocarían reacciones meníngeas con todas sus consecuencias clínicas (parálisis del facial, auditivo, hemiplegía, etc.), acompañadas de las profundas alteraciones del líquido céfaloraquídeo, reveladas por la punción lumbar (hipertensión, gran linfocitosis, albuminosis, reacciones de precipitación y Wassermann positivo).

Llaman por lo tanto la atención sobre la importancia de este problema terapéutico que encierra la salvarsenoterapia a dosis insuficiente, o en muchos casos exclusiva y sistemática, en dossis llamada curativa.

De 7,828 enfermos examinados han encontrado 1,432 enfermos neurosifilíticos. La proporción era de 14,15 % en 1915 se eleva progresivamente, para llegar en 1925 al 21,67 %.

De las distintas formas de la neurosífilis, las que presentan una progresión más seriamente creciente son el tabes y la parálisis general. El tabes, de 2,95 % en 1915, se eleva a 5,10 % en 1925. La parálisis general, de 1,55 % en 1916, llega a 2,30 % en 1925, debiendo recordar que esta forma clínica que podría

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

llamarse neurológica, no expresa su crecimiento real, ya que las formas que se traducen desde su iniciación por trastornos mentales un poco bulliciosos, son llevados directamente a los asilos o sanatorios de alienados.

Consultando las estadísticas del Hospicio de las Mercedes, encuentran que en 1915 el número de paralíticos ingresados representan el 13,428 % y en 1925 el 14,616 %. En el Hospital Nacional de Alienadas el número de paralíticas generales representa en 1916 el 0,930 % y en 1925 el 1,298 %.

UN CASO DE DISOCIACION EN LA HERENCIA SIFILITICA EN UN PARTO GEMELAR.—Pacífico Díaz. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital.*—Buenos Aires.—Año II.—Nº II.—1926.

Refiere la observación de dos niños mellizos, nacidos de padres que sostienen no haber tenido sífilis, pero que por haber tenido después de su motrimonio cincos abortos, el Dr. Agote les prescribió tratamiento. La madre sólo se dió una serie de las inyecciones prescritas, no así el padre, que no se trató.

Al año nacen los niños en cuestión, sanos aparentemente. Al varón le aparece cuando tenía un mes de edad, un "zarpullido", según expresión de la madre.

El 5 de junio de 1922 lo consultan al Dr. Díaz y constata en el enfermito el siguientte estado: enflaquecimiento extremo, gran postración, quejido constante, anorexia, marcada insuficiencia de fuerza para la succión, coriza, infiltración eritematosa con descamación en láminas de toda la parte inferior del cuerpo, hay placas de infiltración semejantes en el contorno de la boca y en el cuero cabelludo; el miembro inferior izquierdo está con impotencia funcional completa, cae en cuerpo muerto cuando es levantado y esa experiencia lo hace sufrir; en el derecho los movimientos son muy limitados, probablemente por ser dolorosos. Por el contrario, la mujercita es sana. La madre es fuerte y goza de muy buena salud, amamantando a sus dos hijos.

Hace el diagnóstico de heredo-sífilis, que como manifestaciones salientes ofrece: pseudo-parálisis de Parrot, infiltración eritematosa en grandes placas y coriza.

Instituye tratamiento específico con licor de van Swieten, 20 gotas mañana y noche, con lo que todo entra en la normalidad.

Noobstante no haber hecho después ningún tratamiento, los niños se habían conservado perfectamente sanos, según pudo comprobarlo el autor en abril 1926.

En este caso, por lo que respecta al niño, se ve realizada la ley de Colles: la madre que no ha presentado manifestaciones específicos antes ni durante el embarazo, ha dado el ser a un niño plagado de sífilis y ha continuado sana e indemne de esa enfermedad hasta su última observación que llega a 4 años y 3 meses después del parto.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Considera el autor que la madre de estos gemelos ha sido inmunizada durante el embarazo del primer aborto y debido a eso ha podido resistir sin presentar manifestación de la enfermedad, y por consiguiente sin ser contagiada, durante el embarazo de los cuatro abortos subsiguientes y el del gemelar. Prácticamente puede decirse que ha sido inmunizada contra la sífilis, puesto que ha sido seriamente expuesta al contagio y no lo ha recibido. Decir que ella ha permanecido indemne porque tenía sífilis latente, es sólo una hipótesis digna de tenerse presente para las ulterioridades del caso, pero que por el momento nada prueba ni destruye.

En cuanto a la niña puede ser considerado como un caso neto de inmunidad adquirida durante la vida intrauterina, muy probablemente por parte de su hermano, y puesta a severa prueba después, al haber mamado con él del mismo pecho, sin que se haya tomado la menor precaución, mientras se hallaba gravemente atacado por la enfermedad.

FORMAS CLINICAS ACIDOSICAS PURAS O PREDOMINANTES DE LA TOXEMIA GRAVIDICA.—A. Turenne.—*Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología.*—Año X.—Nº 4.—1926.

En este trabajo el profesor Turenne, de la Facultad de Medicina de Montevideo, después de relatar algunas observaciones personales de acidosis pura o predominantes de la toxemia gravídica, hace de ellas una descripción de conjunto, tratando de divulgar el conocimiento de un estado frecuente en las grávidas que requiere una terapéutica oportuna.

En los tipos acidósicos la marcha de la toxemia es precipitada, y en pocas horas el aspecto de la enferma reviste una manifiesta gravedad.

Los vómitos adquieren muy rápidamente el carácter de incoercibles y se tiñen muy precozmente de sangre. La paciente se encuentra en un estado de indiferencia, de somnolencia. El análisis completo puede no dar más signos anormales que la intensa acetonuria.

Según el profesor Turenne, la benignidad del pronóstico está en relación con la precocidad del diagnóstico.

Ultimamente, después de un examen clínico completo y de un análisis de orina y de la sangre, puede formularse el diagnóstico global de toxemia gravídica, estableciéndose a qué tipo pertenece.

Deben eliminarse ciertas afecciones, capaces de simular los vómitos gravídicos, tales como la apendicitis, litiasis biliar, dispepsias.

Cuando la acidosis está en juego una terapéutica causal es de resultados decisivos.

Se practicará la alcalinización intensiva mediante la administración de bicarbonato de sodio, asociado a la glucosa por vía rectal, con la técnica de Murphy.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Emplea una solución glucosada al 15 % y bicarbonatada del 4 al 6 %.

Para las formas graves o rebeldes, así como cuando por cualquier circunstancia sea necesario actuar tardíamente, se recurrirá a la insulinoterapia, medicación heroica.

Antes de la administración de la insulina se averiguará el estado de la glicemia y de la reserva alcalina del suero. Debe darse contemporáneamente suero glucobicarbonatado por vía endovenosa, inyectado muy lentamente.

La insulina a la dosis de 10 a 40 unidades diarias, dominará casi siempre la toxemia, cuando lesiones irreparables de los órganos de defensa no hagan inútil toda tentativa e imposible el restablecimiento de la enferma.

TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA.—A. Peralta Ramos y J. Bazán.—*Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital.*—Buenos Aires.—Año II. —Nº II.—1926.

En este trabajo, presentado al tercer Congreso Argentino de Medicina, realizado en julio de 1926, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1ª La placenta previa es distocia eminentemente quirúrgica y de resorte del médico especialista.

2ª Debería tratarse por todos los medios posibles, de que todo caso de placenta previa sea enviado a clínicas particulares u hospitalarias, donde se reunan, a más, las seguridades de asepsia indispensable a toda intervención quirúrgica.

3ª Se tratará de inculcar, tanto en el médico práctico, como en la partera, la necesidad indispensable de la abstención en la práctica del tacto (o su reducción al mínimum con la más estricta asepsia), en toda mujer que pierda sangre en los últimos meses del embarazo, ya que el 90 % más o menos de dichas pérdidas responden a inserciones viciosas de placenta.

4ª La conducta a seguir frente a una complicación de esta índole, sería siempre aquella que nos proporcione las mayores seguridades de éxito, tanto materno como fetal, siendo la operación cesárea la que más se aproxima a dicho ideal. Por consiguiente, tendencia casi exclusiva a tal intervención, en todo caso de inserción baja de placenta, a excepción de algunos marginales o laterales, y de circunstancias especiales, que son del dominio de todos.

5ª Cuando por las condiciones mismas del caso, tipo de inserción, edad del embarazo, estado del feto, etc., aquella esté contraindicada, ha de ser a los métodos obstétricos conservadores a quienes se recurrirá, desechando en absoluto la práctica del parto rápido.

LA OPERACION RACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE.— Amado Cassinelli.—*Revista Médica Latino Americana.*—Nº 139.—Buenos Aires, 1927.

La operación consta de los siguientes tiempos:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

1º Incisión transversal de la piel, sobre una línea bilíaca, de cuatro a seis centímetros de largo, según el espesor del panículo adiposo, cuyo punto medio esté a seis o siete centímetros por dentro de la espina ilíaca anterosuperior izquierda.

Se incinde el tejido celular subcutáneo y se pinzan y ligan los vasos que aparecen en su espesor. En ese momento queda al descubierto la aponeurosis del oblícuo mayor.

2º Disociación de las fibras aponeuróticas o músculo aponeuróticas del oblicuo mayor, con el fin de exponer los músculos subyacentes.

3º Disociación de los haces carnosos del oblicuo menor y del transverso siguiendo la dirección de sus fibras. Para esto, luego de seccionar a bisturí la delgada aponeurosis de revestimiento del oblicuo menor, se separan las fibras carnosas con un instrumento romo: tijera cerrada o pinza de Kocher cerrada. Procediendo así se llega hasta la fascia transversalis.

4º Sección de la fascia transversalis, en la parte más interna de la herida, siguiendo la dirección de los vasos espermáticos. Se llega a la subperitoneal; se la disocia rechazando hacia adentro el fondo de saco peritoneal, al cual adhiere el paquete de los vasos espermáticos, que halla siempre en la parte más baja e interna de la herida operatoria.

5º Con un instrumento romo se aisla el paquete arteriovenoso y se le carga sobre el mismo instrumento a fin de reconocer y aislar la arteria. Si no se la encuentra de inmediato. se aisla la vena o venas que la acompañan, teniendo cuidado de respetar el tejido celular que las rodea, a fin de no herir la arteria disimulada en el espesor de éste último; generalmente existen dos troncos venosos. Se colocan dos pinzas de Kocher a dos centímetros la una de la otra; se reseca el segmento de vena o venas comprendido entre ambas pinzas y se ligan por separado con catgut fino los cabos que resultan. El paquete queda reducido a un delgado tractus formado por los restos de la túnica vascular común, la arteria espermática con su plexus nervioso y los linfáticos del testículo.

6º Se repone en la herida el paquete vascular así tratado y, por encima, se sutura la pared abdominal en tres planos: el primero formado por los músculos pequeño oblicuo y transverso, con catgut; el segundo formado por el oblicuo mayor, también con catgut y, finalmente, la piel con crin de Florencia o seda. Se pueden usar ganchos de Michel, en cuyo caso conviene suturar previamente el tejido céluloadiposo subcutáneo, con catgut fino.

7º Apósito de gasa sostenido con dos bandas de tela adhesiva; nò se venda las bolsas ni se coloca suspensor.

8º El cuidado postoperatorio se reduce a provocar una evacuación intestinal el tercero o cuarto día de la operación y a retirar los puntos de sutura al séptimo.

9º Nunca se observa accidentes locales ni generales. El pronóstico es benigno.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Prensa Médica Cubana

URETERO-NEFROSIS.—NEFRO-URETERECTOMIA, por el Dr. Gonzalo Pedroso.—Sostiene el autor la necesidad de las exploraciones urológicas, no sólo desde el punto de vista del diagnóstico y de la operabilidad del enfermo, sino también de la técnica a seguir en la intervención. La cistoscopia y el cateterismo ureteral con ser tan ilustrativos no bastan para completar el diagnóstico, siendo indispensable la urografía, que enseña el estado del riñón, uretra y vejiga, indicándonos hasta dónde debemos llevar la excéresis quirúrgica.

El doctor Pedroso refiere la historia de un caso en el que practicó una nefro-ureterectomía total, con todo éxito. Sin la uretero-pielografía, cualquier cirujano se hubiera contentado con una nefrectomía, sin ocuparse del ureter, lo que hubiera mantenido la infección causante de la piuria y polaquiuria que presentaba el enfermo. *(Vida Nueva.—Habana,* febrero 1927).

SOBRE ONCE CASOS DE CARDIOPATIAS CONGENITAS por el Dr. T. Valledor.—Es de todos conocida la pobreza de síntomas que estas afecciones presentan en el lactante. Sólo la cianosis y algunos datos de auscultación son los que permiten, en la gran mayoría de los casos el diagnóstico. La disnea, el estásis periférico y el edema son raros y aun negados por ciertos autores. Para el Dr. Valledor es la cianosis el síntoma que mejor debe investigarse para establecer un diagnóstico de cardiopatía congénita. Esta cianosis puede ser permanente o intermitente, y hasta puede faltar en ciertos tipos de cardiopatías. Después de estudiar su patogenia por la mezcla de sangre a través de comunicaciones anormales, dependiendo la cianosis de la predominancia de la presión sanguínea en uno u otro ventrículo; estudia el Dr. Valledor los demás síntomas clínicos llamando la atención sobre la facilidad de confundir los soplos de las cardiopatías congénitas con los soplos inorgánicos, comprobados en la primera infancia por Babinsky, Marfan, etc.

Termina el autor su trabajo con 11 historias clínicas, muy interesantes, correspondientes a casos observados por él. *(Vida Nueva.*—Habana, febrero 1927).

CIERTAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO por el Dr. Ricardo Núñez Portuondo.—Sostiene el autor que la gastro-enterostomía es una operación inútil, ineficaz y peligrosa por los trastornos que produce, solamente uti-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

lizables en el caso de cáncer inoperable del estómago con estenósis quirúrgica; que la operación de Finney puede ser utilizada en el caso de obstrucción cicatricial del píloro por úlcera cicatrizada sin hiperclorhidria; que la operación de Horsley puede ser utilizada en el caso expreso que se menciona en el trabajo, de pequeña úlcera de la primera porción del duodeno sin reacción tisular periulcerosa ni hiperclorhidria, pero debe cederle el paso a la gastrectomía, operación más radical y lógica; y, finalmente, que la gastrectomía en términos generales, es la operación ideal, en los momentos actuales, del tratamiento de la úlcera del estómago y duodeno por sus resultados curativos brillantes y su benignidad. (*Vida Nueva*.—Habana, marzo 1927).

Dr. J. Ernesto EGO-AGUIRRE.

Notas Terapéuticas

ACERCA DE LAS INYECCIONES DE MORFINA.—Por el Dr. *Allard*.—(Sud. Méd. et Chirurg. 15 de enero de 1927).

La morfina no es soberana sino contra los dolores agudos o en forma de paroxismos, suprimiendo por otra parte, la maravillosa facultad que tiene el organismo de adaptarse y resignarse a las más críticas situaciones (M. Renaud). Además, hay que contar con el gran riesgo de la morfinomanía. Se puede utilizar, sin duda alguna, el pantopón cuya nocividad es infinitamente menor y el mecanismo de acción mucho más complejo; pero las más de las veces es preferible recurrir a un medicamento calmante administrable por vía bucal; el *allonal* o isopropilalbarbiturato de dimetilamidoantipirina que se da a la dosis de uno a cuatro comprimidos al día, presta los mejores servicios en todas las algias, aun en aquellas que obedecen a una lesión orgánica profunda.

Por las numerosas observaciones publicadas acerca de este analgésico, progresivamente sedante e igualmente hipnógeno, se puede ver que el allonal permite a menudo evitar y aun reemplazar la inyección de morfina. Seguramente en los casos de insomnios rebeldes, de agitación intensa y delirio es preferible utilizar el poder hipnógeno del somnifene, así como en los síntomas puramente nerviosos es preferible recurrir al sedobrol, mientras que en el dolor de cualquier origen y de cualquiera naturaleza que sea, sintomático o idiopático simple o complicado, ningún medicamente obra de una manera tan completa como el allonal, analgésico reforzado.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Conferencias

EL SEGURO SOCIAL COMO MEDIO PARA DEFENDER LA SALUD Y LA VIDA, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO SOCIAL.

El Dr. Carlos A. Bambarén, disertó en la "Sociedad de Empleados de Correo" el 22 de junio, desarrollando el tema del epígrafe, en la siguiente forma:

En el moderno concepto de los derechos naturales, la salud es el primero y el más importante, porque el hombre es para la medicina social un capital productivo, según su grado de eficiencia.

Estas ideas son el resultado de que la Medicina se ha convertido en ciencia social por excelencia, ultrapasando sus límites antiguos, que la dedicaban a conservar la salud individual.

En los afanes que pone la humanidad por resolver el problema del bienestar y de la felicidad de las clases sociales, los sociólogos han tenido que volver sus ojos a la Medicina y a los médicos, que son los que más conocen los secretos de la naturaleza del hombre. Las legislaciones que sólo tratan de regular las relaciones del capital y el trabajo, aseguran el precio de los salarios, pero no se anticipan a preveer las necesidades que plantean la enfermedad, la invalidez, la ancianidad, la maternidad, etc. La Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, ha dado últimamente un voto, manifestando que al reformarse la Ley del empleado, una de las pocas disposiciones de protección social que favorece a la clase media, se debe tener en cuenta las indemnizaciones no sólo por la pérdida del empleo, sino también por los accidentes, la enfermedad, la invalidez, la vejez, la maternidad, la desocupación forzosa, etc.

Hay que preveer las necesidades que plantean al que trabaja, la enfermedad o la invalidez, a fin de salvarlo de la miseria y de la indigencia; el seguro social que atiende todos estos riesgos, es la única manera de conseguir este fin, porque no es posible que cada vez que, por ejemplo, enferma el que trabaja, quede colocado en las puertas de la caridad o de la Beneficencia pública, que cada día deja de ser tan caritativa como lo era antaño, porque se trata de una obligación del Estado, y que cada vez puede soportar menos las enormes cargas que le impone la función de asistencia social.

El seguro social suprime la humillación del pedido caritativo, y amplía los recursos para proporcionar eficiente asis-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tencia médica, en cualquiera de las circunstancias en que se encuentra el que trabaja.

Expuso a continuación y a grandes rasgos, la evolución de la asistencia pública, y la transformación de las sociedades mutualistas.

Si al principio las sociedades mutualistas o de socorros mutuos fueron libres y constituídas por la voluntad de sus asociados, su actividad tan limitida y la escasa o nula acción preventiva, demostraron que convenía la intervención del Estado para ensanchar su radio de acción; esta ingerencia no sólo fué provechosa en los países donde se hizo, sino que transformo completamente los organismos mutualistas, convirtiéndolos en entidades representativas de lo que se llamó el seguro social.

Por este medio de protección colectiva, contra las enfermedades, los accidentes del trabajo, la vejez, la maternidad y la desocupación fortuita, se obtienen los fondos necesarios para atender esas contingencias de la vida del trabajador, gracias a un triple aporte: el Estado, el patrón y el que trabaja. Esta contribución proporcional y obligatoria reune fondos que aseguran la asistencia social en su más amplio concepto.

Conviene trabajar porque se implante el seguro social, que garantiza al que labora los recursos necesarios para curarse cuando enferma, y le libra de las preocupaciones de la vejez, y de los que trae consigo la invalidación, la maternidad, etc.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

ALGUNOS ACUERDOS INTERESANTES

En la sesión de Directiva, que bajo la presidencia del Dr. L. Avendaño, celebró esta institución, el 14 de junio, se adoptaron los siguientes acuerdos:

Habiendo aumentado la publicidad de los delitos cometidos por menores, sea cuando estos actúan de modo principal o como cómplices, llegándose al extremo de publicar sus fotografías en los diarios, y teniendo en cuenta que según la doctrina de la *Política Criminal*, incorporada a nuestro Código de la materia, en lo que a tratamiento de menores se refiere hay que evitar, por todos los medios, que aumente el abandono moral de los menores delincuentes, así como todo aquello que fomente el mal ejemplo y la vanidad criminal; que el Consejo Nacional de Mujeres del Perú se ha ocupado del mismo asunto en ocasión del Congreso Pan-Americano de Periodistas reunido en Estados Unidos últimamente y de la fundación de la Universidad bolivariana, y, que por último, el Juzgado de menores está encargado, en representación del poder público y por mandato expreso de la Ley, de ejercer sus funciones con

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Biblioteca Lima-Perú

criterio tutelar, velando por el cumplimiento de lo preceptuado en el Código Penal, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social acordó:

Dirigirse al Juez de Menores, cuyo cargo lo coloca en el desempeño de nobles funciones, para que de acuerdo con la doctrina y con las disposiciones sustantivaas del Código Penal, solicite de las autoridades de policía que no proporcion n a los diarios informaciones en las que se haga referencia a los delitos de menores, toda vez que esto aminorará su abandono moral, haciendo más factible su reforma correccional.

Con motivo de las reformasa que se proyectan a la ley del empleado,—una de las pocas disposiciones legislativas de protección social que posee el país,—y siendo necesario incorporar en nuestras leyes de amparo social, los conceptos por medio de los cuales se otorga al que trabaja los elementos materiales que necesita para asegurar su salud y la vida, cuando se accidenta, invalida o envejece, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social acordó declarar que al reformarse la actual ley del empleado, no sólo se atienda a las indemnizaciones por pérdida del empleo y al seguro de vida en caso de fallecimiento sino que se preceptúe el seguro social que ampara en caso de enfermedad, de accidente, invalidez, ancianidad, maternidad y paro forzoso, imponiendo por igual obligaciones al patrón, al que trabaja y al Estado, que se beneficia con la mejor conservación del capital humano y con el auxilio que esto proporciona para las obras de asistencia médica.

Bibliografía

MANUAL DE BACTERIOLOGIA por los Drs. CH. Dopter y E. Sacquépée.—2 tomos.—*Salvat, Editores.*—Barcelona.—1926.—14 pesetas.

Tres son ya las ediciones que en muy poco tiempo se han sucedido en Francia de la obra *Bacteriología* de los profesores de Val-de-Gráce Dres. Dopter y Sacquépée y que forma parte de la colección Biblioteca del Doctorado Gilbert y Fournier; ediciones que cada vez se han aumentado y mejorado hasta constituir hoy quizá la obra más importante sobre esta materia, tan movediza y tan variable de un año a otro.

En efecto, una obra de Bacteriología no puede quedar estancada en los conocimientos de una fecha determinada; cada año se descubren o se creen descubrir nuevos agentes patógenos, animales o vegetales, y cada día se perfeccionan los medios de cultivo, los medios de exploración e investigación por medio de reacciones químicas o biológicas; la preparación

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de las vacunas y de los sueros experimenta de continuo profundas modificaciones, que cada vez los hacen de aplicación más general, y cada día hay nuevos descubrimientos en todas las ramas de la Bacteriología, pues, la labor de los investigadores es incesante y estos investigadores están repartidos por todas las partes del mundo y trabajan asiduamente, guiados por el sano deseo de ser útiles a la humanidad. De modo que una obra de Bacteriología debe ser en los tiempos actuales más bien que un *libro* definitivo sobre una ciencia determinada, una *revista* de actualidades científicas cuya fecha de aparición es indeterminada.

La obra de los Dres. Dopter y Sacquépéc, es una verdadera revista, lo más completa posible, de todos los adelantos, descubrimientos y enseñanzas que incesantemente van apareciendo en el mundo científico, con la ventaja, sobre las revistas en general, de que en este libro el estudiante, el médico y el bacteriólogo encontrarán como guía que les encaminará por los senderos nada fáciles de la ciencia bacteriológica, los consejos y la experiencia científica de los reputados autores, bacteriólogos insignes, Dres. Dopter y Sacquépée.

La ilustración de la obra, que es sumamente profusa, auxilia poderosamente la comprensión del texto y constituye un precioso complemento del mismo; la parte editorial es impecable.

LES MALADIES DES REINS por el Dr. Siguret, un volumen de 164 páginas.—*Editor, Gastón Doin.*—París, 1926.—12 francos.

Este libro es un verdadero vademecum del estudiante y del médico práctico.

No tiene la pretensión de ser completo, sino de ser útil y como todo libro destinado a ser consultado todos los días, el autor ha eliminado de exprofeso todo lo que no sea esencialmente práctico.

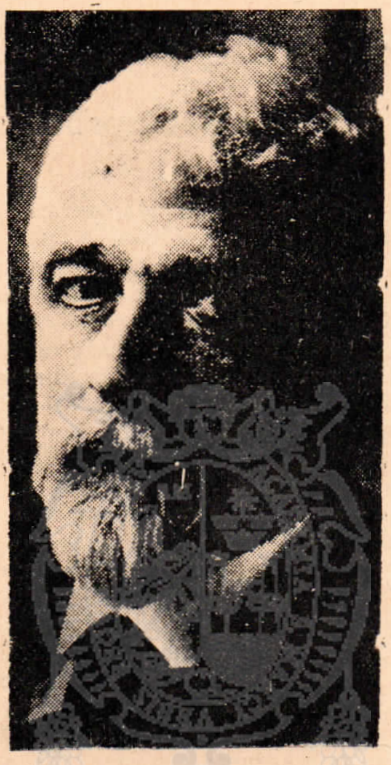
De una manera voluntaria están excluídas ciertas consultas que se encuentran tratadas en otros volúmenes de la misma colección *(Les consultations journalieres)*. La parte terapéutica, está ampliamente tratada en varios capítulos, resultado de su experiencia personal.

LA SIERRA Organo de la Juventud Renovadora Andina

Dirección: J. Guillermo Guevara

LA CONDESA, 152 LIMA - PERU

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Profesor GEORGES DUMAS,

eminente profesor de Psicología de la Sorbonne, que ha dictado una serie de interesantes conferencias sobre su especialidad, iniciando el intercambio de profesores entre la Universidad de París y la Universidad de Lima.

El Profesor Dumas ha sido muy agasajado por los círculos científicos de Lima, distinguiéndose por su brillo y caracteres la actuación de la Academia Nacional de Medicina.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Los Virus Filtrantes

Por el Dr. RAUL FLORES CORDOVA.

Desde hace más o menos 25 años, los bacteriologistas han dado a conocer la existencia de una nueva categoría de microbios que son capaces de atravezar los filtros de porcelana.

Acostumbrados a considerar el filtro como un medio de esterilización eficaz, tal noción no podía dejar de llamar nuestra atención, tanto más, cuanto que los primeros microbios filtrantes descritos eran invisibles, lo que les hacía más misteriosos aún.

La atención de los experimentadores se dirigió hacia este carácter de filtrabilidad y se pensó que todos los gérmenes dotados de dicha propiedad, poseían otras comunes, designándoseles desde entonces con el nombre de *virus filtrantes.*

Pero pronto se dieron cuenta de que microbios conocidos ya y de tamaño apreciable, eran capaces de atravezar los filtros. De otro lado, entre los virus filtrantes, algunos se revelaron como gérmenes altamente diferenciados y perfectamente visibles.

La filtrabilidad es, sin duda alguna, uno de los caracteres de los virus que nos ocupan, pero esta propiedad no les es particular; hacer de ello un carácter primordial, sería conferirles una autonomía ficticia, que no la tienen, y hacer creer que la filtrabilidad justifica un parentezco muy estrecho de estos gérmenes y de las enfermedades que provocan. Es por esto, que el nombre de "virus filtrantes" vuelto poco preciso como nombre de grupo, debe ser desechado. Conservarlo y establecer una distinción entre virus filtrantes y virus filtrables, es hacer juego de palabras y exponerse a confusión.

Los términos de microbios invisibles y ultravirus, propuestos para designarlos no convienen tampoco para su caracterización. El término de microbio invisible empleado por Roux, muy comprensivo, no se aplica hoy sino a algunos de entre ellos. El nombre de ultravirus, haría pensar que los microbios de este grupo son todos visibles al ultra-microscopio, lo que no es cierto, y además, el pronombre ultra, tomaría una significación poco clara, colocando estos microbios por encima de otros.

En realidad, el grupo de *virus filtrantes* engloba virus muy diversos y este grupo debe ser disgregado.

Teniendo en cuenta ciertos puntos de vista, es posible agrupar un cierto número de ellos, que los individualizaremos bajo el nombre de virus citotropos, según lo quiere Filibert y que podrían definirse de la manera siguiente: *los virus citotropos están*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

caracterizados, ante todo, por su afinidad exclusiva por el protoplasma de las células vivas, en las que solamente pueden ser cultivados, provocando la excitación divisoria del núcleo primero, y después, produciendo la lisis celular; pero sus caracteres completos no podrían ser dados sino después de haber pasado rápidamente en revista las enfermedades cuyo agente causal infeccioso, atravesando los filtros de porcelana, ha sido clasificado en los últimos 25 años en el grupo de los "virus filtrantes".

La idea primera de virus invisibles, pertenece a Pasteur, que en 1880, buscando el microbio de la rabia, emitió la idea, que era tan pequeño, que no se le podía ver al microscopio.

En 1898, cuatro enfermedades fueron atribuídas a virus de esta naturaleza: la fiebre aftosa de los bovinos, la perineumonia de los mismos, el mixoma del conejo y el mosaico del tabaco.

Fiebre aftosa de los bovinos.—Esta afección está caracterizada por una erupción de vesículas, cuyo asiento es la piel y las mucosas.

En 1898, Loefler y Frosch demuestran que la linfa de un afta no roto, no encierra gérmenes visibles o cultivables en los medios usuales, pero que sin embargo reproduce la enfermedad por inoculación.

Que se trata de un microbio y no de una toxina, lo prueba el hecho de que el virus es retenido por las bugías muy finas.

Es, pues, la fiebre aftosa una enfermedad a virus filtrable, invisible e incultivable.

La perineumonia de los bovinos.—Es una inflamación primitiva del tejido celular de los tabiques conjuntivos interlobulares del pulmón.

El virus es filtrante, pero cultivable en sacos de colodión o en medios conteniendo suero de buey.

Este virus es filtrante, pero visible y cultivable.

Mixoma del conejo.—Enfermedad caracterizada por una conjuntivitis catarral, edemas inflamatorios sub-cutáneos y adenopatías generalizadas. Enfermedad a virus filtrable, pero invisible e incultivable.

Mosaico del tabaco.—En 1898, Beinierick extiende la noción de virus filtrantes a los vegetales.

El jugo de las lesiones del mosaico del tabaco (enfermedad caracterizada por manchas blancas sobre las hojas del tabaco, que se transforman en brunas) después de filtrado a través de bugías, reproduce la enfermedad; es un virus filtrante, incultivable e invisible.

Estas cuatro enfermedades difieren profundamente entre ellas; sólo tienen de común la filtrabilidad del virus.

La noción de la posibilidad de virus invisibles y filtrantes, tomó poco a poco cuerpo y se aplicó a la investigación de enfermedades nuevamente observadas o antiguamente conocidas, y cuyo agente causal es todavía ignorado.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En 1902, una comisión de médicos americanos, Reed, Caroll, Agramonte y Lazear, estudian en Cuba la fiebre amarilla, demuestran que el virus amarílico existe en la sangre, del primero al tercer día de la enfermedad, que dicho virus atraviesa las bugías Berkefeld; el producto filtrado lo inoculan a tres soldados, que contraen la fiebre amarilla.

No pudieron ver el gérmen, ni tampoco cultivarlo, ni en la sangre ni en los medios especiales. Pero en 1917, Noguchi logra descubrir que la enfermmedad que nos ocupa, es producida por un espiroquete, que es cultivable en la sangre y que atraviesa los filtros.

He aquí, pues, una enfermedad considerada durante quince años, como producida por un virus filtrante y que hoy se considera como producida por un parásito altamente diferenciado del orden de los espiroquetes. La fiebre amarilla se acepta hoy generalmente como una afección sanguínea, producida por un virus filtrante, pero visible y cultivable.

La viruela de los ovinos.—Ha sido estudiada por Borrel y considerada como producida por un virus filtrante, pero invisible e incultivable.

En 1904, la filtrabilidad del virus de la *rabia* fué demostrada por Remlinger, pero no ha podido ser cultivado en los medios comunes, ni en los especialmente preparados, hasta el presente año. Nosotros hemos podido cultivar el virus rábico en cerebro de ternera conservado en el frigorífico a algunos grados bajo cero, y el cultivo después de 6 días, inoculado al conejo, reprodujo la enfermedad con todos sus caracteres. Es, pues, la rabia una enfermedad a virus filtrable, pero invisible y cultivable.

Vacuna.—En 1905, Sergent, de una parte, y Negri, de otra, demuestran que el virus vaccinal, atraviesa las bugías de porcelana, siendo invisible y considerado como incultivable.

Nosotros hemos podido obtener cultivos de virus vaccinal, sembrando vacuna en tejido testicular, conservado vivo al frigorífico.

El cólera de los puercos.—Ha sido mucho tiempo considerado como una salmonelosis, es decir, como una septicemia debida a un bastoncito del grupo Coli-Eberth, el *B. cólere suum,* que se aisla fácilmente de la sangre y del intestino del puerco, en el curso de una epidemia, y que es saprofito del intestino del puerco sano.

En 1905, Dorset filtra la sangre de los puercos enfermos y obtiene un filtrado que no contiene gérmenes visibles ni cultivables, pero que determina en los puercos jóvenes el cólera porcino típico, con pululación secundaria del B. cólere suum. En 1922, en el curso de una epidemia de cólera porcino en Lurín, pude aislar de la sangre de animales enfermos el B. cólere suum.

El tracoma.—Es una conjuntivitis palpebral caracterizada por la formación de tumores papilomatosos nacidos a expensas de la conjuntiva. Bertarelli, en 1907, demuestra que la secreción conjuntival y los elementos celulares molidos, dejan filtrar un

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

virus invisible e incultivable que reproduce la afección por inoculación en el mono, que es animal sensible a dicha enfermedad.

Bajo el nombre de *Dengue,* se engloba la fiebre de tres días y la fiebre de siete días o nanugayami. En 1907, Ashburn, demuestra que la sangre filtrada es susceptible de reproducir la enfermedad en el hombre.

Viruela.—En 1908, Casagrandi demuestra que el virus contenido en las vesico-pustulas, a traviesa las bujías; se sabe que es invisible e incultivable. Esperamos estar en presencia de alguno o algunos casos de viruela, para experimentar sobre su cultivo y estamos casi seguros de obtener el mismo resultado que en la vacuna y en la rabia.

Paperas.—Granata, en 1908, obtiene por filtración de saliva de enfermos un filtrado susceptible de producir una parotiditis no supurada en el conejo; virus invisible e incutivable.

Poliomielitis.—En 1909, Levaditi demuestra que el virus de la poliomielitis contenido en los centros nerviosos, atraviesa las bujías Berckefeld. El filtrado cultivado en suero de mono o en el medio de Noguchi, da lugar al crecimiento de microorganismos de 0.2 a 0.3 de micra y coloreables por el Giemsa. El cultivo reproduce la enfermedad en el mono. Se trataría, pues, de un virus filtrante, pero visible y cultivable.

Roseola.—En 1912, Anderson, en el curso de sus investigaciones sobre esta enfermedad, demuestra que el virus se encuentra en las secreciones nosofaríngeas y que atraviesa las bujías.

Se reproduce la enfermedad en el mono y en el conejo.

Escarlatina.—Bernhardt, en 1914, después de haber filtrado sangre de un escarlatinoso, determina en el mono una erupción seguida de descamación. Esta experiencia no ha podido ser confirmada por otros experimentadores.

Catarro nasal o coriza.—En 1914, Kruse, y Foster en 1916, demuestran que las secreciones del coriza vulgar filtradas a través de bujías, reproducen la enfermedad por inoculación intra nasal en el hombre; no se han podido obtener cultivos.

Bacteriófago.—En 1917 se ha descubierto un virus filtrante de naturaleza particular; el bacteriófago de Herelle. Este virus, que no es agente productor de enfermedades, atraviesa los filtros, es incultivable en los medios ordinarios y en los medios adicionados de microbios muertos, pero se cultiva a expensas de microbios vivos, a los que destruye completamente.

Se le encuentra en las materias fecales de los que padecen de afecciones intestinales (disentería, tifoidea), en sujetos que están en vías de curación.

Grippe.—En 1918, Nicolle y Le Bailly, han demostrado que las secreciones nasales de los griposos, después de filtración, son susceptibles de reproducir la grippe en el hombre; en 1922, Olitsky y Gates han demostrado que los filtrados se cultivaban en medios parecidos al de Noguchi, en donde crecía un bastoncito, el Bacterium neumosintes de 0.1 de micra (límite de la visibilidad) y que la inoculación de cultivos puros de este mi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

crobio, provocaba en el conejo una afección trasmisible en serie y cuyos caracteres anatomo-patológicos eran superponibles a los que se encuentran en la grippe humana.

Tifus exantemático.—A pesar de todos los estudios hechos para poner en claro la etiología de esta enfermedad, se le considera todavía como producida por un virus filtrante, invisible e incultivable. Lo único perfectamente demostrado es su trasmisión por un insecto intermediario: el piojo.

Encefalitis letárgica.—Levaditi y Harvier, en 1920, logran, moliendo el cerebro de una mujer muerta de encefalitis letárgica (pero que presentaba lesiones herpéticas) determinar en el conejo por inoculación intra-cerebral, una encefalitis mortal. Por pasajes en el conejo de cerebro a cerebro, han obtenido un virus fijo que atraviesa las bujías de porcelana. Algunos creen que se trata del virus del herpes, y aún Levaditi y sus colaboradores consideran el virus de la encefalitis letárgica como idéntico al del herpes, que no sería sino una variedad atenuada.

Herpes.—Gruteret y Loewenstein han demostrado que el herpes es inoculable en la córnea del conejo y que en ciertos casos la keratitis resultante se complica en el conejo y se hace una encefalitis mortal con lesiones idénticas a las de la encefalitis letárgica. Blanc y Cammopetro, en 1921, han demostrado que el virus del herpes es filtrable, pero invisible e incultivable. Su afinidad cutánea es bien conocida, su afinidad meníngea y nerviosa en el hombre ha sido también establecida.

Existe inmunidad cruzada entre el virus encefalítico y el herpético, pero ésta es puramente nerviosa: el conejo curado de keratitis herpética, es incapaz de contraer la keratitis y la encefalitis por virus letárgico.

Cáncer.—En estos días llega la noticia de que Gye y Banard han determinado el virus del cáncer, sea por cultivos, sea por medio de un procedimiento de ultra visibilidad.

ANALISIS DE LOS CARACTERES DE LOS VIRUS FILTRANTES

Pasemos ahora en revista los caracteres de los virus filtrantes y discutamos su valor.

Filtrabilidad.—Es un carácter común a todos estos virus; un espíritu clínico se da cuenta inmediatamente de que bajo este solo carácter se encuentran reunidas afecciones tan desemejantes como la viruela, la fiebre amarilla, el dengue, etc.

Desde el punto de vista bacteriológico sucede lo mismo, pues entre las enfermedades a virus filtrantes existen enfermedades a espiroquetes (fiebre amarilla), bastoncitos como las de la pneumonia bovina, micrococos, como el supuesto de la poliomielitis y agentes realmente invisibles e incultivables como el del tifus, el herpes, etc..

La filtrabilidad debe hoy hacernos considerar bajo un nuevo ángulo la biología de los microbios y sus formas de reproduc-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ción y colocar sobre un nuevo terreno en muchos casos la profilaxia; pero como acabamos de ver que es un carácter muy general, la filtrabilidad no puede servirnos hoy para comprender a un grupo particular de microbios y no representa para esta categoría un carácter nosológico, patológico y botánico suficiente.

Invisibilidad.—La invisibilidad tiene por el contrario un valor especial. Aplicada a los virus filtrantes, permite separarlos inmediatamente en dos grupos: uno, el de los microbios visibles, como el de la fiebre amarilla, pneumonia, poliomielitis, grippe, y el otro el de los invisibles.

Incultivabilidad.—La incultivabilidad sobre los medios usuales se muestra casi paralela a la invisibilidad; los virus visibles han podido ser cultivados, los invisibles sólo en muy escaso número.

Parecería, pues, lógico separar definitivamente los gérmenes visibles (espiroquetes y bacterias) que entrarían en el grupo de las bacterias ordinarias y considerar como carácter especial de los virus que quedan sin clasificación, la filtrabilidad, unida a la invisibilidad y a incultivabilidad.

Pero creemos que este solo criterio es insuficiente; la historia de la fiebre amarilla nos vuelve excépticos sobre los caracteres de invisibilidad e imposibilidad de cultivo. Tengamos presente que muchos investigadores y durante muchos años, estudiaron la fiebre amarilla y no vieron ni pudieron cultivar el gérmen descubierto y cultivado por Noguchi.

AFINIDAD EPITELIAL

La fragilidad de los tres caracteres precedentes, no ha escapado a la sagacidad de un observador como Borrel, que ha sentido la necesidad de buscar un terreno más sólido para agrupar estos virus. Borrel observó que muchos de ellos provocan una alteración primitiva de las células epiteliales y propuso con mucho talento en una época en que no se tenían los datos que tenemos hoy, reunir todas esas afecciones, bajo el nombre de epiteliosis, tomando como carácter primordial la afinidad de estos virus por los epitelios.

Pero el cuadro así trazado por esta noción en 1907, es incontestablemente muy estrecho, porque sin hablar de la anemia del caballo, pondría de lado el sarcoma infeccioso de las gallinas, afección mesodérmica. Sin embargo, la observación capital hecha por Borrel permanece íntegra y es esta la que ampliada debe servir para la verdadera comprensión de los virus que nos ocupan.

Si el agrupamiento de las epiteliosis es estrecho, el de las ectodermosis neurotropas, propuesto por Levaditi (para un pequeño grupo de afecciones) lo es más aún. Según Levaditi, algunas afecciones: rabia, encefalitis letárgica, herpes, poliomielitis, vacuna, serían virus presentando una afinidad casi exclusiva por los epitelios derivados del ectodermo: piel y sistema nervioso.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

A la concepción de epiteliosis y ectodermosis se puede oponer, ante todo, que estos virus no son estrictamente epiteliales o ectodérmicos, sino que son susceptibles de vegetar en el epitelio pulmonar (vacuna bovina, vacuna ovina) en el testículo (rabia), en las suprarrenales (herpes); lesionan, pues, tanto el mesodermo como el endodermo.

Corpúsculos intracelulares.—Von Prowazeck propuso otro agrupamiento de distinta naturaleza, basado en la presencia de corpúsculos intraprotoplasmáticos paranucleares, que se encuentran en muchas afecciones y cuyo prototipo serían los corpúsculos de Negri de la rabia. Este autor cree ver en estos corpúsculos, si no el virus mismo, al menos el sitio en donde radican; pero estos corpúsculos son susceptibles de dividirse en corpúsculos más pequeños o corpúsculos de Volpino, bien estudiados, en el tracoma; estos corpusculillos filtran y Prowazeck, bajo el nombre de corpúsculos iniciales, los considera como agentes patógenes eficientes y los reúne con el nombre de Clamidozoarios (de clamidos camisa), es decir, protozoarios rodeando el núcleo de la célula parasitada, como una camisa. Pero no tenemos hoy en día pruebas suficientes para considerar estas formaciones como protozoarios y, además, virus como el del cólera porcino y el bacteriófago, no los presentan.

LESIONES HISTOLOGICAS, PROVOCADAS POR LOS VIRUS FILTRANTES

Afinidad celular.—Las ideas anteriormente expuestas, no llegan a constituír sino agrupamientos incompletos.

Creemos con Filibert, que apoyándonos sobre la anatomía patológica, se puede llegar a separar realmente ciertos virus muy particulares de estos grupos, reunidos entre sí por la similitud de la acción que ejercen sobre el organismo y por su biología. Si nos colocamos, en efecto, desde el punto de vista de la Patología General, veremos que cierto número de estas afecciones presentan un carácter verdaderamente particular: sus lesiones se ejercen exclusivamente sobre las células nobles, con exclusión de cualquier otra reacción.

La mayoría de los gérmenes conocidos penetran en la cavidad de Baer, cavidad general del cuerpo y determinan reacciones y lesiones engendrando procesos de defensa, pero son impotentes para llegar a parasitar las células nobles. Los espiroquetes y los protozoarios, que son agentes septicémicos obligados, no escapan a esta ley; atacan primero las arterias y las venas, suscitan la reacción del tejido conjuntivo, la esclerosis, etc.; si pueden en ciertas fases de su evolución llegar a atacar las células mismas de los pareáquimas, es de manera muy particular (degeneración grasosa) o secundaria y accesoria. No hay realmente sino tres excepciones a esta ley, la difteria, el tétano, el botulismo. Los microbios de estas tres afecciones quedan, por decirlo así, exteriores al organismo; penetrando en la cavidad de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Baer no determinan casi alteraciones, pero por las toxinas que secretan, van a atacar las células nobles del sistema nervioso y a destruírlas.

Ahora bien, sometidas a este criterio las enfermedades cuyos virus atraviesan los filtros, van a dividirse en dos clases; la una en la que las lesiones inflamatorias tienen los caracteres producidos en las infecciones a microbios conocidos; la otra caracterizada a la vez por la ausencia de lesiones inflamatorias del tejido conjuntivo y la preponderancia de lesiones nuevas muy especiales de las que son víctimas las células nobles.

Entre las de la primera categoría, tenemos la perineumonia y la fiebre amarilla, cuyo agente patógeno se parece al de las supuraciones y septicemias.

La segunda categoría, caracterizada por la ausencia de reacciones inflamatorias de la cavidad de Baer y las lesiones primitivas celulares, muy especiales y particulares, que no se encuentran en las otras, engloba y reúne virus, que presentan una afinidad, por el protoplasma celular y son incultivables in-vitro en los medios ordinarios, pero sí en células de tejido afín, conservado vivo.

Si dirigimos la vista al grupo de enfermedades que nos ocupan, veremos que esas lesiones exclusivas o preponderantes, se encuentran en la rabia, en donde la neurona es destruída, en la encefalitis letárgica, en el herpes, en el que la lesión inicial de la piel puede ganar la célula nerviosa en el conejo.

Todos estos virus son absolutamente incultivables en los medios usuales. Estos virus no vegetan sino el protoplasma vivo. Si no es una célula animal es una célula vegetal que sirve de substractum al parásito, pero es necesario que dicha célula esté viva. Antes de ahora, se entendía que se trataba de cultivo in vivo, pero nosotros hemos podido cultivar in-vitro el virus vaccinal y el virus rábico; en tejido testicular y cerebral, respectivamente, conservándolos vivos en un frigorífico a 4 y 6 grados bajo cero.

Estos virus parecen parásitos obligatorios del protoplasma viviente; no se multiplican en ningún medio usual de cultivo. Esta afinidad exclusiva por la célula viviente, es la característica fundamental de estos virus, a los que por tal razón se les llama *citotropos*.

CARACTERES DE LOS VIRUS CITOTROPOS

1.—*Lesiones provocadas en las células por los virus citotropos.* La célula en la que se instala un virus de esta naturaleza, sufre dos clases de alteraciones: la lisis y la segmentación.

a) En las epiteliosis del grupo de la viruela (vacuna bovina, vacuna ovina, fiebre aftosa y herpes cutáneo) la célula epidérmica se hincha, su protoplasma se vacuolisa, la célula estalla y la ruptura de las células atacadas da lugar a la formación de vesículas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Los virus neurotropos (rabia, encefalitis letárgica, encefalitis herpética del conejo) determinan en las células nerviosas (células corticales, células de Purkinje) de pronto la desaparición de los gránulos de Nissl, después viene la vacuolización. Es en este momento en el que se ve cerca del núcleo los corpúsculos juxta o paranucleares (corpúsculos de Negri, de Guarnieri, etc.) los que han sido considerados por algunos como el sitio en donde reside el virus y que otros los miran como si fueran restos nucleares alterados. La célula en este momento está virtualmente muerta; pero entonces entra en juego una acción secundaria, para desembarazar al organismo de la célula necrosada, vuelta un cuerpo extraño.

b)—Ciertos virus citotropos tienen una acción muy particular sobre el núcleo: desde que penetran en la célula, inician el proceso de segmentación kariokinética, de la misma manera que un espermatozoide que forzara a segmentarse un óvulo no partenogenético. Esta clase de fecundación no nos sorprende en la actualidad. Desde los trabajos de Loeb y Delage, sobre la fecundación artificial de los huevos no partenogenéticos, Delage ha demostrado que una solución especial de ácido butírico puede hacer pasar el núcleo del estado de reposo al de división cinética, y esta acción, una vez comenzada, continúa. Si los virus neurotropos no provocan la segmentación de la célula nerviosa, es porque ésta, muy diferenciada probablemente, es incapaz de sufrir el rejuvenecimiento necesario sin duda a la división.

Se puede concluír, pues, que los virus citotropos son a la vez citolíticos y citocinéticos, propiedades verdaderamente especiales y que justifican también una agrupación especial.

2)—*Cultivo intra celular.*—Si se considera que los virus citotropos encuentran un medio de cultivo en la célula viviente, puede suponerse que el parásito se nutre del protoplasma y lo agota cuando representa para él un alimento favorable. Pero cuando no encuentra este alimento apropiado, muere por inanición. El virus rábico inoculado en el cerebro de la paloma, muere sin determinar la rabia y esto sucede porque el protoplasma de la célula nerviosa de la paloma no le es un alimento apropiado.

3.—*Inoculabilidad intra-celular.*—Otro hecho que viene todavía a afirmar la hipótesis de la afinidad citotropa del cultivo intra protoplasmático de estos virus, es la necesidad si no absoluta a lo menos preponderante de la inoculación intra celular. Para que la enfermedad se declare, es necesario que el virus sea introducido en el interior de la respectiva célula, al menos en la mayoría de los casos. Es muy conocido el hecho de que la vacuna exige para producirse, la introducción intra-dérmica del virus vaccinal.

La mayoría de estos virus introducidos por vía sanguínea, sub-cutánea o intra-peritoneal, se muestran inactivos. El virus de la rabia necesita la mordedura de la piel, es decir, de la epidermis, para penetrar al organismo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Absorción de los virus citotropos.—En ciertos casos aunque el virus penetre al organismo por una vía que no le es favorable, va sin embargo a localizarse sobre los elementos para los que presenta afinidad. Esta afinidad es celular. Es necesario admitir que en estos casos el virus ha podido, sin encontrar la célula que le es favorable, vegetar en la circulación hasta que la encuentra.

Carré y Valle han puesto en evidencia esta propiedad de los virus de ser absorbidos por otros elementos celulares que sin representar para ellos un elemento favorable, les permite multiplicarse, alojándolos momentáneamente. Este fenómeno tiene en la hora actual una gran importancia desde el punto de vista de la epidemiología y de la patología generales.

Vallé y Carré, en 1923, verifican este fenómeno en una experiencia célebre con la fiebre aftosa. Ponen en contacto glóbulos rojos con el virus aftoso, los lavan repetidas veces después de centrifugación de la mezcla y ya lavados e inoculados, son capaces de reproducir la enfermedad en la vaca.

Este hecho permite comprender que en las enfermedades a virus citotropos, el virus pueda estar presente en la sangre absorbido por los hematíes, sin por esto multiplicarse, de donde resultará virulencia posible de la sangre en ciertos casos, lo que ha hecho considerar ciertas de estas enfermedades como septicemias.

La misma prueba es hecha por los autores citados, tomando en vez de glóbulos rojos, cultivos de estafilococos banales y poniendo éstos en contacto del virus aftoso; después de centrifugación y lavados múltiples, el estafilococo lavado, inoculado a la vaca, le da la fiebre aftosa.

Esta experiencia fundamental proyecta gran luz sobre la patogenia de las enfermedades infecciosas. Ella nos explica los errores de antaño, atribuyendo a un gérmen visible un valor patogénico que no lo tenía en realidad. Ella debe ponernos en guardia en el porvenir, contra la aceptación fácil de un agente patógeno visible, en una enfermedad cuyos caracteres anatomoclínicos indiquen otro origen. Ella nos invita a revisar aquellas infecciones imputadas a una bacteria cuya acción parece problemática, según la etiología, la anatomía patológica y los síntomas observados.

Microbios de salida.—La segunda experiencia de Vallé y Carré sobre la absorción de los virus por las bacterias, nos explica el rol de aquellas bacterias que Nicolle ha calificado como microbios de salida y al mismo tiempo nos explica la mayoría de las infecciones secundarias.

Los virus citotropos favorecen algunas veces la pululación de ciertos microbios visibles, siempre los mismos para un virus dado. La viruela hace salir el estreptococo, el neumococo; la vacuna y la fiebre aftosa hacen salir el estafilococo.

Cierto es que hay virus, como el de la rabia, que parecen no favorecer a ningún microbio. Dos ejemplos de simbiosis par-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ticularmente sugestivos deben ser puestos en primer plano. El cólera porcino y la difteria aviaria. El cólera porcino invisible, exalta la virulencia del bacilus cólere suum, a tal punto que este microbio pululando por su cuenta va a librar batalla al organismo y a provocar lesiones de defensa, creando así una segunda enfermedad, superpuesta a la primera o una enfermedad a dos etapas y a dos virus.

La difteria aviaria cuyo virus en la garganta de las aves no da lugar sino a lesiones superficiales, provoca la pululación de gérmenes diversos, entre los cuales el bacilo pseudo-diftérico parece el más frecuente y que es el que va a edificar la falsa membrana.

El proteus X 19 en el tifus, y la leptospira en la fiebre amarilla, serían también, según lo quieren muchos observadores, gérmenes de salida.

ORIGEN DOBLE DE CIERTAS ENFERMEDADES CLINICAMENTE AUTONOMAS

La noción de la absorción de los virus citotropos, la existencia de simbiosis con los gérmenes de salida, engendran otros problemas de nosografía y pueden conducirnos a modificar nuestras concepciones actuales sobre la evolución de las enfermedades.

En muchos casos parece que obligadamente hay infección doble: el virus citotropo crea primero las lesiones y los síntomas imputables a su acción, para que después el microbio favorecido venga a superponerse y a elaborar un nuevo cuadro anatomo clínico. Tomemos como ejemplo una enfermedad que todos conocemos, la viruela: parece incontestable que la forma pura de la enfermedad, debida a la acción del virus citotropo puro; es la varioloide, en la que la erupción se detiene en el período de la vesícula. Por el contrario, en la forma llamada normal o discreta, la supuración secundaria debida al microbio de salida el streptococo viene a transformar las vesículas en pústulas, a reencender la fiebre y algunas veces a provocar supuraciones extensas.

En la vacuna, la pústula es debida al estafilococo, mientras más contaminada está la vacuna más grande es el botón vaccinal. Con nuestros cultivos de vacuna en tejido testicular conservado vivo, cultivos casi libres de contaminación, hemos obtenido en niños de la Recoleta tan sólo pequeñas vesículas que no han llegado a pustulizarse, dejando como huella después de 20 días tan sólo una pequeña mancha en la piel y que sin embargo ha producido la inmunización de dichos niños, lo que hemos comprobado, inoculándolos nuevamente con linfa de uso coriente, sin que se produzca reacción local.

De estas nociones podemos sacar gran provecho desde el punto de vista terapéutico; en el caso de una epidemia de viruela, debe de ponerse al enfermo, tan luego comienza la erupción,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

inyecciones de suero antiestreptocócico, y estamos seguros de que si así se procede, desaparecerán las formas graves de viruela.

¿De qué naturaleza son los virus citotropos?

Desde hace mucho tiempo se ha considerado a los virus filtrantes como idénticos a los otros microbios, de los cuales no se diferenciarían sino por la talla; hipotéticamente se les ha dotado hasta de movilidad por su propiedad de atravesar los filtros, pues los microbios gruesos móviles filtran con más facilidad que los inmóviles. Los virus citotropos difieren profundamente de todos los microbios conocidos, bacterias o protozoarios, por su modo de acción tan especial y por su electividad particular por el protoplasma de las células vivas. Su naturaleza íntima nos es totalmente desconocida; hasta se ha puesto en duda su naturaleza viviente, animada: Beinjerik ha considerado al virus del mosaico del tabaco como un fluído de nueva variedad no microbiana. Bordet cree que estos virus están dotados no solamente de la facultad de multiplicarse, sino más aún, les concede hasta poder de asimilación, propiedades que se consideran como las características de la vida. Se trata acaso de un nuevo aspecto de la materia viva?

No discutiremos este punto y *admitiremos solamente que los virus citotropos son seres dotados de vida y diferentes a todos los microbios conocidos, sin aventurarnos en una discusión estéril sobre el problema de la vida, que es del dominio de la Metafísica.*

El delito de aborto

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA
Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina

PREAMBULO

La Medicina verdadera, aquella que es Ciencia y Humanidad, no la que es solamente automatismo y utilitarismo; la Medicina moderna, aquella que saliendo del estrecho campo del practicismo individual, invade el anchuroso espacio del ejercicio colectivo en los problemas sociales; la Medicina ideal, no ya simple doctrinarismo como antaño y que se imponía con toda la gravidez del *magister dixi,* sino aquella expansiva y racional que trata y procura convencer con los hechos palpables; esa Medicina, ilusión del presente y ambición de un futuro cercano, esa Medicina, repito, está obligada, con obligación perentoria que eludirla constituiría hasta un delito, a con-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

templar y analizar una infinidad de problemas que gravitan actualmente sobre el conjunto de los seres en el orden social y en el orden moral.

Ya no es el médico de ahora, como hasta anteayer, el hierático profesional, que encerrado en la torre de marfil de su sapiencia, prodigaba el fruto de sus conocimientos con el dejo sobrenatural del que otorga una dádiva; y que creyéndose muy por encima del común de los seres y de las cosas, no aceptaba objeción alguna, y únicamente recibía y aún exigía, la aduladora y reverenciosa unción al ser superior, con igual gesto de dios vivo de los Lamas tibetianos.

Ya no es tampoco, como hasta ayer, el Médico presente, el profesional egoista, a quien sólo interesa su clientela, y que sintetizaba toda su vida en obtener el mayor lucro con la pericia mecánica del cuchillo o la facilidad memórica de la receta.

El Médico moderno, ante las imperativas apremiantes de nuestra actual civilización, se ve constreñido a salir del hermetismo en que se hallaba colocado hasta ahora y obligado a intervenir en la cosa pública, por su singular situación, constituyendo esa innumerable falanje de los *médicos funcionarios*, asesores, adscritos a las diversas colectividades oficiales.

Además, en el medio netamente extraoficial de igual manera el profesional de nuestros días, que precie su título y aliente a ennoblecerlo, no será ya únicamente el médico de familia, sino que a despecho de la independencia que juzgaba tener, se halla coludido a intervenir en las diversas cuestiones que plantee el momento culminante, ya en el orden social, judicial, sanitario o administrativo.

Por último, es un imperativo para nuestros profesionales el exponer sus particulares puntos de mira y exponer sus propias iniciativas, como simple deber de ciudadanos, en todo lo que atañe al medio en que desarrollan sus actividades.

Como dice muy bien un inteligente médico francés, que es a la par notable profesional y psicólogo: "El médico es el hom-"bre que, por el hecho mismo de su profesión, está llamado a "penetrar en todos los medios y a verlo todo. El estado eco-"nómico un país, la psicología de las diversas clases sociales, "las enfermedades morales que gastan las energías y las en-"fermedades físicas que destruyen el cuerpo, todo esto el mé-"dico lo comprueba mejor que el abogado o que el sacerdote, "los que tienen un dominio de observación menos general; me-"jor que el administrador, que examina un punto de vista más "localizado, mejor que el demógrafo que tiene las cifras y sus "relaciones bajo sus ojos, pero que no está en contacto con la "vida social misma. El médico tiene que ser sociólogo aún sin "quererlo. El médico, más competente que ninguno, tiene el "deber de hablar, y muy alto, para ilustrar la opinión y al le-"gislador" (1).

(1) *P. Trisca.*—Les Médecins sociologues et hommes d'Etat.—París, 1923.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Y añade el mismo autor esta frase lapidaria, que debiera ser grabada en plaza y calles:

"La descomposición social, consecutiva a la gran guerra, "conduce al mundo al abismo; los médicos son los únicos que "pueden salvarlo".

Y es así como ha nacido hace poco, y avanza en sus progresos con tendencia arrolladora, cuyo fin es imposible precisar, esa Ciencia nueva, ante la cual se inclinan impotentes todas las preocupaciones: la *Medicina social,* que reune y compendia todas las múltiples y multiformes ramas del acervo médico, y sintetiza, positiva y claramente, todos los conocimientos que las diversas disciplinas de los estudios profesionales nos proporcionan y núclea, en la noble aunque ingrata, labor profesional diaria, el tipo perfecto del Médico moderno.

Y ¡ay! de aquel que, no acorde con todo esto, se niegue a oir las apremiantes de la hora actual, y se obstine en no marchar al compás del progreso de las Ciencias Médicas así orientadas. ¡La tacha de retrógrado sería leve para calificarlo!

Han sido todos estos estímulos, los que han hecho elija como tema de esta conferencia el referente al "Delito de aborto", comprendiendo que él liga íntimamente a un conjunto importante de cuestiones, que se reflejan sobre nuestro medio social, poniendo apremiantes impostergables.

La cuestión a dilucidar es árdua y es escabrosa; para obviar lo primero pongo a contribución mi modesto bagaje de conocimientos en esa ciencia predilecta de mi espíritu, que es la Medicina legal; para orillar lo segundo estimulo mi entusiasmo, extrayendo de mi memoria las severas lecciones y los rectos principios que supieron inculcar en mí, esos dos Maestros, prototipos del profesonial honrado y sin mácula, que han quedado eternamente ligados a mi persona, el primero por los lazos de la sangre y el segundo por los lazos del máximo agradecimiento: los doctores *Manuel C. Barrios* y *Leonidas Avendaño.*

I

DEFINICION Y CONCEPTO MEDICO-LEGAL SOBRE EL ABORTO

Desde el instante en que el elemento espermatozoide se une al elemento óvulo y el pronúcleo masculino viene a fusionarse con el pronúcleo femenino, queda germinado el nuevo ser, el cual, siguiendo el lento y progresivo desarrollo de la gestación, al llegar a su completa madurez, es expulsado al exterior por las propias y únicas fuerzas orgánicas, o con la ayuda artificial del arte, en determinados casos.

Esta gestación, que se realiza normalmente en un período más o menos fijo, pero siempre bien definido, puede interrum-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

pirse en cualquier momento, determinando la expulsión y salida del producto concebido, con lo que queda terminado el proceso gravídico.

Tal expulsión prematura puede verificarse, a su vez, por diversas causas y contingencias, que son las siguientes:

A).—De una *manera expontánea,* sin intervención de la voluntad y actuando únicamente factores intrínsecos, inherentes a la madre o al producto. A la madre, bajo forma de circunstancias personales (edad, herencia, constitución, etc.), de enfermedades agudas intercurrentes etc., (fiebre tifoidea y eruptivas, neumonia, etc, etc.), de afecciones crónicas, (tuberculosis, albuminuria, diabetes, cancer y sobre todo la sífilis), de intoxicaciones diversas, (medicamentos, alcohol, tabaco, plomo, etc.), de malformaciones congénitas o adquiridas genitales, de ginecopatías variadas etc., (periuterinas, uterinas o intrauterinas), etc. y de afecciones múltiples referidas al huevo o al producto más o menos diferenciado derivado del mismo *(aborto expontáneo natural).*

B).—De una *manera expontánea* igualmente e involuntaria, pero en forma accidental y por causas diversas, generalmente extrínsecas y mecánicas (abuso de relaciones sexuales, traumatismos generales o locales) y siempre que se compruebe el accidente fortuito y sin que se pueda establecer intencionalidad en el hecho *(aborto expontáneo accidental).*

C).—De una *manera provocada,* voluntariamente, con un fin terapéutico y ciñéndose a las indicaciones precisas que para ello rigen *(aborto provocado científico, terapéutico* u *obstétrico).*

D).—De una *manera provocada* y voluntaria igualmente, pero con intencionalidad y con un fin malicioso, constituyendo el verdadero hecho delictuoso *(aborto provocado criminal).*

Las dos primeras variedades no serán desarrolladas, ni de ellas nos ocuparemos, por no corresponder al plan que nos hemos trazado; es el aborto provocado, en sus dos importantes formas, terapéutica y criminal, que nos sirven de tema para el presente trabajo, con el fin de dilucidar el acto delictuoso o la justificación del acto científico, y establecer las consideraciones médico-legales y sociales que de ello puedan derivarse.

Ateniéndonos a la ya clásica y bien conocida definición del profesor *Tardieu,* diremos que por aborto en medicina legal se entiende:

"La expulsión prematura y provocada violentamente del "producto de la concepción, con independencia de todas las "circunstancias de la edad, viabilidad y aún de formación re-"gular de este producto" (2).

Esta definición precisa claramente todos los postulados que el aborto, médico-legalmente considerado, debe tener; pues en-

(2) *Tardieu.—Etude médico-légale sur l'avortement.*—París, 1868.—Trad. española.—Madrid.—Barcelona, 1882.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

globa, bajo términos concretos y científicos, todo el concepto que corresponde a este acto, sin penetrar en una serie de cuestiones extrañas, como aquellas tendenciosas y escolásticas de la antigüedad, o como ciertos distingos capciosos recientemente argüidos.

Con todo, ella parece especialmente referida y amoldada a esa segunda variedad del aborto provocado, anteriormente enunciada: el aborto provocado criminal, que es en el que se tipifican estas características. Pero, no debemos olvidar que a más de las consideraciones netamente jurídico-penales del aborto, nos corresponde, y tal es nuestra deliberada intención, contemplar las consideraciones éticas, y es por eso que trataremos de analizar aquí, igualmente, la forma provocada terapéutica, para establecer la verdadera justificación del acto, sin intencionalidad maliciosa, sobre todo por la nefasta práctica del aborto criminal, bajo cubierta del hecho científico, permitido y justificado del aborto obstétrico.

La antes citada definición involucra todos los principales caracteres requeridos para establecer el verdadero concepto médico-legal del aborto, En efecto: establece, primeramente, la condición de *prematuridad* del acto, es decir, realizado antes de haber llegado el producto concebido a su completo desarrollo, antes del término normal y la época fija de la expulsión fisiológica.

En segundo término señala la condición de este acto *provocado*, cabe decir, incitado, estimulado, facilitado, ayudado, por acción extraña, y, por lo tanto, actuando deliberada voluntad en la comisión del hecho.

En tercer lugar, la *violencia*, como prefijo igualmente de condición especial, pues, por cualquiera de los procedimientos que el acto se provoque, él no puede verificarse sino violentamente, bajo acción revelatriz de fuerza superior y de fuerza extraña, que impulse el hecho, fuera del cause y modo normal de gestación.

Insiste igualmente la definición antes citada, en la abstracción absoluta de ciertas circunstancias fortuitas, innecesarias de ser tenidas en consideración por el médico-legista. Son éstas:

1º—La *edad* del producto concebido. Dejamos de lado, primeramente y a este respecto, las antiguas consideraciones que constituyen la base de la clásica doctrina aristotélica, desgraciadamente sostenida aún por la legislación canónica, como veremos más adelante; pues, para el moderno concepto de la ciencia, el producto gestado tiene vida o se le considera con ella, desde el preciso momento de fusión de los dos pronúcleos, y, por lo tanto, su expulsión en el período primitivo, *inanimado* como lo llamaban los que esta doctrina sostenían, constituye aborto y acto punible y vituperable, como si se realizara en semanas o meses posteriores. El punto interesante sobre esta cuestión de edad, es que en medicina legal la aceptación de aborto, es mucho más lata y amplia que la aceptada en obs-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tetricia, pues si recordamos que los tocólogos adoptan este término solamente para la expulsión antes del 7º mes de gestación, es decir, en los períodos embrionario y fetal, como ellos llaman, para los médicos legistas es sinónimo de detención del embarazo y de expulsión del producto en cualquiera época del ciclo gestativo y a cualquiera edad que él pueda tener, aún en el período que para los obstetras constituye el llamado parto prematuro (tres últimos meses del embarazo).

2º.—La condición de *vialidad*, es casi correlativa de la anterior, si nos atenemos a que sólo a partir del 6º mes, es que consideramos al producto viable, es decir, apto para vivir aisladamente, fuera del seno materno; pero, debemos igualmente considerar la vialibilidad como resultado de una madurez normal del producto y por lo tanto teniendo el feto todas las condiciones especiales, requeribles para su subsistencia independiente. Ninguna de estas consideraciones particulares, debe ser apreciada por el perito-médico, al tratarse del aborto intencional, y es por eso que la definición elude tomarlas en consideración.

3º—La *formación regular* es, igualmente, extraña al concepto médico-legal del aborto, no debiendo por lo tanto ser tenida en cuenta para apreciar la calidad del acto, el desarrollo más o menos anormal o teratológico del producto, pues para los que cometen el delito ello es cuestión ignorada, no pudiendo su comprobación disminuir la intencionalidad malévola del acto.

Es así como, con estas indispensables premisas, se establece claramente el concepto médico-legal del aborto, a base de una definición, hoy casi unánimemente aceptada por todos los autores modernos.

II

HISTORIA Y LEGISLACION SOBRE EL ABORTO

La historia del aborto, ya en su forma expontánea, de manera natural o por acción accidental o fortuita; o ya en su modalidad provocada, por acción terapéutica obligada y consentida, o por acción delictuosa y castigada, se encierra en la historia de las legislaciones de los diversos pueblos que a través de los tiempos y de las latitudes, han integrado a la Humanidad desde las más remotas épocas.

Es por eso, que al hacer, aunque muy someramente, el historial del aborto, tengamos que referirnos de continuo a pragmáticas jurídicas que han elaborado los hombres de todas las naciones y las edades; ellas nos dirán el valor y grado que a la práctica abortiva se daba, por el grado y valor de sus disposiciones legales y punitivas.

De otro lado, nada puede orientarnos mejor sobre el concepto actual y aceptado que sobre el aborto, como el hecho

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

legal y social, podamos tener, que el estudio, de las legislaciones, histórica y comparada; pues ellas nos marcarán las apreciaciones que sobre esta importante cuestión han emitido los legisladores y sociólogos de todos los tiempos y de todas las naciones.

En los *pueblos primitivos* se consideraba al hombre como dueño del producto de la concepción, y, por lo tanto, con derecho absoluto para interrumpir su desarrollo en cualquier instante, provocando el aborto, a igual título que el que poseía de muerte o venta sobre los hijos que tuviera. Los pueblos nómades, sobre todo, para facilitar la movilidad de sus tribus, trataban de desembarazarse de la prole numerosa, interrumpiendo los embarazos, por medio de bebidas hechas con plantas especiales, cuyas propiedades ellos conocían.

La *India* comulgaba en parte con tales doctrinas y no castigaba el aborto, el cual se verificaba preferentemente con bebedizos, en los que el fruto de las *ananas* era muy utilizado; por tales razones la legislación indú es casi negativa en tal sentido.

En *Egipto* parece que el aborto fué raro y que se tenía mucho respeto al feto en gestación; tal parecen afirmarlo la la salvaguardia que la ley concedía a la mujer condenada a muerte, de ampararla y suspender la ejecución, al comprobar su estado gravídico. La legislación egipcia nada dice al respecto; pero sí, castigaba con exposición infamante ante el pueblo, a la infanticida y castigaba severamente al padre que permitía o intervenía en la muerte del niño, *aún en el vientre materno*.

Entre los *judíos* perece que el aborto, sobre todo en su forma criminal, no era frecuente. El Pentatéuco nada nos indica sobre este delito; pero sí el Exodo (Cap. XXI, versículos 22 y 23) que castigaba el aborto causado violentamente por otro, en persona de una mujer.

Las *leyes lacedemónicas* ponían el feto bajo la protección del Estado, obsesionados indudablemente por el deseo de estimular la procreación, el mejoramiento de la raza y el aumento de la población, en ese pueblo viril, de guerreros y de atletas. *Lisias* acusó a un abortador públicamente y pedía se le considerara como reo de homicidio.

Entre los *griegos* las ideas al respecto eran muy diversas. *Sócrates* admitía el aborto, pero con la voluntad de la madre; y aún más, daba consejos de cómo podía despertarse el trabajo de la expulsión y librar así a las mujeres temerosas, de los dolores y molestias del parto a término.

Hipócrates opinó siempre contra el aborto. A pesar de ello, su célebre teoría sobre el principio vital, habría de servir más tarde a *Aristóteles* para establecer sus capciosos distingos, que

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

por desgracia se perpetuaron por muchos años y siglos en la historia de la Ciencia. Decía *Hipócrates:* "Un soplo de vida "se comunica de un sexo a otro por los medios conocidos que "la naturaleza tiene dispuestos; los líquidos en que este soplo "se insinúa, se calientan y espesan; todo lo que se calienta tie- "ne movimiento, una especie de vida, el soplo de la vida ca- "liente atrae el soplo frío que la nutre". Y deducía de aquí que el producto de la concepción sólo poseía el soplo de vida, después de varios días y semanas. Este sabio, con todo, repetimos, era enemigo del aborto; recuérdese su célebre juramento: ..... "De igual manera yo no daré a una mujer un pesario abortivo....", y además su libro sobre "Enfermedades de las mujeres" en el que dice, como una prueba de la frecuencia de los abortos en su tiempo, lo siguiente: "Los peligros son más grandes "para la mujer que aborta; los abortos son más penosos que "los partos. No es posible, en efecto, que no haya violencia "en la expulsión del embrión, sea por un purgante, sea por "una bebida, sea por un alimento, sea por pesario, sea por cual- "quier otra causa.....".

Aristóteles admitía el aborto voluntario en las mujeres que tuvieran muchos hijos y con el objeto de mantener el equilibrio de la población, (Re Política I. VII. c. 10, n. 14). Aprovechó las teorías de *Hipócrates* sobre el principio vital, aceptando que el producto concebido sólo tenía vida, si era varón, a los 40 días y si era hembra a los 80. En tal sentido estatuyó su doctrina de que la autorización para el aborto sólo debería concederse mientras el feto no estuviera *animado,* pues constituiría un crimen si el niño tenía ya el *soplo de vida.*

Platón (De leg. 1, V.) sostuvo iguales teorías, como un medio para impedir el desarrollo desmesurado de las poblaciones.

Galeno consideraba al feto como una porción integrante de la madre, y por lo tanto, con derechos para disponer de él, a igual que sacrificar voluntariamente un brazo o una mano. Aceptó igualmente las teorías aristotélicas sobre el principio vital, pero redujo los períodos a 30 días, en el varón, y a 42, en la hembra.

La *Vulgata,* la ley matriz itálica, imponía, pena de muerte para el abortador, si la mujer muriese y sinó, la de resarcimiento del daño, en armonía con lo que pidiera el marido y juzgaran los árbitros.

La versión de los *Setenta,* traslada este pasaje, aplicando al hijo lo que dice de la madre.

Entre los *Romanos,* al menos en la época de la República, no era considerado el aborto como un delito y se designaba con la frase de *abigere partum* al parto voluntario. La filosofía estoica no aceptaba al feto como un ser viviente; era sólo un *pars viscerum matriz,* y, por lo tanto, los padres tenían derecho de vida y muerte sobre sus hijos. El aborto era solamente un hecho inmoral, preferentemente al tratarse de mujeres casadas, interviniendo el Censor de las buenas costum-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

bres para dilucidar las razones que habían obligado a tal acto y comprobar el consentimiento del marido.

La licencia de las costumbres, cada vez más en aumento, hacían necesario en la República Romana la dación de leyes restrictivas, y los legisladores de esa época llamaban la atención al respecto. Pronto se nuclearon tales deseos y así las primeras leyes que en tal sentido se dieron, tenían por objeto preferente defender los derechos de propiedad y de sucesión. *Cicerón*, en un juicio seguido a una mujer de Mileto, que había consentido en el aborto, dejándose sugestionar por las dádivas de los herederos de su marido, la increpaba con estas célebres frases: "Esto es una gran injusticia (se refería al abor-"to), pues con ello se ha destruído la esperanza de un padre, "la memoria de un hombre, el sostén de una raza, el heredero "de la familia y un ciudadano destinado al Estado". Recuérdese que la Ley Romana consideraba como ciudadanos de la República a todos los niños, extendiendo su protección hasta el seno materno.

Con el establecimiento del Imperio en Roma, la práctica del aborto se generalizó enormemente y desde el Palatino, el Palacio de los Emperadores, hasta la más miserable covacha de la suburra romana, el aborto era tenido como la cosa más natural y lícita. Apenas si en medio de tal depravado cuadro, *Séneca*, en su admirable escrito *(Consolatio ad Helviam matrem.*—Cap. 16), dedicado a su madre Elvia, le aconsejaba no se avergonzara jamás de haber sido fecundada a tan avanzada edad, y no hiciera lo que tantas que sofocan en su seno el feto lleno de esperanzas.

Era el reflejo obligado de las costumbres licenciosas de esa época de degradación moral y social, de corrupción y de lujo; era el ascendiente de ese período en la historia romana en que la coquetería femenil llegó a considerar como viejas a las mujeres de 25 a 30 años. Así se explica el ardiente deseo que éstas tenían de no marchitar sus encantos con las penalidades del embarazo y del parto. El autor latino *Aulo-Gelio*, en su notable obra "Noches éticas", habla de ciertas drogas empleadas para abortar, con el objeto de no malograr la tersura del vientre, ni deformar la belleza de los senos, destinados, según el autor, al adorno del pecho y no a la prosaica nutrición del niño.

La vida intensa de libertinaje, que absorvía todas las horas y todos los días y sus noches, fué otra causa que obligaba a las romanas a interrumpir sus embarazos, en su deseo de poder gozar más completa y constantemente. Por último, la poca garantía que para el reconocimiento de la paternidad,—denegaba aún en el matrimonio legítimo,—fué otro nefasto estímulo para las prácticas abortivas.

Los medios empleados en esa época parece que fueron preferentemente los brebajes y las maniobras mecánicas, pero éstas en pequeña escala. Las encargadas de tan triste misión eran las parteras de esos tiempos (las *sagae* como se les llamaba),

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

y parece que a través de todas las épocas han sido estas nefastas funcionarias profesionales, las que han mantenido el privilegio de ser las fabricadoras de ángeles (faisseur d'angels). como irónicamente llaman en Francia a las abortadoras.

Las cosas llegaron a tal extremo que durante el reinado del Emperador *Septimio Severo* y de su hijo *Antonino Caracalla,* se dieron, ante la apremiante del clamor público, las primeras leyes punitivas contra el aborto, leyes que según *Marciano (Dig.* lib. 47, tít, XI, frag. 4) condenaban al destierro a la mujer casada culpable, acción que según *Trifonio* se hacía extensiva igualmente a las divorciadas.

Las *leyes germánicas* eran más severas, pues no sólo castigaban a la madre, sino también a todas las personas que contribuían en la labor delictuosa del aborto.

El *Cristianismo,* con la santidad de sus preceptos, estatuyó el derecho a la vida que tenía el niño, aún en el estado de embrión o de feto. Sin embargo, tan bienhechora influencia fué tema de ardorosas discusiones entre los teólogos de la época primitiva de *Jesucristo.* Unos, como *San Agustín* y *Tertuliano,* aceptaban el principio aristotélico del soplo de vida, y hasta llegaron a fijar la época, a partir del momento de la concepción, en el que comenzaba el estado vital del nuevo ser, señalando tiempos entre los 60 y 80 días; otros como *San Basilio,* no admitían distingo alguno y consideraban como crimen toda maniobra abortiva, en cualquiera de los períodos de la gestación.

El *Derecho Canónico* ha contemplado ampliamente este delito, pues la Iglesia lo ha mirado siempre con horror. Comprendiendo que el principal móvil que impulsaba a la mujer abortadora era el tratar de ocultar su falta y su deshonra, dispuso que los sacerdotes exortaran a sus feligresas para que el encontrarse en tales trances, no se dejaran llevar por la obsecación y permitieran se desarrollara el embarazo hasta su término, para ser entregados a manos piadosas los atrios de las iglesias, mino, aconsejándolas depositaran el producto de su vientre en que quisieran hacerse cargo de estos desgraciados seres. Tal fué también el origen de los orfelinatos y de los clásicos tornos, y tal la noble misión que desempeñara el santo *Vicente de Paul.*

Los diversos Concilios habidos en diferentes épocas, han contemplado este punto y estatuído penas severas para castigar el aborto. Así, en el Concilio de Elvira (año 305) se negaba por su canon 63 los sacramentos a las adúlteras que mataran a sus hijos o interrumpieran voluntariamente su embarazo, negativa que mantenían aún en los momentos de la agonía; en el de Alcira (314) se reformó esta veda eclesiástica, reduciendo la prohibición sólo a los 10 años; y posteriormente, en el de Lérida (524) se redujo aún más a 7 años. En el Concilio de Constantinopla (692) así como en el de Manzonga

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

(847), se consideró el aborto como un crimen justificativo de la última pena.

El Papa *Inocencio III*,—tal vez a insinuación de su médico el gran *Zacchias*, Padre de la Medicina Legal,—condenó este delito en su constitución *"Sinut ex leterarum vestrarum"* y consideraba como homicidio el aborto cuando el ser concebido era un *animal racional vivificado*. Es decir, que resucitaba una vez más la errónea doctrina aristotélica, que sostuvieron posteriormente otros papas que de esta cuestión se ocuparon; así, *Sixto V* en 1588 en su bula *"Efrae natum"* y *Gregorio XIV* en 1591 en la suya *"Sedes Apostólicas"*, condenaron el aborto con diversos castigos, muchos de ellos de carácter severísimo, cuando el feto tuviera vida, atenuándolos en parte al tratarse de feto inanimado.

El Derecho Canónico ha sostenido en épocas posteriores siempre esta doctrina; pero hoy que fisiólogos y tratadistas aceptan que la vida del nuevo ser comienza en el instante mismo de la concepción, tales principios pecan de falsos y arcaicos y es necesario sean modificados.

Ambrosio Pareo, el ilustre padre de la Cirugía francesa, sostenía que el aborto era un acto inhumano y justificativo del mayor castigo, pero sin hacer diferenciaciones de feto formado o no, con vida o inanimado. Al respecto daba consejos a los médicos recomendándoles: "se cuidasen bien de dar algo "que pudiera provocar los dolores a la mujer embarazada, por "el temor de hacerla abortar, lo que sería inhumano".

El edicto de *Enrique II* de Francia en 1556, instituyó la declaración obligatoria del embarazo, en toda mujer soltera o viuda, con pena de muerte para la que no lo cumpliese; edicto que fué confirmado posteriormente por *Enrique III*, *Luis XIV* y *Luis XV*. Pero tales severas penas no fueron confirmadas en la práctica, pues constituían un exagerado rigor, contra el que protestaron *Beccaria*, *Voltaire* y *Rousseau*, logrando que el Código Penal de 1791 indicara solamente un castigo de 20 años de presidio para el abortador y aseguraba la impunidad para la mujer que denunciara a sus cómplices, esbozándose así el concepto que hoy tiende a prevalecer, de que el mayor castigo deben sufrirlo los individuos que trafican con tan innoble comercio.

El Código Penal francés de 1810, así como el de 1842, rebajaron la pena antes indicada y el segundo admitió las circunstancias atenuantes.

En España el *Liber Judiciorum*, en las Siete Partidas (Título III del libro VI), se habla y comenta el aborto bajo el rubro de *"De los que tollen a las mujeres que non hagan parto"*. Los casos que allí se juzgan son variados, ya se trata de mujer libre o de esclava, de soltera, casada o viuda; ya se practicase con yerbas o bebedizos, o ya por instrumentos o actos de fuerza. Las penas impuestas eran también variadas e iban desde la pena de azotes, la multa y el destierro, hasta la cegue-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ra, la prisión perpétua y la muerte. Pero aceptaban el principio del niño formado o nó, y graduaban los castigos en armonía con este precepto.

Todas las posteriores codificaciones españolas, aceptaron igualmente esta capciosa distinción, que sólo desapareció en 1822, al influjo imperativo de la Ciencia. El Código Penal de 1848 y el vigente de 1870, señalan preceptos más en armonía con los adelantos sobre la materia.

Tal es el análisis de la legislación histórica sobre el aborto, sobre todo de esas dos grandes naciones, Francia y España, en los que hemos bebido siempre en cuanto se ha tratado de codificaciones.

Pero antes de entrar en el estudio de la legislación actual comparada y de lo que respecto al aborto se profesa en el día en los diversos países del orbe, digamos cuatro palabras,—pues nada más hemos podido recopilar,—sobre lo que en nuestro país se ha dicho y se ha profesado en esta materia.

Entre los primeros habitantes del Perú, de la época incaica, el aborto criminal era penado severamente. Así lo afirma el profesor *Lavorería* en su notable tésis de Doctorado *(El arte de curar entre los antiguos peruanos.*—Lima, 1901), anadiendo, según una cita de *Herrera (Historia general de los hechos de los castellanos en las Islas y Tierras firmes del Mar Océano.*—Madrid, 1730.—Déc. 5ª pág. 87) que "la mujer que "algo para mover o el hechicero su cómplice que le diera al- "gún brevaje con este objeto, eran desterrados a los Andes,—es "decir, condenados a muerte más o menos próxima por lo mal "sano del clima,—particularmente si pasaba del tercer mes de "la gestación".

En lo que se refiere a la actualidad, copiamos lo siguiente de la conocida obra de los profesores *Valdizán y Maldonado (La Medicina Popular Peruana.*—Lima, 1922.—Tomo I, pág. 342): "La creencia en la obra eficaz de ciertos productos con- "siderados como abortivos es muy general. Uno de los abor- "tivos que goza de mayor fama y que es solicitado con mayor "frecuencia como tal, es la quinina en forma de cualquiera de "sus sales; pero de estas es el sulfato la más usada. Existe "en las poblaciones de la costa la creencia de la necesidad de "actuar directamente sobre el huevo y esta creencia dá lugar "a la introducción, en los órganos genitales, de objetos de hie- "rro o de acero que, muchas veces, lejos de producir la ac- "ción abortiva propuesta, son causa de traumatismos graves. El "cocimiento de ruda es empleado como abortivo en toda la Re- "blica. En las poblaciones de la costa, las mujeres se hacen la- "vados de soluciones concentradas de permanganato de pota- "sa, con la misma finalidad. En la provincia de Canta, depar- "tamento de Lima, se hace un cocimiento de llacre, que está "considerado como un abortivo eficaz".

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Es un hecho incuestionable que las legislaciones todas, y la moral que ellas reflejan, no son simplemente sino un trasunto fiel del estado sociológico por el que las naciones pasan en el momento preciso. Ellas marcan, igualmente, o bien, el grado mayor o menor de conservadorismo que en las costumbres se hayan mantenido, como un apreciable sedimento, bueno o malo, pero sí manifiesto, de viejos e inveterados conceptos; o bien el febricitante anhelo de renovarse, muy lógico y racional, pero algunas veces exagerado, aceptando normas aún todavía no bien nucleadas y amoldadas en la hora presente de la obra evolutiva de la Humanidad.

Es así, como al hacer la apreciación de las ideas actuales que sobre el aborto pueda tenerse y al hacer el estudio compara esa gama infinita de conceptos y esa diversidad multiforme de sus preceptos legales.

La *Rusia* de los Soviets, parece que es la nación que en la actualidad sostiene las ideas más avanzadas al respecto. El aborto, entre los rusos, es permitido y autorizado con sólo el requisito de cumplir ciertas condiciones, entre las que más importante, es la de someter el caso a una comisión, irónicamente llamada de "Protección para la madre embarazada". Esta comisión se pronuncia, y conciente el aborto, después de haber sometido a la interesada a un interrogatorio confidencial. Las causas justificativas de tal permisión, son todas aquellas que indicaremos más adelante, y el acto operatorio se practica en clínicas privadas y especiales del Estado y sin remuneración alguna. Como resultado de tan avanzadas pragmáticas jurídicas, es indudable que el aborto provocado ilegalmente ha disminuído en número, pero se ha favorecido y aumentado en alta cifra, el incremento del aborto autorizado, pues la mayoría de los casos encuentran factible esta puerta de escape, que de lo contrario hubiera limitado el instinto sublime de la maternidad. Los autores que han sostenido tal teoría, hoy precepto legal, han sido *Karbin, Poljak, Weissemberg* y otros, habiendo habido igualmente opositores tenaces como *Wollmann.*

La legislación de la *República Argentina,* en su moderno Código Penal de 1922, en su artículo 86 estatuye lo siguiente:

"El aborto practicado por un médico diplomado, con el consen-
"timiento de la mujer en cinta, no es punible:

.....

2º—"Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado
"al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso,
"el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido pa-
"ra el aborto".

Como dice muy bien *Jiménez de Asúa (La Legislación Penal y la Práctica Penitenciaria en Sur-américa,* 1923): "El Có-
"digo de Argentina ha dado acogida en sus páginas a un pre-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

"cepto que ni siquiera ha podido triunfar en Suiza,—nutrida en "fuertes antecedentes en pro de la impunidad del aborto,—pues "las presiones del partido católico han hecho que se deje a ex- "tramuros del nuevo Proyecto suizo, de 1918, ese inciso que "consentía el aborto por motivos eugénicos o sentimentales".

Aunque no somos refractarios a la idea de acojer este avanzado concepto sobre la autorización al aborto, creemos, uniendo nuestra muy modesta opinión a la de aquel notable penalista español, que ello no debe ser tan liberal, pues caería fácilmente en el abuso. Ya tendremos oportunidad de insistir sobre tal punto en capítulo posterior.

No alargaremos esta conferencia con el estudio de las diversas legislaciones extranjeras; la labor sería larga y tal vez fatigante para nuestro auditorio. Solamente diremos que todas las codificaciones modernas, están más o menos acordes en castigar el aborto, considerándolo como un delito, punible en grado mayor o menor y con acción penal, ya para la abortada misma, ya para los coautores, cómplices y encubridores del acto delictuoso.

Nuestro modernísimo Código Penal, en su Libro segundo, Sección I, Título II, da cabida igualmente al delito del aborto, en los artículos que queremos trascribir íntegramente, pues bien merece sean conocidos por todos:

Art. 159.—La mujer que por cualquier medio adoptado por ella, o por otro con su consentimiento, causare su propio aborto, sufrirá prisión no mayor de cuatro años.

Art. 160.—El que causare el aborto de una mujer con el consentimiento de ella, o le prestare asistencia con tal objeto, será reprimido con penitenciaría no mayor de cuatro años o con prisión no mayor de dos años.

Art. 161.—El que hiciera abortar a una mujer, sin su consentimiento o contra su voluntad, sufrirá penitenciaría no menor de tres años ni mayor de diez años.

La pena será no menor de cinco aoñs, de penitenciaría, si sobreviniere la muerte de la mujer a consecuencia del aborto, y si el delincuente pudo prever este resultado.

Art. 162.—Los médicos, cirujanos, parteros, formacéuticos y cualesquiera otras personas dedicadas a profesiones sanitarias, que abusasen de su arte para causar el aborto, sufrirán las penas de los artículos anteriores e enhibilitación especial por un tiempo no menor de cinco años.

Art. 163.—No es reprimible el aborto practicado por un médico con consentimiento de la mujer en cinta, si no hubiera otro medio de salvar la vida, de la madre o de evitar en su salud un mal grave y permanente.

Art. 164.—El que con violencia ocasionare el aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el emberazo, sufrirá prisión no mayor de dos años.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Estas disposiciones de nuestro nuevo Código Penal son bastantes completas; ellas preceptúan todo lo concerniente a la abortada misma o los abortadores, al consentimiento de la primera, y aún al aborto provocado por violencias diversas, practicadas sin ese fin, pero a sabiendas del estado grávido de la víctima.

Dedica, por último, un artículo a la intervención de los profesionales en este acto delictuoso, "conveniente de que el código la haya consignado en su articulado", como afirma el profesor *Avendaño*.

Ya tendremos oportunidad, en capítulo posterior, de indicar las premisas legales que deben dominar al acto provocado del aborto con fines terapéuticos, que si bien no se hallan involucradas en el texto mismo del Código Panal, se encuentran en los Códigos de Moral Médica de los principales países del mundo y se contemplan igualmente en el que, desde hace poco tiempo, fué aprobado para nosotros por el Círculo Médico Peruano.

(Continuará)

Prensa Médica Española

APLICACIONES CLINICAS DE LA REACCION DEL PLASMA SANGUINEO.—La importancia de la reacción del medio orgánico no deja de afirmarse y se puede asegurar que está subordinada a ella cada acto biológico.

Para comprender su importancia baste saber que se puede considerar como una *constante fisiológica*, pues debido a la influencia tan marcada que ejerce sobre todos los fenómenos biológicos, es preciso, para la buena marcha de ellos, que la reacción del medio no varíe.

Desde Arrhenius se acepta que todo cuerpo químico al disolverse se divide en dos partes que se llaman iones.

Pareció al principio absurda tal idea, pues no se podía concebir que en una solución de Cl K, por ejemplo, existieran separados dos cuerpos tales como el K y el Cl, los cuales uno por su avidez por el agua y otro por su condición de gas que al disolverse da un tinte amarillo, debían, según todas las apariencias, manifestar sus propiedades. Arrhenius explicó esta objeción suponiendo que los cuerpos resultantes de esta disociación estaban cargados de una cierta electricidad que les daba diferentes propiedades. Otro nuevo problema se le opuso a esta indicación suya y era el de que si efectivamente estaban cargados los iones de electricidad, ¿por qué razón no se denotaba ésta exteriormente?; nuevamente solucionó el problema suponiendo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

que las cargas eléctricas son iguales pero de signo contrario, por lo que se neutralizan.

Si dos soluciones *normales,* una de ácido clorhídrico y otra de acetico, se neutralizan con una solución NaOH, la "cantidad de sosa gastada para neutralizar los dos ácidos es la misma", porque tanto el acido clorhidrico como el acetico se disocian, dando una determinada cantidad de Hidrogeniones, y el "poder de combinación" de un ácido, o mejor dicho, su *acidez actual,* se rinde por la cantidad de iones H que deja libre al disolverse.

La cantidad de Hidrogeniones se mide por iones gramos por litro y *el p H es el logaritmo negativo y decimal de la concentración en iones gramos de hidrógeno.*

Cuando la acidez aumenta, el p H disminuye.

La constancia del p H en el plasma sanguineo, es un hecho averiguado y oscila entre 7,33 a 7,40.

La multitud de combustiones originadas en el interior del organismo, ocasiona una serie de modificaciones del p H que se apresura a regular por medio de varios mecanismos, entre los que hay que señalar el factor quimico, formado por el carbónico y los bicarbonatos, el factor respiratorio, el renal, el hepático y otros.

La reserva alcalina es el conjunto de las substancias que forman los "tampons" del plasma sanguineo y más especialmente al formado por los bicarbonatos: sirve para mantener constante el p H, para lo cual ella tiene que variar.

Prácticamente se puede definir la reserva alcalina como *el número de cm3 de CO2 a Oo y 760m que desplaza 100 cm3 de plasma.*

Actualmente se le da una mayor importancia práctica a la reserva alcalina que al p H, debido a que las variaciones de ella en los casos patológicos son muchos mayores que la del p H.

Los valores normales oscilan entre 53 y 77 (Van Slyke, Meyks) por 100 cm3 de plasma, lo que da un término medio de 65. En los niños oscila entre 46 y 63 (Schlon y Stetson).

En los casos patológicos los mecanismos reguladores son insuficientes para hacer permanecer constante el p H del plasma contra las variaciones que sobrevienen, produciéndose las *alcalosis* o *acidosis.*

Se han descrito diferentes clases de acidosis y alcalosis denominándolas *compensadas* o *descompensadas* y *gaseosas* o *no gaseosas.*

Hay *acidosis* en la Diabetes, Atrepsia, Nefritis, estados febriles, ingestión de ácidos, trabajo muscular intensivo, desórdenes cardio-renales, tuberculosis pulmonar, enfisema pulmonar, pneumonia, embarazo, morfina, todos los estados de shock, sueño narcótico.

Hay *alcalosis* en la tetanía gástrica, ingestión de álcalis, hiperventilación pulmonar, mal de montaña, anemia aguda, intoxicación con CO, tetanía paratireopriva, tetanía infantil, tetanía

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

idiopática de los adultos, epilepsia esencial convulsiva, epilepsia traumática por conmoción.

Método Cüllen para la determinación del p H.—El método Cüllen es el más práctico para el laboratorio, dando resultados muy precisos y que sirven con exceso para las exigencias prácticas.

Preparación de los tipos (Standards).—Se requieren dos soluciones: una de fosfato disódico anhidro (Merck) y otra de fosfato monopotásico anhidro en agua destilada y hervida (mejor bidestilada). De estas soluciones se toman cantidades diferentes que forman en conjunto una serie de "tampons" que dan constantemente el mismo p H. Ejemplo: 6'228 cm3 da Na2 H PO4 mezclados con 2'772 cm3 de sol K H2 PO4 da un p H siempre igual y constante 7'15; 6'480 cm3 sol Na2 H PO4-- 2'520 sol KH2 PO4 da un p H igual a 7'20.

Estas mezclas se colocan en tubos extrictamente neutros e incoloros. Se agrega a cada tubo 3 gotas de solución de rojo fenol.

Toma de sangre.—Para que la acidez del plasma no varíe al ponerse en contacto con el aire, es preciso operar siempre fuera de su contacto; para conseguir este fin se hace la toma de sangre bajo aceite parafinado estrictamente neutro.

La manera de operar requiere alguna práctica fácil de adquirir en pocas determinaciones. Se utiliza una jeringa de 20 cm3 con aguja gruesa, se echa aceite de parafina hasta obtener una caja de un centímetro de altura y va empujándose con el pistón hasta hacer salir todas las burbujas de aire que hay en el interior, continuando luego hasta que salgan unas gotas de aceite por el extremo de la aguja. Una vez así preparada, se hace una toma de sangre de unos 10 a 12 cm3, pero teniendo la precaución de tomarla *sin ectasis.*

Centrifugación.—La sangre así recogida se deposita en un tubo de centrífuga en el cual se ha puesto anteriormente oxalato potásico y un poco de aceite de parafina: una vez que la sangre está en el tubo, se tapa éste con un tapón de caucho agujereado, el cual se empuja hasta que salgan unas gotas de aceite de parafina por el agujero; éste se tapa a su vez con un trozo de varilla de vidrio y de esta manera queda perfectamente ocluido y sin que pueda haber posibilidad de estar en contacto del aire. En el tubo, pues, tenemos una sangre oxalatada, encima de ella una capa de 1 o 2 cm. de aceite de parafina, inmediatamente el tapón de caucho y su interior un trozo de varilla de vidrio. Se centrifuga durante unos minutos de 2.000 o 2.500 revoluciones.

Comparación colorimétrica.—Se toma un centímetro cúbico del plasma sanguíneo y se introduce en un tubo donde previamente teníamos 20 cm3 de solución fisiológica (9 por mil) y 7 gotas de solución de rojo fenol, recubriéndose con una capa ligera de aceite de parafina, se mezcla todo con un agitador.

Una vez preparado este tubo, se compara con la escala de tipos por medio de un comparador muy simple, que podemos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

suponer una caja negra con un tabique vertical y agujereada dos veces verticalmente, en cada porción de la caja que divide el tabique; también está agujereada horizontalmente y tiene en una de sus caras un vidrio esmerilado.

La medida de la reserva alcalina puede hacerse con la técnica Guillaumin.

Está basada en la descomposición de los bicarbonatos del plasma por medio de una solución de SO4 H2, por la acción del cual dejará libre el CO2, del cual se desembaraza haciendo pasar una corriente de aire por medio de una trompa de vacío; se agregan unas gotas de rojo fenol y por medio de una solución de Na OH se le iguala al tinte obtenido en el tubo para la medida del p H.

La cantidad de Na OH gastada, corresponde a la cantidad de SO4 H2 que no ha sido neutralizado por los bicarbonatos del plasma y por diferencia con la cantidad de SO4 H2 total se puede saber cuanto ha sido preciso utilizar para descomponer toda la reserva alcalina y por lo tanto sabemos por razones químicas la cantidad de bicarbonatos que hay en el plasma.—*(Revista Médica de Málaga).*

Conferencias

QUE DEBE HACERSE PARA EVITAR LA LOCURA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA HIGIENE MENTAL.

A nombre de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, el doctor Carlos A. Bambarén, disertó el 23 de Julio, en el local de la Municipalidad del Rímac, sobre el tema del epígrafe.

Comenzó diciendo que la higiene mental, que entre nosotros es todavía un concepto exótico, es asunto de palpitante actualidad en el resto del mundo, porque el incremento de la locura y las nociones adquiridas durante la gran guerra, han demostrado la urgencia de defender el capital psíquico, ya que es el factor más poderoso para el desarrollo individual y el progreso colectivo.

Loco se dice a quien por apartarse del desarrollo lógico del pensamiento, enuncia conceptos o realiza actos antisociales, que pueden o no colocarlo dentro del código penal. La idea de alienado es contingente y relativa, considéresela dentro del criterio vulgar o científico.

Las causas de la locura son muchas, agregó; pero para la facilidad de la disertación, hay que agruparlas de alguna manera, advirtiendo que nunca actúa una sola, sino que se asocian para realizar una actuación compleja.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Son los factores biológicos los primeros que hay que señalar, porque contribuyen a formar la predisposición, resultante de causas hereditarias o congénitas, como consecuencia del deterioro psíquico a través de la vida. La vida con todas sus contingencias influye sobre la personalidad, y según el sentido de su acción, por el menoscabo de la resistencia orgánica, lleva a la degeneración. El ser degenerado no lo es sólo en su constitución externa, también lleva impresa la huella en el cerebro, que frágil lo conduce a la locura. La herencia es la causante de todo esto, y hay que tenerla siempre presente en la lucha contra la alienación mental.

La locura también está condicionada por factores sociales, expresó el conferencista, que pueden ejercer en ciertos momentos importancia considerable; la humanidad no está libre de ellos, porque su desarrollo no se ha hecho de acuerdo con la naturaleza, sino guiado por el factor económico, el menos fructuoso para la felicidad humana; la infelicidad lleva a la locura indiscutiblemente. El doctor Bambarén enumeró, en esta parte de su conferencia, diversos factores sociales que contribuyen a la alienación mental, y que en esta época lo hacen en grado superlativo.

Las causas toxi-infecciosas ocuparon después su atención. Con expresión rotunda señaló los males de la avariosis, que lesiona el cerebro, produciendo la incapacidad psíquica, así como los que origina el alcoholismo. Ese terrible flagelo de la lúes, es el causante de gran número de alienados: alienados directamente por haber adquirido la infección o por haberla recibido de sus progenitores, que asumen por este hecho enorme responsabilidad, y que, no obstante el aumento de las responsabilidades individuales que hace la sociedad contemporánea, todavía no se valora. El alcohol es otro factor de trastornos mentales; de modo ya perfectamente conocido lleva a la degeneración, cualquiera que sea el momento de la existencia del hombre en que actúe.

Se ocupó después de las causas psíquicas, explicando cómo la emoción puede hacer la locura, actuando en el momento de la concepción, durante el desarrollo embrionario, en la infancia, en la adolescencia, en la edad adulta; en una palabra, durante toda la vida. Las emociones penosas perturban la actividad psíquica; ellas son el virus más emponzoñado que puede actuar sobre la mente, según lo afirman los que profundizan la génesis de la locura. La fatiga psíquica en sus múltiples formas, producida en muchas ocasiones por la intensidad emotiva, lleva al agotamiento nervioso; otras veces es el excesivo trabajo mental durante el aprendizaje, en el ejercicio de la actividad profesional, o en circunstancias extraordinarias de la vida, el que conduce a la alienación mental. El "contagio psíquico" y la "influencia sugestiva", fueron los dos últimos motivos sobre los que disertó, al ocuparse de las causas psicógenas de la locura, señalando, particularmente como los débiles mentales aumentan

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

el rebaño humano, víctimas del poder fascinante de algunos de sus semejantes que se destacan.

Terminada esta parte de la conferencia, se ocupó de la defensa social contra la locura, señalando la importancia del régimen de la asistencia de los alienados, como medio eficaz para realizar la higiene mental. La higiene mental no se puede hacer únicamente con manicomios o asilos; cuando a esos establecimientos ingresan los alienados, sólo curan en una proporción muy reducida, constituyendo pesada carga para el Estado, si son indigentes. Los conceptos de la higiene mental han transformado completamente la asistencia de los alienados; los regímenes actuales son arcaicos, no pueden sostenerse por más tiempo. En esta cuestión, como en todas las que son del resorte de la medicina, más vale prevenir que curar.

Los eugenistas, hablando de la higiene mental, han propuesto la esterilización de los degenerados y las legislaciones que dan las reglas de las relaciones interhumanas, tratan de rodear cada vez de mayores garantías a la descendencia. Como la intoxicación es el gran enemigo de la salud mental, hay que hacer guerra al alcoholismo, procurando que penetre en la conciencia individual y colectiva el horror a los tóxicos, sea el vulgar alcohol, que no por corriente deja de ser dañino, sean los que ha traído la vida contemporánea. La abstinencia gana más adeptos a medida que se difunde en la escuela.

La profilaxia de la avariosis es uno de los asuntos más importantes para evitar la locura, dijo el doctor Bambarén. Esta enfermedad nace como consecuencia de la vivacidad psicosexual, pésima o nulamente educada, de acuerdo con nuestras costumbres y con la precocidad de la raza latina. Hay que emprender una intensa campaña educativa a favor de la continencia; hay que proclamar con énfasis la necesidad de abolir el meretricio, que por ningún motivo debe considerarse como industria y someterlo a tributaciones, indiscutiblemente envilecedoras. Esta nueva moral no nace de ningún concepto religioso; es el fruto de la ciencia y de los anhelos de redimir a la sociedad y mejorar la raza. Sobre estos temas se extendió ampliamente.

En la profilaxia de las causas psíquicas, trató de la asistencia educativa del niño, señalando la importancia del médico escolar psicólogo, para contribuir a la orientación de la instrucción de acuerdo con el desarrollo mental, nunca uniforme y siempre variable. Hay que cambiar completamente de métodos escolares; la higiene mental aconseja que los niños no deben someterse a planes de estudios preestablecidos; son éstos los que tienen que amoldarse a la inteligencia del escolar. Ponderó también la necesidad de la selección psicotécnica y de la orientación profesional, de acuerdo con las reglas de la psicología aplicada para luchar contra la locura y conseguir el máximo de eficiencia individual, agregando algunas palabras sobre la educación del pensamiento y sobre los cuidados que merecen los deficientes mentales, para apartarlos del comportamiento anti-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

social y librarlos del abandono moral, así como los que requieren los epilépticos, que necesitan mejor asistencia médico-social.

Todas las cuestiones de profilaxia de la locura, se reunen para constituir, con otros asuntos, la "Higiene mental", por la que se lucha en todo el mundo, especialmente después de la guerra, ya que los organismos de esta especie que se crearon durante el período bélico, han continuado realizando en la paz, lo que hicieron durante la contienda que ensangrentó la vieja Europa.

Si Pinel rompió las cadenas de los alienados en el siglo XVIII, Beers, al escribir en 1907, la "Obra de un alienado curado después de dieciocho años", inició la era de la higiene mental, por la que tienen que seguir todos los países en su afán de acrecentar el capital humano.

Notas Terapéuticas

LOS BROMUROS EN LA TERAPEUTICA CORRIENTE.—Según opinión de todos los clínicos, es en forma de solución que el bromuro se debe tomar, sobre todo si se utiliza el bromuro de sodio, el cual no irrita la mucosa gastrointestinal y no es tóxico para el aparato cardiovascular. Para administrar los bromuros hay que tener en cuenta que su acción se halla en razón inversa de la riqueza en cloruros del régimen de alimentación seguido por el enfermo, como si hubiera en cierto modo substitución de la molécula Bromo a la molécula Cloro, de la cual se aproxima mucho desde el punto de vista químico.

En la práctica, el régimen declorurado difícilmente se acepta, y todavía es más difícil aceptarlo cuando se sigue por algún tiempo, puesto que el enfermo se cansa enseguida y se ve obligado para poder volver a tomar una alimentación clorurada, a aumentar la dosis de bromuro, lo cual no se halla siempre exento de inconvenientes. Por consiguiente, es un modo muy ingenioso administrar el bromuro en forma de caldo bromurado, cuyo gusto, idéntico al de un excelente caldo de legumbres, hace olvidar al enfermo su régimen fastidioso. A esta preparación, que es una especialidad, se le ha dado el nombre de *sedobrol*, el cual se presenta en forma de pequeñas tabletas de caldo vegetal concentrado que contienen cada una de ellas un gramo de Bromuro de Sodio. Este modo de administrar el bromuro presenta otra ventaja: hay a menudo y particularmente en las gentes instruídas, cierta repugnancia a tomar el bromuro, el cual para ellos es un medicamento que no se emplea más que en los asilos. Por consiguiente, utilizando el sedobrol, es muy fácil ocultar al enfermo la naturaleza del remedio que toma.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El Dr. Quenee (*Concours Medical.*—París, 27 de Marzo de 1927), recomienda este preparado, particularmente, en cardiología combatiendo eficazmente las palpitaciones, disnea y angustia; en las gastroenteralgias, celialgias, aerofagia, dispepsias, igualmente en los estados nerviosos que guardan relación con una psicosis o con una lesión en la esfera urogenital, y por fin en los niños, en quienes se utiliza con ventaja en todos los casos de afecciones espasmódicas.

Noticias

ASISTENCIA DE ALIENADOS Y TOXICOMANOS.—Se ha nombrado una comisión compuesta por el doctor Angel Gustavo Cornejo, vocal de la Corte Suprema, que la presidirá; el doctor Sebastián Lorente, Director de Salubridad Pública, y el médico alienista, doctor Baltazar Caravedo, para que formulen un proyecto de legislación sobre la asistencia de los alienados y los toxicómanos.

SOBRE DIRECCION TECNICA DE LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN EL PERU.—Se ha dado una Ley, creándose por el Ministerio de Fomento una junta con el carácter de ad-honorem, compuesta por el Director de la Salubridad Pública, que la presidirá; dos delegados designados por la Facultad de Medicina; un delegado por la Academia Nacional de Medicina; un delegado nombrado por el Círculo Médico Peruano y un personero de la Sanidad Militar.

Esta comisión, con carácter permanente, tendrá las siguientes atribuciones:

a.)—La exclusiva dirección científica de la lucha antituberculosa en la República.

b.)—La elección de los tipos de hospitales para tuberculosos y su ubicación.

c.)—La aprobación de planos e inspección de los institutos de hospitalización de tuberculosos, cualquiera que fuese su origen.

d.)—La edición de cartillas higiénicas para la vulgarización de conocimientos profilácticos.

e.)—La confección de un proyecto de ley amplio, que presentará al Ejecutivo, para que éste, a su vez; envíe al Congreso el proyecto que contemple, en forma eficaz y científica, las medidas que deben adoptarse y los subsidios que deben crearse para intensificar la lucha antituberculosa.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

PRIMER CONGRESO PAN-AMERICANO DE LA TUBERCULOSIS.—Los Relatores oficiales de este Congreso, que se reunirá en Córdoba (Argentina), en octubre próximo, son los siguientes:

Dr. Alejandro Raimondi.—Concepciones actuales sobre la patogenia y evolución de la tuberculosis pulmonar: Herencia, terreno y contagio.

Dr. M. Fontes.—Formas filtrables, saprofíticas y no ácido resistentes del bacilo de Koch: Su importancia en la patogenia y la profilaxis de la tuberculosis.

Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.—Resultados actuales de la lucha antituberculosa.

Dr. Leopoldo Negre, de París.—Vacunación antituberculosa.

Dr. Sanarelli, de Roma.—Acción social en la lucha contra la tuberculosis.

Dr. Juan F. Cafferata.—Acción de Gobierno en la lucha contra la tuberculosis.

Dr. Luis Sayé, de Barcelona.—Quimioterapia de la tuberculosis.

Dres. C. Mainini, G. Sayago y J. M. Allende.—Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.

EN LA ARGENTINA SE PREPARA UN HOMENAJE AL PROFESOR DOMINGO CABRED.—El doctor Carlos A. Bambarén, ha recibido la siguiente comunicación, en la que se planea un homenaje al doctor Domingo Cabred, reformador de la asistencia de alienados en la Argentina y que tuvo participación descollante en el Congreso Médico celebrado en Lima en 1913:

Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.—Comisión de homenaje al Profesor Dr. Domingo Cabred.—Buenos Aires, junio 20 de 1927.—Señor Dr. Carlos A. Bambarén.—Lima.

La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, en su sesión de 29 de abril último, ha resuelto adherirse al homenaje que Francia hará a la memoria inmortal de uno de sus más ilustres hijos,, el doctor Felipe Pinel, cuya obra, como reformador de la asistencia y del tratamiento de los alienados, ha constituído uno de los más bellos triunfos del siglo XVIII, tanto por su alcance científico, cuanto por su carácter social. Pinel, en efecto, rompió las cadenas de los locos, haciendo comprender a todo el mundo que eran enfermos que la sociedad debía proteger.

De otro lado, el hecho de reunir a los alienados en asilos especiales, ha sido la causa de un gran progreso en el estudio de las vesanias, porque confiando su asistencia a médicos que debían concentrar su atención sobre una clase de enfermos, la patología mental debió constituír una especialidad práctica.

Desde que se votó por unanimidad la adhesión de la Academia de Medicina al homenaje que debería hacerse al gran reformador francés que preparó también, por sus conceptos noso-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

gráficos tan personales, el porvenir de la Frenopatología moderna, la Academia resolvió hacer un homenaje análogo a uno de sus miembros más ilustres, al eminente psiquiatra doctor Domingo Cabred, que siguiendo después de un tercio de siglo, las huellas de Pinel, ha realizado en nuestro país una obra fecunda y durable, quien sabe más grande que la del inmortal médico de Bicetre, en la asistencia y el tratamiento de los alienados y además por su acción doctrinal en la cátedra y médico-social en los diversos campos de la salud pública.

En efecto, el doctor Cabred, como Pinel, une a sus títulos de reformador filántropo en la asistencia y tratamiento de los alienados, el título no menos precioso de haber introducido en el estudio y la enseñanza de la Psiquiatría en nuestro país, el método anatomo-clínico de Charcot, y, continuador ilustre de las tradiciones de la escuela francesa, sustituyó desde los primeros momentos, en sus lecciones que dió con tanta autoridad en nuestra Facultad de Medicina, a las hipótesis brillantes y a las ideologías aventuradas, el examen concreto de los hechos, dejando una impresión imborrable en el campo de la medicina mental y creando al mismo tiempo un instituto especial para esta enseñanza.

De otro lado, si se considera su obra médico-social, que es grandiosa, porque ha dado al país maravillosos asilos para los alienados y los retardados, magníficos hospitales para las enfermedades comunes, sanatorios y dispensarios, en los que el terrible mal de la tuberculosis es eficazmzente combatido, si se recuerda que no ha dejado de proyectar y crear establecimientos para el tratamiento científico de la lepra, de los alcohólicos consuetudinarios, etc., no se sabe si hay que admirar al sabio o amar al hombre. Y los ciudadanos del doctor Cabred quedan indecisos, porque ven en él al grande y desinteresado servidor del país, cuyas concepciones científicas y sociales están acompañadas de un alto sentimiento de dignidad en la vida privada y al cual irá siempre el amor de su patria reconocida.

Aristóteles decía que donde hay más ciencia, hay también más felicidad. Qué se puede decir de todo el bien que derraman las altas cimas del saber, sobre las clases desheredadas; de los hombres que, como el doctor Cabred, consagraron las mejores energías de su vida a la investigación de la verdad, a la práctica del bien, y a su aplicación amplia en la vida?

Estos sentimientos que inspiraron la comisión del homenaje al doctor Cabred, escogida en el seno de la Academia Nacional de Medicina, y que tengo el honor de presidir, hacen que me dirija a Ud. solicitándole su contribución intelectual, en la forma que lo juzgue más conveniente, para el "Libro de Oro", que se ofrecerá al doctor Cabred, en el mes de noviembre próximo, en una reunión pública de la Academia; demostración que constituirá, sin duda, la prueba objetiva del plebiscito de simpatía, de afecto, de estima y de admiración para un hombre como el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Prof. Cabred, en el que a un espíritu superior, se asocia una excepcional bondad de alma.

Con la seguridad de que Ud. deseará tomar parte en esta fiesta intelectual y cordial, porque Ud. conoce los méritos excepcionales del Prof. Cabred, que honra a la Psiquiatría Argentina y a la asistencia social universal, tengo el honor de saludarlo con mi consideración más distinguida.—El Presidente, *Dr. J. Llambias.*—El Secretario, *Dr. Mariano R. Castex.*

El profesor honorario de la Facultad de Medicina, doctor Leonidas Avendaño, y el profesor de Higiene de la misma, doctor Carlos E. Paz Soldán, han recibido idéntica comunicación.

INAUGURACION DE UN INSTITUTO DE NEUROLOGIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO.—En Mayo de este año se ha inaugurado un Instituto de Neurología, que incorpora un nuevo elemento docente y científico a la Facultad de Medicina uruguaya.

El Instituto, que se ha instalado con un valiosísimo legado, donación de un filántropo, podrá ser dotado de todos los elementos que en la actualidad demanda la investigación neurológica.

Al Prof. Ricaldoni, eminente clínico general, que ha consagrado en su vida de estudioso dedicación preferente a la patología nerviosa, es a quien se ha encomendado la vida de la nueva cátedra, para la cual lleva las ventajas indiscutibles de una preparación integral ampliamente ejercitada en la Clínica Médica; llega a la especialización con una amplia visión de la patología médica.

El Instituto cuenta con un buen número de jefes de clínica, ayudantes, laboratistas, etc., a fin de realizar el amplio programa trazado por el eminente profesor Américo Ricaldoni, uno de los clínicos de más prestigio de la América hispana.

Bibliografía

TRATADO DE PATOLOGIA MEDICA, por el Dr. Eduardo García del Real.—Tomo VIII.—"Enfermedades del páncreas y del peritoneo".—*Editorial Reus, S. A.*—Madrid, 1926.—15 pest.

Formando el volumen XVI de la interesante "Biblioteca Médica de Autores Españoles y Extranjeros", que publica la Editorial Reus, acaba de aparecer el tomo VIII del monumental "Tratado de Patología Médica", que el eminente catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid Dr. García del Real está escribiendo para honra y gloria de la Medicina española.

Bien conocido y justamente estimado era ya el señor García del Real en el mundo médico por sus obras anteriores, por sus

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

enseñanzas en la cátedra y por su labor al frente de la notable "Revista General de Medicina y Cirujía", que dirigió en sus comienzos; pero su magisterio en la ciencia médica se ha demostrado, sobre todo, con este importantísimo "Tratado de Patología"', que revela juntamente su gran cultura y su larga experiencia clínica.

La anatomía, fisiología y terapéutica del páncreas y del peritoneo, están trazadas en este tomo con la extensión y copia de opiniones y observaciones con que en los tomos anteriores se estudiaron las enfermedades de los pulmones, aparato circulatorio y digestivo, y del hígado, pudiéndose afirmar que sobre ellas se dice en esta obra la última palabra.

A la vez que felicitamos al autor, nos permitimos estimularle para que no demore la publicación de los restantes tomos de su utilísima obra.

PRACTICAS DE UROLOGIA Y SIFILIOGRAFIA, por los Dres. Cifuentes y Sainz de Aja.—Un tomo de 570 páginas, en 4º, con 121 figuras y 13 láminas en negro y colores.—*Javier Morata, Editor.*—Madrid, 1927.—Rústica, 35 ptas.

El libro está dividido en dos partes: la urológica, desarrollada por el Prof. Cifuentes, y la sifiliográfica a cargo del Prof. Sainz de Aja, tan ventajosamente acreditados entre la clase médica española e hispano-americana, por sus frecuentes publicaciones. La presentación material es acreedora de toda clase de elogios.

La parte urológica tiene por plan la exploración y terapéutica del aparato urinario inferior, ofreciendo a los médicos generales y venereólogos los conocimientos urológicos necesarios en la práctica diaria, así como los más fundamentales estudios del diagnóstico y tratamiento uretroprostáticos a los que deseen iniciarse en estas disciplinas.

El Dr. Cifuentes ha cuidado mucho de tratar en la parte a él encomendada la uretritis y sus complicaciones, prostatitis y abscesos de la próstata, estrecheces uretrales blenorrágicas e hipertrofia de la próstata con el tratamiento no operatorio de la misma, dedicando, además, un capítulo eminentemente quirúrgico a la uretrotomía interna y a la cistotomía de urgencia, y otros muy interesantes al llamado prostatismo sin próstata hipertrofiada y a la cistitis en general.

La segunda parte está dedicada al estudio de la Sifiliografía y en ella el Dr. Sainz de Aja aporta el acervo de sus profundos conocimientos y juicios personales. Partiendo de cómo deben prevenirse las enfermedades venéreas en el individuo, el matrimonio y los hijos, llega al tratamiento de la Sífilis en la embarazada, niño de pecho, primera y segunda infancia, con muy interesantes, muy prácticos y muy atinados estudios del Diagnóstico, Pronóstico y Terapéutica de estas afecciones en todas las edades.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El capítulo dedicado a la Sífilis como problema social, es de un acierto y valentía tales, que su lectura obliga a muy hondas y grandes meditaciones.

El libro es recomendable en todo sentido; el mundo médico lo acogerá con singular complacencia por el alto prestigio de sus autores, jóvenes maestros ya consagrados, por la practicidad de su contenido, texto y grabados, y por la insuperable presentación tipográfica; demuestra que se hace ciencia médica en España.

ESTUDIO Y DIAGNOSTICO DE LA NEUROSIFILIS, por J. Mouriz Riesgo.—Un vol. de 107 páginas.—Madrid, 1926.

El Dr. Mouriz Riesgo ha publicado este notable trabajo, realizado en el laboratorio del Hospital Provincial (Hospital General), de Madrid.

Es un trabajo de índole doctrinal, en el cual se analiza el valor de cada uno de los métodos y reacciones en neurosífilis. El autor ha realizado un trabajo personal de lo más encomiable, que trasunta a todas luces su seriedad.

El Dr. Mouriz hace en esta tésis un estudio completo de la reacción de Wassermann, de las de floculación y enturbiamiento y de la de Lange, considerando a esta última que, como se sabe, es la del oro coloidal, como la reacción por excelencia, que aventaja a las del grupo en fineza, sensibilidad, elegancia y, finalmente, en la determinación precisa de los resultados. En este capítulo, el Dr. Mouriz ha introducido innovaciones prácticas útiles, empleando como agente reductor la hidroxilamina con excelentes resultados, y también el sulfito sódico, reductor con el cual ha llegado a obtener soluciones coloidales de buen aspecto macroscópico. Estriba precisamente en esta circunstancia de la obtención de buenas soluciones de oro coloidales, una de las mayores dificultades técnicas que ha impedido la difusión de la reacción de Lange, no sólo en su país de origen (Alemania), sino en todos los latinos. La técnica de Mouriz hará difundir la reacción de Lange, con evidente beneficio para el diagnóstico de la neurosífilis.

BIOLOGIA, FISIOLOGIA Y CLINICA DE LAS GLANDULAS DE SECRECION INTERNA por el Dr. Leandro Cervera.—*Editorial "Arnau de Vilanova"*.—Barcelona, 1927.

Formando parte de la colección de *Monografías Médicas*, que publica la Editoriral "Arnau de Vilanova", ha aparecido este bello librito de endocrinología.

En Cataluña se trabaja hoy con verdadero fervor para colaborar al progreso de las Ciencias Médicas aportando esfuerzo a la labor común de conquistar para la Ciencia latina un lugar preeminente en el mundo intelectual. Se trabaja con verdadero fervor y ahinco, pero se trabaja también con una gran austeridad, huyendo de reclamos más mercantiles que científicos, no esforzándose en atraer la curiosidad con afirmacio-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nes prematuras y no bien controladas por una leal experimentación.

El libro escrito por Cervera, es verdaderamente magnífico; en pocas palabras expone el contenido de un tratado de Endocrinología. Recomendamos vivamente su lectura.

ESPIRITU DE LA UNIVERSIDAD MODERNA, por el Dr. Rafael Araya.—Rosario (Argentina)—1927.

El Dr. Rafael Araya ha publicado un libro que titula "Espíritu de la Universidad Moderna", y en el que estudia la evolución filosófica de la enseñanza a través de los tiempos.

Para el doctor Araya "la Universidad debe ser un centro de investigación y de enseñanza tan amplia y tan vasta cuanto lo son los conocimientos humanos. Su función debe ser conservarlos, acrecerlos y distribuirlos, procurando que ellos alcancen a todos los individuos y a todos los órdenes de la actividad individual y social de modo que aprovechen a la colectividad entera sin limitaciones ni reatos".

Más adelante afirma "que la más alta misión de ésta debe ser el cultivo integral del individuo bajo su doble aspecto básico y moral, para favorecer la constante progresión en el desarrollo y formación de su conciencia", abogando también por la especialización, pues sólo con ella y la intensificación de los estudios que tienden a resolver los mil variados problemas que afectan al progreso y desarrollo de la humanidad en las distintas esferas de la producción, de la industria, del comercio, de la vida institucional y política, etc., con la creación de nuevas carreras profesionales y el máximo desenvolvimiento de las actuales, se podrá alcanzar el más alto índice de la potencialidad espiritual y material.

En el último capítulo de su obra da el doctor Araya la reglamentación que podría adoptarse para hacer efectivos los principios que enuncia como fines de la Universidad.

FRUTO BENDITO, por Eduardo Marquina.—*Editorial Reus, S. A.*—Madrid 1927.—5 pesetas.

El gran poeta Marquina, con su nueva obra *Fruto bendito*, digna hija de su fecunda inspiración, ha añadido un blasón más a su brillante historia de poeta y dramaturgo.

Fruto bendito pertenece a esa categoría de obras superiores a la contingencia del momento, que perduran por siempre en virtud de sus propios méritos y bellezas. Ella sola hubiera bastado para afirmar la existencia de un gran poeta, si no fuera ya Marquina suficientemente conocido y universalmente estimado.

No nos queda sino rendir un público homenaje de admiración al excelso poeta Marquina, y esperamos con impaciencia sus nuevas producciones.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El delito de aborto

Por el Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA
Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina

(*Conclución*)

III

DEL ABORTO PROVOCADO CRIMINALMENTE

La conclusión lógica que se desprende de la lectura y apreciación de las partes pertinentes de todas las Codificaciones penales de la actualidad, es de que el aborto, provocado voluntariamente y sin justificación científica alguna, constituye un crimen y quien lo practica debe caer bajo la acción punitiva de las leyes, por ser un criminal.

Es por eso, por su carácter de intencionalidad, por su aspecto de premeditación, por su forma de clandestinidad, por las circunstancias propias de la víctima indefensa, por el modo como se realiza, por los medios empleados, y aún si se quiere, por la calidad de las personas que en él intervienen, por lo que todos los legisladores han hecho de este crimen un delito a parte, *sui géneris* como dice *Peixoto,* muy distinto del infanticidio, o del genérico homicidio.

Es un delito social, como afirma *Puglia;* un delito contra el orden de las familias, como indica *Ambrosoli;* un delito de *lesa humanidad,* y aún de *lesa patria,* como nos atrevemos a afirmarlo nosotros.

La procreación, ley de emanación divina, forma como ley de la naturaleza una de las más antiguas del mundo.

Como precepto divino, como trasunto de ese mandato impuesto por Dios a nuestros primeros padres, el "Creced y mlutiplicaos" continúa siendo la ley fatal a la que se someten todos los seres del universo.

Su cumplimiento fué, primeramente ante el influjo del desmedido aumento de los pobladores, origen de la familia, como lo fué después de la tribu, del pueblo y de la nación; y cuan-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

do el exceso de habitantes congestiona una área cualquiera del globo terráqueo, la emigración favorece el desborde del superávit, hacia tierras menos pobladas, de las que el universo es rico y se brinda pródigo.

La lucha incesante contra el no ser, bajo las formas de la peste, el hambre, la guerra y la muerte,—los cuatro ginetes clásicos del Apocalipsis,—constituye la lucha continua y eterna; y la contienda sería desigual y aplanador e inicuo su resultado, si como un aliento supremo de esperanza, no tuviéramos la consoladora afirmación de que en el tablero de la existencia, nuevos seres vienen a reemplazar a aquellos que cayeron para siempre en la nada.

De otro lado, la Humanidad tiende de una manera constante al aumento de sus poblaciones; el anhelo y la aspiración continua de todas las naciones que le integra, es la de acrecentar el número de sus pobladores, para responder eficazmente a la evolución progresiva de su vida nacional, ya en el desarrollo de las diversas manifestaciones del tiempo de paz, ya también y si se quiere, para las apremiantes ineludibles de los tiempos de guerra.

¿Y cómo responde la moderna civilización a estos imperativos de la Naturaleza y de la Humanidad?

Simple y llanamente, interrumpiendo de manera deliberada la gestación natural de nuevos seres; provocando el aborto, con justificaciones que escapan a toda lógica y por actos que obligan a toda sanción.

Ahora bien, este acto de expulsión voluntaria y maliciosa del producto concebido, el aborto provocado, constituye un verdadero acto delictuoso, si nos atenemos a la definición del delito. Aceptando la formulada por *Parmelee* en su moderna obra *(Criminología.*—Nueva York, 1918.—Trad. española.—Madrid, 1925), veremos que por delito se entiende:

"Todo acto prohibido y castigado por la ley; inmoral ca-
"si siempre con arreglo a la norma ética predominante; usual-
"mente dañoso para la sociedad; que ordinariamente es facti-
"ble de reprimir por medios penales y cuya represión es nece-
"saria o supónese ser necesaria, para la preservación del orden
"social existente".

Y en tal sentido, ¿el aborto provocado no tiene claramente todas estas características? Sí: porque es un acto que todas las leyes castigan; porque es enormemente inmoral, cualquiera que sea la ética predominante en el momento actual de la Humanidad, pues a excepción de algunos pueblos en estado todavía de salvajismo y en los que la moral es nula o rudimentaria, en todo país culto se considera el aborto como una relajación de la moral; porque es factible y es necesario de reprimirlo, para mejor conservación del orden social, aun cuando en verdad los medios empleados hasta la fecha, como veremos más adelante, no hayan sido lo suficiente eficaces.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Las causas que determinan más corrientemente la comisión del aborto criminal, son variadas; podemos fácilmente reunirlas en las cinco siguientes, señalando que la primera es la que con más frecuencia se indica en la génesis de este acto delictuoso:

1º—El honor y el amor desgraciado;
2º—la prostitución impudente;
3º—la ambición destruida;
4º—los intereses econtrados; y
5º—el egoismo irreflexivo.

1º—Cuando la preñez es el resultado de una unión, por la general clandestina, que vulnera los principios del honor, maniobras criminales, no escusables por la vergüenza ni por la desesperación, conducen directamente al acto abortivo. Ya la musa española, ha sintetizaado este drama, en esos versos que son clásicos:

Dos tiranos juzgaron de tu suerte:
Amor contra el honor te dió la vida,
Honor contra el amor te dió la muerte.

No soy de los que, ultramontanos exagerados, defienden impertérritos los fueros del honor mancillado, por estos actos que la naturaleza y la especie humana justifican ampliamente. Creo y sostengo, con un escritor español del siglo pasado, que la opinión que condena y excecra a la soltera madre por esta clase de faltas, es una opinión cruel por los castigos que impone. "Digámoslo francamente: nuestras ideas y nuestras costumbres "son las que transforman en un monstruo manchado con el "crimen más contrario a la naturaleza, a una joven seducida, "que tal vez había nacido para ser un modelo de virtudes. Al "reflexionar acerca de su posición, el delirio se apodera de su "espíritu, se ofusca su conciencia, y la impremeditación la lle-"va más allá de los límites de lo lícito. A esa causa se agrega "casi siempre otra no menos funesta: al aprobio se añade la "miseria; y así ambos elementos acaban por ahogar todo sen-"timiento maternal. Se ha hecho la singular observación, de "que en los países en donde más severas son las leyes de la "castidad, y donde la deshonra sigue muy de cerca a su infrac-"ción, abundan más los casos de aborto y de infanticidio".

Criterios extremadamente avanzados, han tratado de defender la práctica del aborto, con teorías que sólo son producto de exaltaciones de la mente e incompatibles con todo orden de cosas, con toda organización racional y moral. No resistimos a la tentación de copiar aquí dos citas en apoyo de aquellas perniciosas teorías:

Víctor Margueritte, autor de aquella célebre novela, *"La Garcone"*, que provocara escándalo máximo en Francia, a punto tal que la Cancillería de la Legión de Honor borrara su nombre de entre los legionarios, dice así: "Creo que el derecho

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

"al aborto es absoluto. En tanto que un ser no haya visto la "luz del día y no exista más que en la vida fetal, creo que for- "ma parte integrante de la carne que subviene a sus funciones. "Se intentaría restringir los derechos del individuo sobre sí "mismo? El derecho al aborto me parece que es uno de los "plenos derechos individuales".

Es sólo a título muy particular que *Margueritte* sostiene estas teorías, que él acota con palabras que no expresan un firme convencimiento; ellas, por lo demás, encuadran perfectamente dentro del criterio que sobre la organización social viene sosteniendo el autor, el que si no partidario del amor libre, lo es de la unión libre, como confirma en la serie de obras perniciosas que viene publicando.

La otra cita es de una propagandista del amor libre, Mlle. *Nelly Roussel*, que aquí insertamos sin más comentarios: "Nosotras las mujeres despreocupadas de los prejuicios ances- "trales, que no consideramos en el amor una mancha, ni una "necesidad en el dolor, pretendemos disponer libremente de "nuestras entrañas, que a nosotras mismas nos prtenecen; no "ser madres más que cuando querramos, eligiendo nosotros mis- "mas el momento oportuno, sin que ninguna consideración re- "ligiosa o patriótica pueda influir en nuestra decisión, sin que "nadie tenga derecho a examinar las razones que tengamos pa- "ra interrumpir la gestación. La libertad de la maternidad nos "pertenece".

Pero, si estas y otras múltiples consideraciones pueden abogar en defensa de la madre desgraciada, culpable de un crimen consecuencia de un lamentable extravío, ello no puede justificar su impunidad ante la ley, que, llamada a velar por los fueros de la sociedad, castiga esta clase de delitos con penas severas. Felizmente, la madre por sí sola, no es en la mayoría de los casos, la única autora del delito, pues es poco frecuente que la mujer, sobre todo aquella que hasta entonces ha hecho una vida honesta, realice por sí misma las maniobras que la conducen a la liberación del producto fecundado. Casi siempre, es tercera persona la coautora, mejor dicho, la autora principal de este tenebroso drama, es la partera, es el médico, o es sencillamente la curiosa o el charlatán, los que se convierten en los cómplices primordiales de este crimen. Y por lo tanto, el delito de la madre,—impulsada por un amor desgraciado o por una buena fe violada,—es paliado por estas contingencias, que la convierten en casi un ser pasivo, víctima del aterrador momento presente y en manos de quienes, por el lucro, al convertirse ellos mismos en criminales, convierten en delincuente a un pobre ser que apenas alienta conciencia, que apenas manifiesta voluntad.

Son, pues, aquellas terceras personas las más vituperables y aquellas sobre las que debería caer, con todo su rigor, el peso de la ley.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La partera es la principal agente de esta clase de delitos: es así por lo que, en Francia, con bastante ironía, propia del alma de las Galias, se ha denominado a las profesoras de partos, *fabricantes de ángeles. Laurent (Le Criminel.*—París, 1908), dice así: "El crimen profesional de las comadronas, es el abor-"to; como en los agentes de cambio, es el fraude y la usura; "en los magistrados, la parcialidad; en los políticos, la corrup-"ción; y en los publicistas, la calumnia".

La partera abusa inicuamente de la situación en que la ley la pone, para hacer comercio ilícito de sus conocimientos, poniéndolos, mediante el pago, a voluntad absoluta de esas desdichadas mujeres, coludiendo así los preceptos legales y la sanción penal. Es allí, a nuestro juicio, donde reside la fuente principal de este acto delictuoso, y sobre la que hay que insistir severamente, si de la represión del aborto se trata.

Por penoso que sea la confesión para nuestro amor propio profesional, es necesario reconocer que, entre los criminales del aborto, en un buen número se hallan los médicos. Olvidan aquellos facultativos, fuera de los sagrados deberes del honor profesional, algo imbíbito en su persona y que constituye la mejor ejecutoria de su vida: el juramento que hicieron en el momento, siempre recordado, en que juraron ante sus maestros ejercer con decoro la nueva profesión.

Huelgan los argumentos, por falsos, con que se quiere defender esta práctica criminal. Se ha dicho que el aborto es una labor quirúrgica como otra cualquiera, que cae en el dominio de la obstetricia. Craso error, tomado en tésis general, pues aquello sería sancionar el libertinaje operatorio y negar la responsabilidad profesional. Se dice que habiendo acuerdo con la abortada, y consentimiento de quien deba, no existe intención de maldad, ni, por lo tanto, se causa daño. Pero se olvida que la víctima no es la madre, es el producto, a quien se interrumpe en su gestación; es una vida que se detiene, un ser que se elimina, un factor social, económico y nacional que se borra del conglomerado humano.

No se puede considerar al producto en gestación como un tumor, como un neoplasma, sino como un ser en germinación, pupilo ya de la sociedad, y protegido por lo tanto por las leyes.

"A nuestro criterio, dice *Bertillon* (Comn. au Congrés des "Praticiens. París, 1910), para los médicos la cuestión del de-"recho al aborto no existe. Todo médico,—hablo de los hon-"rados,—acepta en la Sociedad una doble misión: *conservar la "vida del individuo, conservar la vida de la especie.* Es este "culto, *esta religión de la vida*, lo que constituye la nobleza de "nuestra profesión: es ella la que nos hace amarla y respetar-"la; es ella la que nos une en la gran familia médica, cualquie-"ra que sea la diversidad de nuestras opiniones filosóficas o re-"ligiosas. Si nosotros la discutimos, dejamos de ser médicos".

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Sean estas palabras, que honrándome hago mías, las que contesten, clara y definitivamente, a aquellos profesionales que sostienen teorías tan inmorales. Ellas, y en forma lapidaria, dirán a los médicos abortadores cuál es el objeto único y noble de nuestra profesión; ellas, y otras anteriores, quisiera llevaran a su convencimiento íntimo, que hoy muchos ignoran, lo que dice terminantemente *Tissier:* "El aborto es un crimen: quien lo comete un criminal".

De las otras causas que determinan la provocación del aborto no hablaremos muy extensamente. La prostitución impudente es factor importante en esta clase de delitos. Con el embarazo la prostituta atenta contra su ilícito negocio y es por eso, por lo que casi siempre, lo interrumpe con maniobras abortivas. La características en estos casos, es que en el acto sólo interviene la mujer misma, práctica ya en tales operaciones, por una primera enseñanza de una compañera y por la repetición múltiple de ellas.

La ambición destruída y los intereses encontrados, gestores obligados de casi todo los delitos, ponen igualmente en el del aborto su coeficiente de génesis; y es por eso que no insistiremos sobre ellos.

Merece sí, y especial mención, lo concerniente al egoismo irreflexivo, como causa de los abortos provocados. El egiosmo del padre que no quiere ver crecer una prole ya numerosa o el egoismo de la madre que no quiere que su belleza se marchite por los embarazos repetidos, es causal muy frecuente de esta clase de actos delictuosos. Ellos se preludian generalmente, por la comisión de la serie de maniobras fraudulentas del coito y de la decepción, que hoy por desgracia tienden a difundirse enormemente, por las facilidades que una nefasta industria les presenta. Como dice *Doleris:* "De la práctica anti-"concepcional a la interrupción del embarazo, no hay sino una "pendiente fatal, irresistible".

Ya en compañía de mi respetado maestro el Dr. *Avendaño*, he tenido oportunidad de insistir sobre este tema, en el trabajo que juntos presentáramos, como Ponencia Oficial, al Sexto Congreso Médico Latino Americano de la Habana, con el título de "La despoblación en su aspecto social y médico-legal". Las razones en que pretenden fundarse los que tales doctrinas sostienen, no son sino la manifestación palpable del más vituperable egoismo. Ha habido autores, como *Maxvell*, que en tal sentido han invocado el derecho de legítima defensa. Pero, defensa contra quién?; contra qué agresión inmediata e inevitable? Quieren, los que así piensan, equiparar el acto de defensa, a aquel del náufrago que para asegurar sus pocas provisiones, arroja al mar al compañero de infortunio. Es el *struge for life*, dicen, que nos obliga a vencer siempre, sin pensar en las

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

víctimas que estorban y que deben quedar en el camino, avanzando siempre hacia nuestra finalidad, descartando obstáculos, eliminando prejuicios y preocupaciones.

Los que así piensan se ponen ya, y por su sola doctrina fuera de las leyes, y exhiben como único testimonio de sus aseveraciones, la más completa amoralidad, sobre cuya tésis es imposible edificar concepto alguno de orden social.

Quiero terminar este capítulo, trascribiendo las palabras que dijera en reciente conferencia en la Academia de Medicina de Lima, el reputado cirujano Profesor *Bello*, al ocuparse del "Tratamiento del aborto", pagando así con esta cita que me honra, la galante cita que de mi persona hiciera en ese trabajo:

"A las causas naturales del aborto, la desorientación mo-"ral moderna ha agregado, o por lo menos dado aterradora am-"plitud, a otra causa de pérdida del producto de la concepción "muy poderosa y extendida en la actualidad, causa de abortos "frecuentemente complicados con infección, el *aborto provoca-"do, criminal*, que busca suprimir el embarazo para librar de "obligaciones voluntariamente contraídas, a mujeres que obtu-"vieron fruto del amor libre, y también a matrimonios que nada "omiten si favorece su egoismo. Esta causa de aborto, no siem-"pre confesada, es la que suprime mayor número de nacimien-"tos, la que origina complicaciones sépticas más frecuentes, y "la que entrega al práctico honrado, por fracaso de quien in-"tervino, pacientes que ponen a prueba su pericia, exigiéndoles "criterio acertado para salvarlas de la muerte. Pasaron los "tiempos donde el aborto criminal era fruto de desesperación "de mujeres honradas después de una caída, acto personal y "primo que si no escusa, merecía lenidad; hoy se nos solicita "impávidamente, casi a diario por mujeres de todas las clases "sociales, alegando motivos nimios o falsos para que practi-"quemos el aborto, con la misma tranquilidad y firmeza que se "nos pide remedio para una dolencia banal; nuestra negativa "las irrita, causa menosprecio, se nos retira la confianza, y com-"probamos casi siempre que el gérmen por nosotros respeta-"do, pocas molestias ocasionó a sus despreocupados procrea-"dores, que hallarán siempre persona que los desembarace de "él, porque el aborto criminal es en la época presente indus-"tria lucrativa, y sus fautores son legión".

Aplanador cuadro magistralmente pintado, que nos permite hacer dos observaciones, dignas de mención: la primera, que el delito de aborto, evidentemente, y por desgracia, no tiene repercuciones aisladas; no se contrae, en sus efectos, únicamente a la criatura,—desdichada o aborrecida,—sino que se extiende también, casi siempre a la madre, cuya salud y cuya vida ponen en peligro; la segunda, la enorme amoralidad que al respecto existe en nuestro medio,—a igual que en otros muchos,—entre el público que cree, y aún sostiene, que el aborto, sinó completamente lícito, es por lo menos pecado benial. Culpa de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ello la tienen los profesionales que ponen oídos de complacencia, sino oídos de mercader, a esta clase de proposición de contratos, y que no revulsionan, con toda la virilidad de una honradez lesionada, cuando alguien, ignorante o no, viene a buscar la complicidad de un delito, perfectamente definido y claramente castigado por las leyes y reprobado por la humana conciencia.

IV

DEL ABORTO PROVOCADO CIENTIFICAMENTE

"El aborto provocado cesa de ser punible cuando se prac-"tica por un médico, para salvar la vida de la madre", afirmaba el profesor *Garcon*, notable Catedrático de Derecho Penal de la Facultad de París, de cuyos mismos labios la oyera el año 1920, en el curso de Instituto de Medicina Legal, que recibiera en la capital francesa.

Tal permisión que se otorga al facultativo, en aras del sagrado deber que posee de velar por la salud y la vida de los seres que a su cuidado se hallan encomendados, tiene, con todo, indicaciones precisas, que es necesario aclarar aquí, pues en la época por la que pasamos, en la que existe una tendencia nefasta y perniciosa entre los profesionales, para abusar de tales derechos, es conveniente y oportuno establecer de manera clara y perentoria, los límites de tal acción, y de eliminar igualmente responsabilidades.

Pero, antes de desarrollar cuestión tan importante, relacionada con la necesidad del aborto provocado para salvar la vida de la madre, en peligro por el acto gravídico mismo, quiero decir dos palabras, sobre otras dos justificaciones, que los juristas y los sociólogos modernos, vienen arguyendo, en igual sentido: me refiero al aborto provocado por consideraciones eugénicas y el provocado por consideraciones sentimentales o más bien sociales.

Ya el notable penalista español, *Luis Jiménez de Asúa*, dejó oir en los claustros de nuestra vieja Universidad de San Marcos, la riqueza de su sabiduría y la galanura de su palabra, en la hermosa conferencia que con el título de "El aborto autorizado", diera en la Facultad de Jurisprudencia. Supo desarrollarla magistralmente, estudiando de manera minuciosa y profunda estas dos consideraciones, viéndolas bajo el prisma severo de la ciencia y al amparo de las modernas concepciones jurídicas; nos dijo de las avanzadas opiniones que sustentan en Francia *Spiral* y *Klotz-Forel*, en Alemania *Radbruch*, *von Liszt*, *Horch*, *Hiller* y otros, en Suiza *Lang* y *Welti*, en España *Alvarez García Prieto*, etc.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La justificación de naturaleza *eugénica*, se relaciona amplia y directamente con la teoría de la herencia y viene a construir el substractum de esa nueva ciencia que aboga en pro del mejoramiento de la raza y de la especie. Como dice el profesor *Avendaño* "este tópico de la eugenesia es asaz interesante "y merece de modo preferente la atención de nuestros sociólo-"gos y penalistas". *(La reforma de la legislación penal en el Perú.*—Conferencia leída en el Colegio de Abogados.—Lima, 1924).

Como médico,—que se precia de moderno,—y siguiendo ardoroso las aguas de la medicina social, no puedo permanecer indiferente a las bellas sugerencias de esta doctrina. Es irrefutable el hecho de la necesidad de interrumpir el embarazo, que sólo va a dar como fruto un ser degenerado o raquítico, pobre muestra de miseria humana, que tal vez irá, en la prolongación de los años, a ser a su vez productor de una nueva existencia, más degenerada aún. Pero, creemos que no debe buscarse en el aborto autorizado el remedio para tan inevitable desgracia; la ciencia moderna posee otros métodos que conducen al mismo fin, y entre ellos y en especial, el concerniente a la esterilización de los progenitores, que sin impedir la consecución del acto sexual, los hace incapaces de perpetuizarse. De esta manera, impedimos el mal en su génesis, y no interrumpimos el mal en su camino, cuando ya otras apremiantes obligan a lo contrario.

La justificación *sentimental*, como la llama *Jiménez de Asúa*, o *social* más bien, como nos permitimos denominarla, es la otra que pone perentorias de valor en el estudio de este difícil problema.

Es evidente que la ciencia sufre apremiantes indiscutibles, al apreciar los casos en los que como resultado de violencias carnales en personas inconcientes, o por acto de fuerza mayor en mujeres honradas, quedan embarazadas *contra su voluntad*. No es posible aceptar y pedir para ellas, la obligación de soportar todas las ansias y todos los dolores, en el proceso en que se gesta un producto aborrecido; la maternidad, por más íntimamente que esté ligada al alma femenina, como esencia de su vida y trasunto de su existir, se convierte en esos casos en odiosa pasión. Y esta mujer en tales trances puesta, no repara en la moral, ni teme al castigo, y el delito del aborto se comete, infalible y fatalmente.

Pero no creemos que el remedio debe ser sentimental igualmente, y la autorización al aborto se halla estatuida legal y ampliamente, como se ha hecho en los Códigos modernos.

Debe siempre tenerse en cuenta la falacia de la especie humana y temer la simulación, el engaño, la protesta infundada de la fecundación criminal; y pensar igualmente, que tal codificación, más que justificar un hecho que parecía includible, va a permitir el abuso y a sancionar perniciosas corruptelas. A nuestro juicio el remedio debe ser social, y es por eso que nos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

permitimos, honrosamente, ponernos al lado de *Jiménez de Asúa* y de *Alvarez García Prieto*, y siguiendo el principio bien fundado del Código alemán en proyecto, opinar que en tales casos debe facultarse al juez para que, previa una investigación concienzuda, pueda autorizar a la mujer que en tal situación se halla, a la maniobra del aborto prorvocado, que debe ser verificada por profesional competente y legal. Esto es más lógico, que dejar estatuído en el articulado de un código penal el perdón para la que delinque y viola la ley, aún cuando ello se justifique por consideraciones de orden sentimental o social.

En qué condiciones el aborto es justificado, desde el punto de vista médico y jurídico?

Como lo afirma *Werner Gloel (Vierteljahrsach. für geritcht. Medizin)*.—Octubre 1921), el aborto médico es practicado desde la antigüedad, pero las indicaciones no han sido precisadas sino en el último siglo. A lo que añaden otros autores, que ellas van disminuyendo a medida que los progresos del arte avanzan.

A imitación de *Tissier*, veamos cuáles son las justificaciones que, para el aborto terapéutico, se han indicado y se indican actualmente:

1º—*Las estrecheces pelvianas*, tema que fué ampliamente discutido en diversas actuaciones académicas, desde aquellas célebres de 1852, van siendo abandonadas como causal imperativa, pues los tocólogos sostienen que las malformaciones pelvianas, a menos de no ser muy exageradas, permiten el parto, por las vías naturales; o éste puede realizarse por otros medios, como la operación cesárea, pubiotomía, etc.

2º—*Las afecciones graves desarrolladas por el embarazo mismo*, como las hemorragias irreductibles, las degeneraciones placentarias, los hidranios excesivos, las anemias perniciosas, etc., encuentran perfectamente justificación para la interrupción del embarazo.

3º—*Las intoxicaciones gravídicas:* vómitos incoercibles, albuminurias, amenaza de eclampsia, neuritis generalizadas, manias, etc., son igualmente causales que obligan a esta clase de intervenciones.

4º—*Las enfermedades preexistentes*, agravadas por el proceso mismo del embarazo, como las correspondientes a los aparatos cardio-vascular, respiratorio, urinario, etc., son principalmente, las indicaciones más precisas del aborto terapéutico

No es nuestro objeto en esta conferencia el tratar sobre este tema, de las justificaciones científicas del aborto médico, cuestión que cae de lleno en el campo de la tocología. Bástenos, solamente, indicar que las causales tienen que estar per-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

fectamente evidenciadas, para ser motivo perentorio de actos de esta naturaleza.

Pero si merece atención, y es materia especial de este trabajo, el dilucidar los procedimientos que el profesional debe seguir, cuando contreñido por alguna de las indicaciones anteriormente formuladas, se vé obligado a interrrumpir una gestación.

Ya el gran *Tarnier* daba, al respecto, consejos claros, que actualmente continúan siendo casi una ley. En efecto, decía: "Para poner la responsabilidad a cubierto, debe asegurarse el "concurso de varios colegas, no operar sino con su asentimien- "to unánime; y, las indicaciones aceptadas deben consignarse "por escrito, bajo forma de consulta y hacer conocer a la au- "toridad judicial, la naturaleza de la operación y las razones "que la hayan imperiosamente justificado".

Tales son, igualmente, en la actualidad las ineludibles prácticas a que deben ceñirse los profesionales que actúan e intervienen en un aborto terapéutico. Ellas, si bien no se hallan involucradas en el texto escrito de la ley, en los Códigos penales, se encuentran entre nosotros, perfectamente indicadas en el Código de Moral Médica, adoptado por el Círculo Médico Peruano y aprobado en Asamblea General de 1922.

El citado Código dice así en su Capítulo VII:

Art. 64.—Al médico le está terminantemente prohibido, por la moral y por la ley, la interrupción voluntaria del embarazo en cualquiera de sus épocas; pero podrá provoacr el aborto o el parto prematuro con un fin terapéutico, en los casos indicados por la ciencia.

Art. 65.—No se procederá a la interrupción del embarazo sino después de haber cumplido los preceptos siguientes: haber agotado todos los recursos destinados a la conservación de la salud de la madre, sin perjuicio de la vida del feto; haber oído la opinión favoreble de otros médicos especialistas en Obstetricia y haber obtenido el consentimiento de los padres.

Art. 66.—La embriotomía del feto vivo y viable está formalmente contraindicada por la ciencia y por la deontología. Cuando por una distocia no sea posible el parto por las vías naturales, se hará de preferencia la pubiotomía o la operación cesárea.

Art. 67.—Si el caso se presenta en una población sin recursos necesarios para intentar una de dichas operaciones conservadoras, o el médico no posee la competencia y la habilidad indispensables para semejantes actos operatorios y no puede ocurrir a ningún cirujano, o si la madre o sus deudos se oponen rotundamente a las dos operaciones antes citadas; si después de haber agotado todos los medios disponibles, la vida de la madre está en peligro por el hecho del parto que no puede verificarse, el médico, en beneficio de la salud de la madre, está autorirzado para ejecutar la embriotomía del feto vivo.

Vemos, pues, que entre nosotros todo se halla perfectamente legislado y que estas disposiciones de nuestra ley moral mé-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

dica, aprobada y aceptada por todos nuestros profesionales, deben ser fielmente cumplidas por todos los que con título legal ejercemos la medicina en el Perú. Ellas son terminantes, son claras y casi completas, pues solamente merecería añadirse la obligación de dejar comprobante escrito del proceso justificativo, unanimemente adoptado por los facultativos que intervienen.

Desgraciadamente, puedo afirmarlo de manera categórica, que yo sepa, tales preceptos deontológicos permanecen siendo letra muerta; ni en los hospitales, ni en las clínicas particulares, ni en los consultorios privados, se cumplen esas disposiciones. Pero es necesario que nuestros colegas, haciéndose honor a sí mismos, revulsionen en tal sentido y se acostumbren a cumplirlos, aun cuando fuera solamente para evitar responsabilidades posteriores.

V

DE LA REPRESION DEL ABORTO

Toca ocuparnos ahora, en este último capítulo, de la importantísima cuestión de la represión del aborto, pues no basta mostrar las llagas y los modos como ellas se generan, sino que es necesario y obligatorio, el manifestar los medios para curarlas; y en este caso la profilaxia y el tratamiento de esta grave dolencia social.

Todos los sociólogos y penalistas de las principales naciones del mundo, así como muchos hombres de ciencia del medio médico, han abordado este punto, y han procurado poner su contribución para resolver tan árduo problema. Pero, ha sido especialmente Francia, la que desde hace muchísimos años, viene preocupándose incesantemente en resolverlo, por medio de una serie de discusiones que ha venido promoviendo en los años trascurridos de la presente centuria.

Sin tratar de hacer historia sobre este punto, debemos recordar solamente que ya en la "Societé de Médecine Légale de France" (a la cual me honro en pertenecer), se iniciaba en 1907, una sostenida discusión, con motivo de la comunicación presentada por el miembro titular *Tissier;* que en 1910, "Le Congrés des Praticiens", reunido en París, abordaba igualmente y de manera viril, este tópico, sintetizando su unánime opinión, en el siguiente voto, que merecería escribirse con letras de oro:

Considerando que todo médico, por su título, aún a falta de juramento, es defensor jurado de la vida humana;

Que este título lo obliga, bajo pena de faltar al honor, para asegurar la conservación del individuo y de la especie:

El Congreso rehuye toda discusión sobre este principio y declara solemnemente que todo aborto provocado, que no está clara y cien-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tíficamente obligado por las indicaciones médicas, es un verdadero crimen.

Y terminaba reclamando a los poderes públicos un conjunto de medidas judiciales y administrativas coordinadas.

Como consecuencia de ésto, de la opinión anteriormente lanzada por *Troulliet* en 1900, y de la labor del Ministro *Waldeck-Rousseau* en 1902, se presentó a las Cámaras, en ese mismo año de 1910, un proyecto de ley modificador del artículo 317 del Código Penal Francés.

En 1912 el ministro *Barthou* resucita la proposición *Troulliet*, y en el mismo año su sucesor *De Klotz*, reune una nueva comisión, en vista de la esterilidad de la primera. En 1913 el Senado francés, a impulso de *Lannelongue*, estudia la cuestión y vota en primera lectura tres medidas al respecto: la supervigilancia de las casas y clínicas de partos, y la interdicción y represión de la propaganda neo-malthusiana, verdadera antecámara del aborto criminal.

Estalla la guerra y toda labor al respecto se abandona, ante preocupaciones más premiosas. Pero, pronto la cuestión vuelve a tomar interés, ante la alarma de la opinión por el aumento desmesurado e inconmensurable de las abortos criminales, que restan vidas precisamente en los angustiosos momentos en que la guerra cercena los más valiosos elementos de la vitalidad nacional Y así en 1917, en plena contienda y al compás del ruido del cañón el profesor *Berthelemy*, notable jurista, plantea la cuestión en la "Societé de Médecine Légale de France", en los siguientes términos, que abren el más animado debate registrado hasta entonces:

" *Se cesa de nacer; hay una fatal paralización de la repoblación. Antiguamente, el niño concebido estaba protegido contra los atentados de éste género por una triple coraza: el miedo al infierno, el miedo a la muerte y el miedo al castigo.*

"El infierno ya no existe sino en los cuentos; los creyentes de hoy no confían en la infinita misericordia de Dios, más que lo que temen a los suplicios del Demonio. A la muerte, la asépsia y la antisépsia en esta materia, lo han hecho excepcional. El castigo, el jurado lo ha suprimido o lo ha atrofiado, a punto tal que ha perdido toda su ejemplaridad; el jurado no castiga sino los crímenes que atentan contra su propia seguridad; el aborto criminal destruye la patria, pero los jurados no comprenden tal cosa.

"Ahora bien; nosotros no podemos resucitar el infierno; no podemos convertirnos en ayudantes de la muerte; tornemos nuestra mirada hacia el derecho y veamos por qué debemos establecer la ejemplaridad del castigo.

"En el acto de un aborto provocado, en ese sombrío drama que se desarrolla silenciosamente entre cuatro paredes, intervienen de manera obligada dos personajes y eventualmente tres: la abortada, el abortador (hombre o mujer), *y algunas*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

veces un médico llamado en caso de urgencia. De estos tres personajes, el primero niega por miedo y pudor, el segundo por interés y conveniencia, el tercero porque a ello lo obliga el secreto profesional. De aquí que la Policía y la Justicia no puedan interponer acto punitivo, porque el delito no se puede ni conocer, no perseguir, ni probar.

.....*"De estos tres personajes, es el segundo el más directamente criminal, pues actúa bajo la acción del soborno y a conciencia plena de la delictuosidad del acto; la abortada se halla bajo la acción delirante y pasional de su desgracia; el médico que interviene algunas veces, sintetiza su acción a salval una vida en peligro, actuando sólo a título de testigo obligado y para descargo de su conciencia se escuda tras un juramento académico.*

"La acción punitiva debe, pues, caer sobre el abortador, por lo general, profesional, y autor evidente del acto criminal; para lograr ésto debemos contar con el testimonio de los otros dos coautores, liberándolos de los peligros que su testimonio pueda acarrearles; para contar con la abortada, prometámosle la impunidad; para contar con el médico, revelémole del secreto profesional".

Es así como planteó la cuestión *Berthelemy*, para concluir pidiendo, entre otras cosas:

1º—La excusa a la abortada que denuncia al autor del aborto, o al menos disminución obligatoria de la pena que le corresponda al ser condenada;

2º—La autorización al médico citado por los Tribunales, para quedar libre de la obligación del secreto profesional.

La primera cuestión, de orden netamente jurídico, no nos corresponde resolverla, aceptando solamente que ella, llevada a la práctica, por éstas y otras muchas razones que dicta a nuestra conciencia el estudio psicológico de la madre abortadora en tales terribles momentos, podría ser indudablemente una medida en pro de la represión del aborto.

La segunda cuestión sí toca, y muy de cerca, a nuestra especialidad. Nuestra codificación penal, en su artículo 363, modificando los ambiguos conceptos del código antiguo, concilente la revelación del secreto profesional cuando "sea necesario salvaguardar un interés superior", siendo en ésto consecuente con el voto formulado en 1913, en el V Congreso Médico Latino-Americano, reunido en Lima, por el que pedía que el secreto profesional fuera "consentido u ordenado, en todos aquellos casos en que a la par que el interés particular exista el de una tercera persona o de la sociedad".

Como dice el profesor *Avendaño*,—que fuera el autor del voto indicado,—"el profesional está ya facultado, por el nuevo código, para proceder conforme a los dictados de su conciencia; que a la par es el estímulo más poderoso para seguir la senda del bien, es el juez más inexorable en caso de proceder incorrecto o de mala interpretación de la ley".

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Los facultativos peruanos, por esta invocación en nuestro modernísimo Código Penal, pueden ya libremente resolver este punto, que planteara y pidiera *Berthelemy* en 1917, en la Capital francesa; pues, se hallan facultados, y aún obligados, a liberarse del secreto profesional, cuando *sea necesario salvaguardar un interés superior.* Y qué interés mayor puede haber al máximo de la conservación del individuo, de la conservación de la especie, de la conservación de la nacionalidad?

Pero esto no basta. A las disposiciones legales, éstas que hemos indicado y otras muchas sugeridas por talentos de diversos países, debe añadirse una serie grande de otras medidas, de carácter más bien sociológico, y que hoy la flamante *Medicina Social* estudia con tesonero afán.

Parodiando al gran *Filangieri*, en su "*Scienza della Legislazione*", diré: "Que se suministre asilos a las doncellas que "han tenido la desgracia de sucumbir impulsadas por el sexo y "por el amor; que se esparzan por todos los puntos del Esta-"do refugios para estos partos clandestinos; que la ley prote-"ta a la madre, y que haga educar a los niños, en vez de infa-"marlos, y entonces, el aborto provocado será muy raro y más "justamente punible".

Señores, voy a concluir; hora es ya de liberar vuestra atención de la gravidez de mi palabra.

Creo haber llevado a vuestro espíritu el íntimo convencimiento de que el aborto provocado, sin justificación científica alguna, es un delito, castigado por la ley, excecrado por la Sociedad, vituperado por la conciencia.

Para aquellos que aún no se hallen convencidos, son mis últimas frases. El médico abortador podrá escapar a la *sanción penal;* tantos crímenes quedan impunes, y tantos otros, aún conocidos, no sufren castigo alguno; ¡la Justicia tiene a veces conmiseraciones inexplicables! Podrá escapar a la *sanción social;* esta misma ignorancia del acto delictuoso y esa misma impunidad, son elementos que la sociedad toma en cuenta para, más que perdonar, olvidar, al delincuente y no cubrirlo con el oprobio de su anatema; ¡la Sociedad, por lo demás, juzga muchas veces, solamnete en armonía con la moralidad de sus costumbres! Pero no podrá escapar jamás a la *sanción moral,* pues siempre, en todo momento y en todo lugar, el torturador recuerdo del acto cometido, agitará su conciencia, aún cuando su práctica continuada, haya establecido en él un hábito pecaminoso. Siempre y perennmente, atormentará a su espíritu la obsesión del *delito de aborto.*

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Tratamiento dieto=insulínico de la diabetes según el procedimiento de Joslin

Por el Dr. ALFREDO TATAJE

El profesor Elliott P. Joslin de la *Harvard Medical School* ha modificado desde hace algunos años, sobre base científica y con criterio práctico, la «cura de ayuno de Allen».

El enfermo debe iniciar el tratamiento, suprimiendo únicamente las grasas de la alimentación; dos días después las proteínas, y en seguida disminuir la proporción de carbohidratos hasta que sólo tome 10 gramos. Si el azúcar no desaparece de la orina, prescribe ayuno durante dos, tres y cuatro días, hasta que obtenga la desaparición del azúcar.

Durante los días de ayuno se permite la ingestión libre de agua, te, café y caldos de carne claros, a elección del paciente.

Si la glicosuria persiste, se permite la ingestión de un gramo de proteína o medio gramo de carbohidratos por kilogramo de peso durante dos días, para volver al ayuno absoluto, que se prolonga hasta tres días, si la persistencia del azúcar en la orina lo hace necesario. Si continúa la glicosuria, se dan proteinas como lo indicado anteriormente, durante cuatro días, repitiendo después el ayuno y paulatinamente se aumentan los días de alimentación, un día cada vez, hasta que sólo se ayune un día durante la semana.

Tolerancia para los hidratos de carbono.—Cuando la orina de 24 horas no contiene azúcar, se dan 15 a 10 gramos de carbohidratos en vegetales al 5% y se continúan agregando carbohidratos diariamente en la proporción de 5 a 10 gramos hasta que el azúcar aparezca.

Tolerancia para las proteinas.—Cuando la orina deja de presentar azúcar durante tres días, se agregan a la alimentación 20 gramos de proteinas y luego quince gramos diriamente, en forma de clara de huevo, pescado o pollo hasta que el enfermo reciba 1 gramo de proteínas por kilogramo de peso.

Tolerancia para las grasas.—No se agrega grasas hasta que la cantidad de proteínas ingeridas no lleguen a 1 gramo por kilo de peso y se haya determinado la tolerancia para los carbohidratos; sólo entonces el enfermo comienza a ingerir grasas en la proporción de 5 a 25 gramos, hasta que cese de perder peso o reciba en la dieta total, alrededor de 30 calorías por kilo de peso.

La reaparición del azúcar en la orina se combate con 24 horas de ayuno o hasta que ésta desaparezca de la orina. Entonces se vuelve a la dieta a que había estado sometido el enfermo, de una manera

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

gradual y paulatina, agregándose las grasas en último término, a fin de obtener la mayor tolerancia posible de carbohidratos.

Esta dieta se sigue de una manera inflexible, sacrificando, si fuese necesario, el peso corporal con este objeto.

Ya sea que reapareciese o no la glicosuria, JOSLIN aconseja practicar un día de ayuno a la semana, o tomar una dieta de bajo poder calórico, para lo cual da la regla siguiente: si el enfermo tolera 20 gramos de carbohidratos, se debe practicar un día de ayuno a la semana, si tolera más de 20, se dá la mitad de la dieta, un día a la semana.

En los últimos tiempos han sido numerosos los trabajos sobre diabetes, por autores en su mayor parte americanos, impresionados, éstos seguramente, por la enorme frecuencia de la enfermedad según la cifra dada por LARIMOR y EMERSON al XXXIX Congreso de Medicina Americana (1), a tal punto, que estos autores han llegado a hablar de epidemiología de la diabetes y reclamar que se emprenda una lucha enérgica contra «este peligro público».

Según los mismos autores, la mortalidad por diabetes ha disminuído en los sujetos jóvenes por debajo de 20 años, mientras que ha aumentado en proporciones considerables después de los 45.

JOSLIN ha confirmado estas afirmaciones en su comunicación al mismo Congreso «Sobre los cambios observados en la clientela diabética», atribuyendo el hecho de que la enfermedad sea 15 veces más frecuente, a un aumento de la longevidad.

EMERSON y LARIMOR (2), hacen responsables de la frecuencia actual de la diabetes, al enorme consumo de carbohidratos y a la sedentaridad, pero JOSLIN incrimina sobre todo dos factores etiológicos: (3), la obesidad y las infecciones diversas, yendo hasta el punto de afirmar, que todo niño convalesciente de difteria, escarlatina o tifoidea es una candidato a la diabetes.

PATRICK (4), ha señalado algunos casos de diabetes infantil después de parotiditis, lo mismo que LEREBOULLET y LELONG (5).

Según ROUSSEAU las infecciones y toxinfecciones intestinales merecen un lugar importante en la etiología de la diabetes.

RENSHAW y FAIRBROTHER de Manchester pretenden haber aislado de la heces de los diabéticos, un germen que denominan *Bacilus amyloclasticus intestinales*, que tendría la propiedad de descomponer los medios amilaceos, dando ácido oxibutírico, acético, alcohol butílico y acetona (6).

Según LEON BINET, en el curso de la guerra 1914-1918 los médicos alemanes se encontraban sorprendidos ante la frecuencia de la diabetes y la atribuían a la bajísima ración de grasa de que podía disponer cada habitante (JOURNE).

Es, pues, como lo ha hecho notar ROUSSEAU en el Congreso de Quebec, alrededor de la viciación del régimen alimenticio y de las

1. — EMERSON and LARIMOR «*Jour. Amer. Med. Assoc.*» 7 June 1924.
2. — EMERSON and LARIMOR «*Archives of Internal Medicine*» Nobre. 1924.
3. — JOSLIN «*Jour. Amer. Med. Assoc.*» 6 Setbre. 1924.
4. — PATRICK «*British Medical Journal*» 6 Setbre. 1924.
5. — LAREBOULLET, LELONG «*Soc. Pediatrie de París*» 16 Setbre. 1924.
6. — JOURNE. *Pathologie Medicale* París 1923.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

infecciones, que gira actualmente la etiología de la diabetes (KOURLISKY y RATHERY).

ALGUNAS IDEAS SOBRE LA FORMACION ENDOGENA DE LA GLUCOSA.

La glucosa catabolizada por los tejidos, es reemplazada, a medida que se destruye, por un aporte de azúcar que proviene de la destrucción del glucógeno, de las proteínas y de las grasas (KOURLISKY y RATHERY).

Se sostiene por algunos autores, que la alteración principal en la diabetes no estribaría en una falta de utilización de la glucosa por los tejidos, sino en una superproducción endógena de glucosa que provocaría una hiperglicemia y una sobrecarga de glucosa de todo el organismo (7).

Las experiencias de MANN y MAGATH han puesto en evidencia el rol esencial del glucógeno en el renovamiento incesante de la glucosa, y basándose en sus resultados, se han abierto paso una serie de interpretaciones, llegando algunos autores como LAUFBERGER (8) a negarle al glucógeno su significación de sustancia de reserva.

El glucógeno normalmente se destruye sin cesar para reemplazar a la glucosa que se quema en los tejidos y se reproduce sin cesar, a medida que se destruye.

Al estado normal en el plazo de dos horas, todo el glucógeno hepático ha ido a reemplazar a la glucosa utilizada, de modo que no se podría considerar como sustancia de reserva, según este autor, una sustancia que se destruye sin tregua.

Numerosas han sido las investigaciones y trabajos que se han publicado confirmando la formación de glucosa a expensas de las proteínas y de las grasas.

Según JOSLIN, en la diabetes graves el 58% de las proteínas y el 10% de las grasas se transforma en glucosa.

OSBORNE y MENDEL (9) han llegado a asegurar en la rata un crecimiento y una actividad muscular normal, con regímenes totalmente desprovistos de carbohidratos. Además, han constatado la formación de glucógeno en el hígado, el que no ha podido formarse sino a expensas de las proteínas y de las grasas y ATKINSON (10) ha constatado la acumulación del glucógeno en el hígado de perros alimentados exclusivamente con carne, constituyendo éstas para estos autores, una fuente muy importante de formación endógena de glucosa. Más todavía, GEELMUYDEN considera la diabetes como una alteración de la nutrición debida a la exagerada transformación de las grasas en glucosa y según él, cuando el glucógeno está agotado, lo que se produce con bastante rapidez, las grasas, verdaderas sustancias de reservas, entran en juego para asegurar el equilibrio glicémico.

---

7. — CAMMIDGE «*Journ. Amer. Med. Assoc.*» 1º. Nobre. 1924.
8. — *Klinische Wochenchrift*» 2 Febr. 1924.
8. — «*Journal of Biological Chemistry*» Febr. 1924.
10. — ATKINSON «*Journ. of Metabolic Researche*» May 5 1922.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

También se ha demostrado que las proteínas al ser desintegradas en el hígado, liberan moléculas de azúcar y hasta se ha podido determinar que ciertos amino-ácidos, que van a constituir después proteínas, son más capaces que otros en la formación de azúcar; así la carne de pollo liberá más azúcar que la carne de vaca (11).

No menos numerosos han sido los trabajos que se han publicado sobre la compleja y discutida cuestión de la relación entre el régimen y la formación de los cuerpos acetónicos.

La conocida teoría de la anticetogenesis de WOODYATH y SHAEFFER, según lo cual los cuerpos ketónicos formados en el curso del metabolismo de una manera normal, sólo son transformados cuando se encuentran en contacto con una cantidad suficiente de glucosa de oxidación, ha sido puesta en duda por LABBE, NEPVEUX, FORSAN, HIOVICCI y otros (12) quienes hacen una distinción radical entre la acidosis del ayuno hidrocarbonado y la acidosis diabética y RICHARDSON, MASON, HUBBARD y WRIGHT (13) insisten sobre el hecho de que el diabético puede ingerir, sin hacer acidosis, grandes cantidades de sustancias ketógenas, pues en lugar de oxidarlas, puede almacenarlas como sustancias de reserva y recurrir a los carbohidratos de los tejidos, dependiendo así el grado de acidosis no del régimen mismo, sino de la manera como se metaboliza.

Es, pues, como dicen DESGREZ, BIERRY y RATHERY, bastante difícil formarse un concepto claro y preciso del estado de este metabolismo.

El balance de los carbohidratos, lo mismo que la marcha de la glucosuria solo dan un conocimiento poco preciso del metabolismo de las sustancias generatrices de azúcar.

Falta (14) y PETREN (15) abogan por el rol casi electivo de la sustancias nitrogenadas en la producción de la acidosis, para quienes cada caso de diabetes tiene un umbral de metabolismo, en lo que al nitrógeno se refiere, por encima del que la acidosis se produce; según este criterio el carácter saltante de la diabetes grave estaría dado por la sensibilidad extrema del metabolismo nitrogenado.

LABBE, NEPVEU, FORSAN y HOIVICCI han llevado estas ideas al terreno experimental y han comprobado en perros puestos primero al ayuno y en seguida alimentados alternativamente con carne y con grasas, que la carne daba una acidosis más fuerte.

PETREN, NEWBURGH, MARSH y FALTA estiman que se podrían dar cantidades notables de grasas sin peligro serio de acidosis en el diabético, a condición de suprimir las proteínas que provocan la formación de cuerpos acetónicos a expensas de las primeras.

Según las experiencias de OSBORNE y MENDEL, de SMITH y CAREY y la opinión de DEGREZ, RATHERY y BIERRY el exceso de grasa provoca la excreción de cuerpos acetónicos, pero no acidosis verdadera, la reserva alcalina permanece normal, lo que se explica-

11. — MAC CALLUM. *Text book of Pathology* 1922.
12. — «*Soc. Pathologie Comparé*» Dibre. 1923.
13. — «*Journ of Biological Chemistry*» Jan 1924.
14. — «*Klinische Wochenschrift*» 29 Jan 1924.
15. — PETREN. «*Journ of Biological Chemistry*» Sepbre. 1924.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ría por la neutralización de los ácidos por el amoniaco, y WILDER cree que las grasas serían menos nocivas que las proteinas.

Por último hay una corriente de opinión con tendencias a disminuir la importancia de la acidosis en el mecanismo de los accidentes del coma. En efecto, el coma puede aparecer sin acetonuria (16) y la acetonuria no acarrea siempre el coma, como es de corriente observación en la práctica.

MARCEL LABEE y VIOLLE han demostrado la poca toxicidad de los cuerpos acetónicos y han comprobado la fuerte proporción de oxibutirato de sodio que es necesario para llegar a la dosis mortal por vía endovenosa.

MARCEL LABBE y HENRY LABBE, han puesto en evidencia la importancia y la toxicidad de la aminoaciduria y la elevación rápida del nitrógeno aminado que coincide con la inminencia del coma, y MAIGNON afirma que el peligro en el diabético amenazado de coma no sería la acidosis, sino la desnutrición nitrogenada. Además, según afirmación de JOURNE, numerosos diabéticos con desnutrición intensa y acetonuria elevada tratados por regímenes grasos no han entrado en coma y las grasas tendrían la propiedad de mejorar el metabolismo proteico, alterado por la desnutrición nitrogenada.

Numerosos autores con MARCEL LABBE, consideran la acidosis y el coma diabético como dos estados distintos, si bien estrechamente ligados, los que serían debidos a intoxicaciones por mecanismos diferentes: la acidosis resultaría de una intoxicación por los cuerpos acetónicos, el coma resultaría de una intoxicación mortal por las sustancias nitrogenadas. La presencia de cuerpos acetónicos en la orina, según este nuevo concepto, conservaría siempre su valor de indicación grave, anunciando la inminencia de accidentes mortales (17).

DIETOTERAPIA DE LA DIABETES

A la luz de los numerosísimos trabajos que recientemente se han publicado, y de los que solo hemos hecho un lijero resumen de los que nos han parecido más importantes, el profesor JOSLIN define la dietoterapia del diabético en estos términos: «la alimentación de un individuo normal está formada principalmente de carbohidratos; la dieta de la diabetes está formada principalmente de grasas, en ambos el valor de las proteínas debe mantenerse más o menos el mismo».

Para mejor comprensión copiamos de JOSLIN el cuadro descriptivo de la dieta.

16. — *Precis Pathologie medicale* 1922 T. V.
17. — HERBERT. S. CARTER. *Diet list of the Presbyteriam Hospital.* New York. 1922.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

COMPARACION DE LAS DIETAS EN EL INDIVIDUO NORMAL Y EN EL DIABETICO

	NORMAL		DIABÉTICO	
	Cantidad	Calorías	Cantidad	Calorías
Carbohidratos	250 gr.	1000	60 gr.	240
Proteínas	60	240	60	240
Grasas	60	540	130	1170
Total.....		1780		1650

La dieta de un individuo normal que pesa 60 kilos (132 lbs.), se compone de 250 gramos de carbohidratos, pero el diabético toma por término medio 60 grs. ambos consumen 60 gramos de proteínas y para reemplazar los carbohidratos el diabético aumenta la proporción de grasas de 60 gramos a más del doble de la ración normal.

Recordando que un gramo de proteína o de carbohidratos producen 4 calorías y un gramo de grasa 9 calorías, se ve que los carbohidratos suministran 1000 calorías al individuo normal y sólo 24 al diabético, las proteínas tienen el mismo valor en ambos casos pero las 540 calorías suministradas al individuo normal por las grasas son aumentadas a 1170 en el diabético.

El valor calórico de la dieta del diabético, es menor que el de la alimentación del individuo normal, debido a que el diabético lleva una vida menos activa y además, porque debe evitar cualquier exceso de alimentación.

Es decir, la dieta del diabético debe ser igual en valor calórico, al mínimo de calorías que contendría la alimentación de un individuo sano en condiciones semejantes.

El número de calorías por kilo que necesita un individuo adulto de 70 kilos durante 24 horas es según JOSLIN, quien se basa a nuestro parecer en los datos suministrados por VON NOORDEN, el siguiente:

	Calorías por kilo	Calorías totales
En descanso	25–30	1750–2150
Trabajo lijero.....	35–40	2450–2800
Trabajo moderado ...	40–45	2800–3150
Trabajo rudo.....	45–60	3150–4200

La tolerancia del diabético para los carbohidratos, según JOSLIN, raras veces excede de 100 gramos.

La vida más o menos activa del enfermo, la edad y la condición de sus riñones, deben tenerse en cuenta al balancear la cantidad de proteínas que componen la dieta del diabético.

Aunque CHITTENDEN y MENDEL han demostrado prácticamente que con 0,60 gramos de proteínas por kilo, se puede mantener e

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

fisiologismo en condiciones normales, JOSLIN aconseja que debe tratarse que las proteínas asciendan a 1 gramo o 1,50 gr. por kilo en el adulto y 3 gramos en el niño.

En los casos de diabetes graves, la proporción de proteínas por kilo debe estar por debajo de un gramo, a fin de aumentar los carbohidratos y especialmente las grasas, sin peligro de acidosis (JOSLIN).

Las proteínas estimulan al metabolismo más que cualquiera otra clase de alimento, favorecen la acidosis y conducen a la formación de 58 gramos de glucosa por cada 100 gr. de proteínas metabolizadas (JOSLIN)

De acuerdo con las ideas más modernas, las grasas suministran el mayor número de calorías de la dieta del diabético, pero estas deben guardar con los carbohidratos, como máximo, una relación de tres gramos de grasas por uno de carbohidratos, exceptuando los casos en los que la orina sea aglicosúrica y en los que las proteínas desciendan a 0,66 por kilo de peso.

La dietética que JOSLIN recomienda para poner al diabético aglicosúrico, está constituída por una alimentación de valor calórico reducido, inferior por consiguiente al de la alimentación de un individuo normal. La reducción se hace principalmente a expensas de los carbohidratos, después de las proteínas y en menor grado de las grasas. Los alimentos que la constituyen son de composición simple y las proporciones que de cada uno de ellos se suministran, es controlada por la balanza y modificada según la persistencia de la glicosuria del enfermo.

El procedimiento consiste en dar al enfermo el primer día, una dieta cuyo valor calórico sea la mitad del valor calórico de la alimentación de un individuo normal, y ésta constituye la primera dieta de prueba.

Si persiste la glicosuria se le da, como segunda dieta de prueba, la tercera parte de las calorías de la alimentación normal.

Si todavía persiste la glicosuria se le suministra, como tercera dieta de prueba, la cuarta parte de la alimentación normal, siendo de advertir, que las reducciones se hacen principalmente a expensas de los carbohidratos.

Para mejor ilustración tomamos de JOSLIN el cuadro de las dietas de prueba.

ALIMENTACION NORMAL Y DIETA DE PRUEBA

	Carbohidratos	Proteínas	Grasas	Calorías
Alimentación normal	250 grs.	60 grs.	60 grs.	1780
1ª. dieta de prueba . . .	101	35	43	931
2ª. ,, ,, . .	66	24	37	693
3ª. ,, ,, . .	34	15	30	466

En este cuadro tenemos primero, la alimentación normal que se compone de 250 gramos de carbohidratos, 60 gramos de proteínas y 60 gramos de grasas con 1780 calorías.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El primer día de tratamiento, el enfermo con la primera dieta de prueba recibe una reducción en calorías aproximadamente de un 50%.

Esta reducción se hace más a expensas de los carbohidratos, que de las proteinas y de las grasas.

En la segunda dieta de prueba, el diabético recibe menos cantidad de carbohidratos y de proteinas, pero las grasas solo están lijeramente reducidas.

En la tercera dieta de prueba, los carbohidratos apenas llegan a la décima parte de los carbohidratos de la alimentación normal, las proteínas a la cuarta parte y las grasas a la mitad.

JOSLIN afirma, que en la inmensa mayoría de los diabéticos, la glicosuria desaparece si el enfermo se somete a las dietas de prueba arriba indicadas.

Para la confección de estas dietas, se emplean las conocidas tablas de JOSLIN de carbohidratos al 5%, 10%, 15% etc. etc. y para darle más variedad a la alimentación y hacerla, si fuera posible, menos monótona y rutinaria, las magníficas tablas preparadas bajo la dirección del profesor E. M. Bayley del "Connecticut Agricultural Experiment Station" a solicitud de JOSLIN.

En los casos de diabetes grave, el enfermo puede llegar a la tercera dieta de prueba y persistir la glicosuria. Para hacerla desaparecer, se suministra al enfermo una cantidad menor aún de calorías por algunos días más. Para este objeto y para llevarlo después a la dieta que le corresponde, JOSLIN ha preparado lo que llama dieta de mantenimiento, que copiamos a continuación, en las que los valores en carbohidratos, proteínas y grasas están representadas C1, C2, C3, etc. PG1, PG2, PG3, etc.

	Dietas	Carbohidratos	Proteínas	Grasas	Calorías
Prueba	D P 1	101 grs.	35 grs.	43 grs.	931
	D P 2	66	24	37	693
	D P 3	34	15	30	466
de Mantenimiento	C 1+PG 1	14	15	30	386
	C 2+PG 2	22	19	37	497
	C 3+PG 3	32	24	37	557
	C 4+PG 4	42	29	52	753
	C 5+PG 5	52	32	66	930
	C 6+PG 6	64	44	83	1179
	C 7+PG 7	74	52	88	1296
	C 8+PG 8	84	61	94	1426
	C 9+PG 9	98	65	106	1606
	C10+PG10	109	66	119	1771
	C11+PG11	135	80	135	2075
	C12+PG12	159	84	135	2187

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En este cuadro, la primera dieta de mantenimiento constituye lo que podríamos llamar la cuarta dieta de prueba, y a la que sólo son llevados los diabéticos de glicosurias muy rebeldes.

Las demás dietas se utilizan para ir investigando la tolerancia del diabético de una manera gradual y llegar así a prepararle una dieta perfectamente balanceada.

Una vez que el diabético ha obtenido la desaparición de la glicosuria con una dieta de prueba Cn PGn, se comienza a aumentar el valor calórico de ella con proporciones PGn mayores, hasta que el enfermo tome 1 gramo o 1.50 de proteínas por kilo de peso o dos gramos si es un niño y que la dieta total represente 30 calorías por kilo de peso si se trata de un adulto, o el doble si es un niño.

Si el azúcar reaparece, se disminuye únicamente el valor en carbohidratos en dos factores de la tabla.

Si las condiciones del enfermo exigiesen que la dieta contuviese 3 gramos de grasa por un gramo de carbohidratos, las proteínas deben reducirse a 0,66 por kilo y entonces, con una proporción tal de proteínas las grasas pueden aumentarse a 4 o 5 veces la proporción de carbohidratos.

JOSLIN, afirma que este balanceamiento de carbohidratos y grasas, con la reducción de proteínas descritas no excede la relación ketógena-antiketógena y aleja, por consiguiente, todo peligro de acidosis.

Si por cualquiera circunstancia no se pudiera poner al enfermo aglicosúrico, después de ensayar las dietas de prueba y de mantenimiento, éste desease acortar el tiempo necesario para tal objeto o la presencia de algunas de las complicaciones de la diabetes o la necesidad de una intervención quirúrgica obligase un tratamiento rápido, debe emplearse la insulina.

Según BANTING, la insulinoterapia está indicada en todos aquellos pacientes cuya condición es demasiado delicada para esperar un resultado fructífero del tratamiento dietético y en todas las complicaciones de la diabetes, cualquiera que sea su severidad y cuando sea necesario una intervención quirúrgica.

LABBE opina también, que la mayoría de los diabéticos no necesita tratamiento insulínico y que éste debe emplearse en los casos graves, con desnutrición nitrogenada, en la acidosis y en el coma.

INSULINOTERAPIA DE LA DIABETES

La formación celular del páncreas conocida con el nombre de islote de LANGERHANS, fué descubierta por el profesor PAUL LANGERHANS de Berlín el año de 1869. Veinte años más tarde MERING y MINKOWSKY, demostraban que la extirpación del páncreas producía la diabetes.

En 1901 OPIE en Estados Unidos, SSOVBELOW en 1902 en Rusia y posteriormente MAC CALLUM en 1909 y KIRKBRIDE en 1912 (18), encontraban que los islotes de LANGERHANS eran los responsables de la diabetes y no el resto de la glándula.

18. — MAC CALLUM. *Text book of Pathology* 1922.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En 1921 el cirujano ortopédico F. G. BANTING y C. H. BEST, alumno del segundo año de Medicina, bajo la dirección del profesor J. J. R. MACLEOD y con la colaboración de los profesores HENDERSON, FITZGERALD, GRAHAM y DEFRIES descubrieron la insulina en el Laboratorio de Fisiología de la Universidad de Toronto.

El primer extracto de islotes de LANGERHANS obtenido por BANTING y BEST, fué preparado del páncreas de un perro, al que se le ligaron los conductos glandulares del órgano. El extracto de la glándula atrofiada, que contenía intactas las islas de LANGERHANS inyectada bajo la piel de un perro diabético, hacía desaparecer el azúcar de la orina y descender a lo normal el porcentaje de azúcar en la sangre.

BANTING, BEST y sus colaboradores utilizaron más tarde los fetos de ternera en los que los islotes son numerosos y el resto de la glándula inactiva, y finalmente trabajando con métodos mejorados y asesorados por el profesor COLLIP, obtuvieron un extracto purificado del cerdo, del buey, del toro y de la vaca, al que denominaron insulina.

Posteriormente se han encontrado sustancias de acción semejante a la insulina en el timo, tiroides, glandulas submaxilares, músculos y en ciertas plantas, pero desde los trabajos de BANTING y BEST, sólo se designa con el nombre de insulina el principio activo de la secreción interna de los islotes de LANGERHANS.

MACLEOD opina que debe mirarse con reservas las sustancias extraídas de las plantas, pues la hipoglicemia puede ser producida por ciertas sustancias químicas, por descenso de la presión sanguínea, por acción nociva sobre el hígado y por estímulo sobre el páncreas.

El dosaje de la insulina en unidades, se ha hecho tomando como unidad fisiológica, la cantidad de extracto que hace descender la glicemia de un conejo de 2000 gramos, que ha permanecido en ayuno 24 horas, a 0,0045 gr. por ciento durante un período de 5 horas, concentración en la que aparecen convulsiones y el coma. La unidad clínica representa la tercera parte de la unidad fisiológica.

Una unidad de insulina inyectada a un diabético, lo hace aumentar en uno o dos gramos la tolerancia para los carbohidratos.

Los autores están de acuerdo en que actualmente la insulina no puede ser suministrada con seguridad sino por vía parenteral. La vía gástrica hasta el presente, sólo ha dado resultados inconstante y discutibles.

La insulinoterapia debe estar en relación con el régimen alimenticio y la manera más segura de estimar la cantidad de insulina necesaria es la determinación de la tolerancia para los carbohidratos.

El descubrimiento de la insulina ha provocado la curiosidad de los investigadores, quienes han tratado de esclarecer el mecánismo de su acción, y ha dado un impulso particular al estudio del metabolismo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Según LABBE, THEODORESCO y KOGEN, la insulina baja todas las glicemias de orden experimental y las glicemias normales de todos los animales, inclusive los poikilotermos (19).

Según NITZESCU, CANDARIUS actúa sobre la proporción de lactosa de la secreción lactea.

Hay sustancias que obstaculizan la acción de la insulina y entre éstas se encuentran: los anestésicos, especialmente el éter, la atropina (MAURIAC y AUBERTIN), ciertas sales como el cloruro de potasio y las proteínas heterólogas (Selak).

Las experiencias de numerosas investigadores parecen demostrar la verdad de la hipótesis sugerida por MACLEOD, BANTING, DESGREZ, BIERRY y RATHERY, de que los accidentes que se presentan en la hipoglicemia insulínica no son debidos a la hipoglicemia pura. En efecto, se ha observado que la hipoglicemia no insulínica no se acompaña de las mismas manifestaciones a hipoglicemia igual.

VON NOORDEN e ISACC (20) sugieren que el cuadro hipoglicemico comprende dos órdenes de síntomas: los unos nerviosos de origen tóxico, debido a un ataque del parasimpático, y que sólo los síntomas tardíos son debidos a la hipoglicemia.

CANNON, MC ILVER y BLISS, (21) según el resultado de sus experiencias hacen intervenir el simpático y las suprarenales.

Además de su acción sobre los carbohidratos, la insulina actúa sobre el metabolismo de las grasas, devolviendo al hígado y al pulmón su poder lipolítico (NITZESCU, CANDARIU), y algunos como FONSECA, señalan la disminución de la lipemia como acción electiva. MACLEOD, ALLAU, SOKHEY, ALLEN, BLATHERVICK, BELL y HILL han señalado la disminución de la excreción de nitrógeno después de la inyección de insulina, demostrando así, la influencia de la insulina en el metabolismo nitrogenado (22).

Por último, ABDERHALDEN y WERTHEIMER, han señalado la influencia de la nutrición sobre los efectos de la insulina, constatando que ratas y pericotes nutridos con grasas y proteínas exclusivamente, soportan dosis tres veces mortales para los animales testigos nutridos con carbohidratos o con el régimen corriente.

Varios autores han constatado perturbaciones del metabolismo del agua, demostrando retención de agua en los tejidos, en el curso del tratamiento insulínico y Klein (23) ha visto disminuir la poliuria en la diabetes insípida.

La inyección de insulina hace bajar la temperatura sin alterar la producción de calor, perturbando así, el contról termoregulador del organismo, según las investigaciones de PEMBER, DIXON, KROGH, NOYONS, BOUCKAERT (24). Las inyecciones de glucosa restablecen la glicemia, pero no modifican la hipotermia.

---

19. — Nash, RINGER. «*Jour of Biological Chemistry*». June 1921.
20. — VON NOORDEN, ISAAC. «*Klinische Wochenschrift*» April 1924.
21. — CANNON, MAC ILVER. «*Amer. Jour. of Physiology*» June 1924.
22. — FONSECA. «*Deustche Medicinische Wochenschrift*» 21 May 1924.
23. — «*Zeitschrift fur Klinische Medizine*» June 25 1924.
24. — «*Soc. Biologie de París*» N°. 5 1924.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La insulina posee también acción antipirética y según ARNSTEIN, LICHT y FREUD (25) sobre las hipertermias infecciosas explicable, en opinión de estos autores, por el agotamiento de las reservas hidrocarbonadas, necesarias a la regulación del calor animal y cuya desaparición sería debida a la insulina.

La hipoglicemia insulínica presenta alteraciones cardiacas, consistentes en disminución de la energía de las contracciones, al mismo tiempo que aumenta la lentitud de ellas, según EDWARD y PAGE.

El mecanismo de esta acción es discutido y algunos como GARRELON y SANTENOISE, piensan en una inhibición por intermedio del vago, considerando la insulina como un potente vagotónico.

Durante el curso del tratamiento insulínico de la diabetes experimental, se han observado algunos casos de hemorragia interna, lo que ha conducido a los investigadores a estudiar la acción de la insulina sobre la coagulación de la sangre. El investigador belga LA BARRE, afirma que la insulina impura contiene colina, sustancia que retarda la coagulación de la sangre.

Se han registrado por EHRMANN y JACOBY, (26) casos de hemorragias pulmonares y cerebrales, en diabéticos tratados con altas dosis de insulina.

También se han citado accidentes cutáneos, consistentes en eritrodermias, abscesos asépticos, reacciones inflamatorias locales, atribuidos según unos a la anafilaxia y según JOSLIN al tricresol.

Es difícil formarse un concepto claro y preciso sobre el mecanismo de acción de la insulina, apesar de los innumerables trabajos de bioquímica, de patología experimental y de las observaciones de orden clínico, que se han hecho por gran número de investigadores.

Se ha pensado que bajo la acción de la insulina, el azúcar es almacenado en forma de glucógeno.

Las investigaciones que se han hecho para probar esta hipótesis han dado resultados contradictorios. Así MEYERBURG y otros investigadores han encontrado un aumento transitorio del glucógeno hepático, después de cada inyección. Por el contrario, Heyburn, LATCHFORD, MAC CORMICK y MC LEOD (27), no han encontrado el azúcar desaparecido de la sangre, ni en el hígado ni en los músculos.

Algunos autores rechazan la idea de una transformación del azúcar en glucógeno y otros como GEELMUYDEN, piensan que la insulina transforma el azúcar y el glucógeno en grasas, aserto cuya comprobación no ha dado resultados satisfactorios.

Se ha pensado que la insulina destruiría la glucosa acelerando las combustiones y produciendo una activación del metabolismo. Esta hipótesis ha conducido a los investigadores a numerosas experiencias in vitro, en el hombre y en los animales quienes han tratado de encontrar las huellas de la combustión de la glucosa en los cambios respiratorios y calóricos.

---

25. — «*Archiv fur experimental Pathologie und Pharmacologie*» *Jul.* 1924.
26. — ERHMANN, JACOBY «*Deustche Medicinische Wochenschrift*» 1º Febr. 1925.
27. — HEYBURN, LATCHFORT. «*Amer. Jour. of Physiology*» Aug. 1924.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Todos estos trabajos han dado resultados variables. Unos como KELLAWAY, HUGHES y LAROCHE han encontrado un aumento de los cambios gaseosos y respiratorios y otros como FEYERTAG, MATTON y HEYMER, concluyen que la insulina, no produce aumento del metabolismo.

Basándose en el hecho de que la insulina produce una disminución del fósforo sanguíneo inorgánico y urinario y aumenta el fósforo y el ácido láctico en los músculos, algunos investigadores sostienen que la insulina favorece la desintegración química de la glucosa, pero esta interpretación no ha sido satisfactoriamente comprobada y ha sido negada por otros autores.

FRANCK, NOTHMANNY, WAGRES (28), comparando in vivo la glicemia arterial y la glicemia venosa de ciertos órganos o de segmentos de miembros, después de la inyección de insulina, en el cônejo normal y LAWRENCE en los animales diabéticos, han observado una disminución de la glicemia venosa.

Los investigadores británicos BISSIGER y LESSER, inyectando simultáneamente glucosa e insulina en el peritoneo del pericote blanco, han encontrado que la glucosa desaparece con una rapidez tres veces mayor que en los testigos, a los que se les había inyectado sólo glucosa (29).

Por el contrario MAURIAC y AUBERTIN in vivo, en el perro despancreatizado y POPESCU, NITZESCU y INOTESTI, in vitro trabajando con tejidos de perros diabéticos, no han encontrado absolutamente aceleración de la glucolisis.

Los trabajos, pues, que se han llevado a cabo para investigar la aceleración de la glucolisis sanguínea, han dado resultados poco convincentes, según afirma RATHERY y KOURLISKY.

Las investigaciones realizadas por diversos autores para comprobar si la insulina actúa sobre la glucosa misma, haciéndola más apta para su destrucción han dado resultados negativos.

Como no se ha probado de una manera convincente que el azúcar desaparecido de la economía, después de la inyección de insulina, es destruido o puesto en reserva, algunos autores, como GEELMUYDEN, LAUFBERGER y OERTEL, han lanzado la teoría de que la insulina no acelera la desaparición del azúcar, que ésta desaparecería siguiendo el proceso metabólico normal y que entonces la glucosa ya no sería regenerada por un nuevo aporte de glucógeno, debido a una acción de bloqueo ejercida por la insulina a la formación endógena de glucosa, ya sea a expensas del glucógeno, de las proteínas o de las grasas.

Esta teoría parece tener su confirmación en una serie de trabajos experimentales realizados por CORI GOLTZ (30), CAMMIDGE y HOWARD, (31) que demuestran que efectivamente se produce una detención de la glucogenesis.

28. — FRANCK HORMAN. «*Klinische Wochenschrift*» April 1924.
29. — BESSINGER, LESSER. «*British Med. Journ*» 22 May 1924.
30. — CORI GOLTZ «*Journ of Pharm. and experim. Medic.*» Dibre. 1923.
31. — CAMMIDGE. «*Journ. Amer. Med. Assoc.*» 1°. Nobre. 1924

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Esta teoría en opinión de KOURLISKY y RATHERY, merece cada día más consideración.

BANTING, CAMPBELL y FLETNER, en sus primeros trabajos con la insulina, observaron que cuando la glicemia baja a 0.95% se producen una serie de manifestaciones consistentes en: sensación de fatiga, de hambre, temblor muscular, inquietud, fenómenos de rubor, palidez, sensación de calor, escalofríos, transpiración abundante y palpitaciones constituyendo todo esto el cuadro de un nuevo síndrome clínico «la hipoglicemia». Como semejante cuadro clínico, o al menos en parte, se observa en otras afecciones, los investigadores han tratado de comprobar si en ellas se encuentran también variaciones del tenor glicémico.

SEALE HARRIS (32), ha encontrado hipoglicemia en ciertos dispépticos que presentaban sensación penosa de hambre, astenia súbita y desfallecimiento. CARLSTON y BULATAO creen, que en estas manifestaciones se debe ver la influencia de la baja de la glicemia y algunos autores van hasta relacionar estas manifestaciones con una hiperiinsulinemia producida por una pancreatitis crónica concomitante. La mejoría producida inmediatamente después de la ingestión de azúcar, ha sido francamente sugestiva.

CAMMIDGE, (33) por otro lado ha encontrado glicemias inferiores a 0,70 en ciertos individuos asténicos y neurópatas, que presentaban en ayunas un estado de astenia y fatiga psíquica intensa, con debilitamiento completo de la energía. La semejanza que con el cuadro insulínico presentan los individuos que han hecho un esfuerzo físico considerable, ha inducido a BURGER y MARTENS, (34) a investigar la glucosa sanguínea de estos sujetos y con frecuencia han encontrado hipoglicemias. Idénticos resultados han dado las observaciones hechas por BURGER y DERICK, (35) en los corredores olímpicos americanos, y van hasta aconsejar la ingestión de azúcar durante la carrera.

Por último STEINBRICK, (36) han constatado hipoglicemias en los animales intoxicados por hongos y en los que la inyección endovenosa de glucosa, produjo gran mejoría y ROSS y JOSPH, han encontrado hipoglicemias en los vómitos incohercibles de los niños (37).

Los autores no se han puesto de acuerdo sobre la extensión que debe tener la insulinoterapia en el tratamiento de la diabetes. Así FITZ MURPHY (38), TODD, NEWBURGH, RATHETRY y LABBE, no emplean la insulina en los casos de diabetes simple, que toleran un régimen suficiente sin glicosuria. Por el contrario CHABANIER,

32. — SEALE HARRIS. «*Journ Amer. Med. Assoc.*» 6 Septbre. 1924.
33. — CAMMIDGE «*Lancet*» 20 Dibre. 1924.
34. — BURGER «*Klinische Wochenscrift*» 4 Octbre. 1924.
35. — BURGER. «*Journ Amer. Med. Assoc.*» 31 May 1924.
36. — «*Klinische Wochenschrift*» 7 Octbr. 1924.
37. — ROS. «*Journ. Amer. Med. Assoc.*» Dbre. 1924.
38. — FITZ MURPHY «*Journ. Amer. Med. Assoc.*» 9 Febr. 1924.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Lobo Onell, Lebert (39) Mahler y Redich, recomiendan la insulina aún en los casos simples y piensan que en éstos, las inyecciones repetidas, levantan progresivamente la tolerancia para los carbohidratos. Por lo demás, la principal indicación está en las complicaciones de la diabetes (coma acidósico, prurito genital, foruculosis, algias, lesiones retinianas, etc.) en los que ejerce la más feliz influencia.

No han dejado de registrarse casos de diabetes refractarios a la insulina, como los señalados por Polack, (40) diabetes con polineuritis y bocio, Charlston (41), diabetes sifilítica, Feinblatt (42) coma con acidosis extrema y acetonuria insignificante, Bash y Falta (43).

Fuera de la diabetes se ha extendido el empleo de la insulina a todas las acidosis: en los vómitos incohercibles (44), la acidosis pre y postoperatoria (45), en el tratamiento del bocio exoftálmico (46), Lawrence, Calvert y hasta en el reumatismo crónico deformante (48).

Joslin, suministra la insulina sometiendo al enfermo, al mismo tiempo a las dietas de prueba y de mantenimiento, anteriormente citadas.

El tratamiento comienza con dosis pequeñas de una, dos o tres unidades, antes de la primera comida y se va aumentando la dosis antes de cada comida, hasta que el paciente reciba cinco unidaees tres veces al día. Si estas dosis de insulina no fueran suficiente para poner aglicosúrico al enfermo, apesar de que éste sigue extrictamente el régimen, se aumenta la dosis de insulina. Joslin afirma que pocos son los enfermos que llegan a alcanzar una dosis de 10 unidades antes de cada comida.

Una vez que el enfermo recibe cinco o más unidades antes de cada comida, por dos o tres días y se ha obtenido la aglicosuria, se suprime la dosis que se administraba antes del almuerzo y el total de unidades, se divide en partes iguales para inyectarlas antes del desayuno y antes de la comida.

En seguida se disminuye la segunda dosis de insulina a razón de una unidad por día, o más rápidamente si el caso lo permite. Si el enfermo continúa aglicosúrico, se disminuye hasta suprimir la dosis restante de insulina.

---

39. — «*Presse Medicale*» 10 May 1924.
40. — «*Wiener Klinische Wochenschrift*» 17 Febr. 1924.
41. — Charlston. «*Endocrinology*» March. 1924.
42. — Feinblat. «*Archives of internal medicine*» Octbre. 1924.
43. — Falta. «*Klinische Wochenschrift*» 7 Octbre. 1924.
44. — Thalheimer. «*Surgery Gynecology and Obstetrics*» August. 1924.
45. — Fisher. «*Journ. Amer. Med. Assoc.*» 1°. Mar. 1924.
46. — Goffin. «*Soc. des Hopitaux*» Bruxelles June 1924.
47. — Calvert. «*British Med. Journ.*» 25 Octbre. 1924.
48. — Franckel. «*Soc. de Therapeutique*» París 1°. Dibre. 1924.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

DOSIS DE INSULINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Días	*Mañana*	*Medio día*	*Noche*
1	1	2	3
2	4	5	5
3	5	5	5
4	5	5	5
6	5	5	5
6	8	0	7
7	8	0	6
8	8	0	5
9	8	0	4
10	8	0	3
11	8	0	2
12	8	0	1

Si la glicosuria aparece a medida que se sube la dieta de mantenimiento, para hacerla desaparecer es suficiente bajar dos días en carbohidratos y aumenta las proteínas y las grasas.

La dieta no debe dividirse en tres partes iguales entre las tres comidas, porque se ha observado que los enfermos toleran los carbohidratos en el almuerzo y la comida, mejor que en el desayuno.

La orina de las 24 horas es recogida en cuatro frascos que contienen respectivamente: la orina de la mañana, del medio día, de la tarde y de la noche. Si la orina de los cuatro frascos contiene glucosa la conclusión es evidente: o la dosis de insulina que recibe el enfermo es muy pequeña o la dieta tiene un valor calórico superior en carbohidratos a la tolerancia del enfermo. Si la glicosuria persiste no obstante que el diabético no recibe suficientes calorías por kilo de peso, se aumenta la dosis de insulina, se disminuyen los carbohidratos y las proteínas y se aumentan las grasas.

Si la glicosuria sólo se presenta en la orina de la mañana, después del desayuno, puede suceder que el total de carbohidratos no esté dividido de una manera apropiada entre las tres comidas o que el enfermo reciba poca insulina antes del desayuno.

Si se encontrase que la proporción de carbohidratos fuese menor que las tres comidas, antes de aumentar la insulina debe aconsejarse al enfermo un pequeño ejercicio después del desayuno, que en muchos casos es suficiente para hacer desaparecer la glicosuria. Idéntico procedimiento se sigue si la glicosuria se presenta sólo después del almuerzo.

Cuando el azúcar sólo se presenta en la orina de la noche, antes de efectuar alguna alteración en el tratamiento, debe investigarse si los intervalos entre las comidas son muy cortos, dando lugar a que el enfermo permanezca sin insulina durante un intervalo demasiado largo, entre la última comida y el desayuno. Una modificación horaria de la alimentación, es suficiente, en muchos casos, para que desaparezca la glicosuria.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En los sujetos en los que se presentan algunas complicaciones de la diabetes, puede administrarse la insulina cuatro veces al día o con mucho más frecuencia en los casos de acidosis.

JOSLIN afirma que el procedimiento indicado, es suficiente para llevar a la aglicosuria a la inmensa mayoría de los diabéticos y es de una simplicidad tal, que puede ser encomendado al enfermo sin el auxilio del médico.

Siguiendo estas ideas hemos tratado varios enfermos con resultados satisfactorios.

Quiste hidatídico del pulmón

POR EL DR. CARLOS VILLARAN
Profesor de la Facultad de Medicina de Lima.

A. Z. casada, de 30 años de edad, se dedica a los quehaceres de su casa. He averiguado cuidadosamente las ocupaciones que ha tenido antes y los lugares en que ha vivido sin encontrar circunstancias que puedan servir para explicar la aparición del mal que vamos a describir. No hay entre los antecedentes hereditarios y de familia nada que merezca especial mención. Su pasado patológico se reduce a viruela, paludismo, algunos catarros bronquiales y nada más.

La afección actual tiene en cambio una historia accidentada y compleja. Refiere la enferma que el 5 de junio de 1923 fué atacada de un calofrío violento seguido de fiebre y sudores; estos síntomas se repitieron por tres días consecutivos. El 28 del mismo mes tuvo un aborto de 6 meses por cuyo motivo ingresó a la Maternidad; durante los 8 días que permaneció en ese servicio estuvo con fiebre alta que remitía un poco en las mañanas; además se le preentó una tos intensa con expectoración muco-purulenta. Vuelta a su casa estos síntomas se acentuaron más todavía; el médico que la vió entonces refiere, que estaba disnéica, que tenía una tos exigente y un fuerte dolor al costado derecho; la fiebre y los sudores persistían; en la exploración encontró un poco de condensación en la parte media del pulmón derecho. En estas condiciones ingresó de nuevo al Hospital, y previa estadía de cuatro días en una sala de Medicina fué enviada al servicio de infecto-contagiosas por creerse que se trataba de una infección puerperal.

Por espacio de 15 días estuvo esta enferma con fiebre elevada, tos y expectoración abundante. Un hemo-cultivo dió resultado negativo. El exámen de la sangre reveló 14.100 leucocitos. Al 16° día se presentó una vómica purulenta. A los síntomas señalados se agregaba la constatación de una extensa zona de matitez en la parte anterior y lateral del tórax derecho, acompañada de intenso dolor. En estas condiciones se hizo un examen radioscópico del cual

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

resultó la existencia de una voluminosa tumuración que ocupaba gran parte del pulmón derecho y que rechazaba hacia la izquierda los órganos mediastínicos. Sin formularse un diagnóstico preciso, se creyó, sin embargo, que se trataba de un proceso de orden quirúrgico, por cuya razón la enferma fué enviada a un servicio de cirugía. En la papeleta de *pase* se indicaba las posibilidades siguientes: pleuresía enquistada, empiema, hepatitis, absceso supra-frénico; predominando la idea de un absceso pulmonar.

Con el propósito de conseguir un diagnóstico más preciso y una localización exacta, la enferma fué enviada de nuevo a una sala de Medicina. Fué entonces que el Dr. MONGE y sus asistentes completando las investigaciones anteriores establecicron de una manera formal el verdadero diagnóstico. Una punción practicada sobre la línea axilar media y en una zona en que la percusión daba sonido mate dejó salir un líquido completamente claro y cristalino que examinado al microscopio mostró abundantes ganchos de equinococo. Casi al mismo tiempo la enferma que hasta entonces había continuado con una expectoración purulenta y a veces hemoptoica, tuvo una nueva vómica; arrojó un líquido turbio y con desechos de membranas mal organizadas. El diagnóstico de *quiste hidático del pulmón* estaba hecho. Un segundo examen radioscópico fué practicado confirmándose el resultado obtenido anteriormente. Se resolvió entonces que la enferma fuera sometida a una intervención quirúrgica que nos fué confiada a nuestra solicitud.

No hemos tenido en este caso el trabajo de formular un diagnóstico pues estaba hecho cuando la enferma llegó a nuestra sala; sólo nos ha correspondido fijar de un modo muy atento la localización de la lesión, y analizando los diversos fenómenos que se han producido durante el proceso evolutivo establecer la verdadera condición del quiste. Ambas investigaciones han tenido en mira no sólo completar el diagnóstico sino además y principalmente guíar nuestra intervención quirúrgica.

Al examen de la enferma su rostro estaba un tanto demacrado y pálido, pero no revelaba gran sufrimiento, ni tenía fiebre; su respiración era tranquila, no acusaba dolor expontáneo, la expectoración era poco abundante. En el estado general se había operado un cambio notable, del que se podría formar concepto comparando su situación en el momento del examen con la que nos refiere la historia clínica en un período anterior próximo.

El exámen del tórax revestía en este caso un interés de primer orden y lo hemos practicado muy cuidadosamente. La forma del tórax no ha cambiado de manera apreciable, pero la inspección descubre que los latidos cardíacos están lateralizados más hacia la izquierda de lo que es normal; el tacto y la auscultación lo comprueban.

Examinando el pulmón derecho por su región dorsal no se han encontrado signos de afección alguna; todas las exploraciones han mostrado un funcionamiento igual al del lado izquierdo; la percusión daba idéntico sonido en ambos lados; las vibraciones producidas por las palabras se trasmitían con igual intensidad; a la auscultación se oía perfectamente el murmullo vesicular con sus caracte-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

res ordinarios; sólo se apreciaba como anormal algunos estertores diseminados.

Cuando examinamos el pulmón derecho por su cara anterior y lateral las cosas se presentaron completamente distintas. Sobre la cara lateral a partir del cuarto espacio, la percusión daba un sonido mate que se delimitaba netamente del ruido claro normal que se producía por encima; esa matitez se continuaba hacia abajo y se confundía con la matitez hepática. Hacia adelante la zona mate interesaba gran parte de la cara anterior del pulmón; por arriba comenzaba a la misma altura que sobre la cara lateral; hacia adentro alcanzaba el borde esternal y hacia abajo se confundía con el sonido del hígado. En una palabra, había una gran zona de las caras lateral y anterior del pulmón derecho que daban un sonido mate a la percusión; los límites de esta zona se marcaban muy precisamente hacia arriba (cuarto espacio) y hácia atrás (línea axilar media), no podían señalarse en cambio hacia adentro (región retro-esternal), ni hacia abajo (región hepática).

En toda la zona mate había desaparición de las vibraciones toráxicas, ausencia absoluta del murmullo vesicular y de todo ruido —soplo, frotes, egofonía, pectoriloquia— Los cambios de posición de la enfermo no modificaban en nada la situación de los fenómenos observados.

La radiografía ha ayudado en el diagnóstico de localización, confirmando algunos de los límites que hemos señalado, pero no habría sido suficiente para guíar nuestro tratamiento pues sólo nos presenta la imagen de la lesión en un solo sentido — antero-posterior — lo que no es bastante; con todo, es instructiva, hacer ver el límite superior del proceso bajo el aspecto de una línea curva neta como corresponde a los quistes; enseña además que la lesión es muy intensa pero no interesa el fondo de saco costo-diafragmático; lo que dice también en el sentido de un proceso intra-pulmonar.

El examen físico, la radiografía y la punción han localizado el mal y se sabe ahora cuál es el sitio en que se debe operar, pero hay otro problema por resolver; necesitamos explicar como es que simultáneamente se han producido dos fenómenos que parecen contradictorios; la punción hecha hace pocos días dió un líquido claro y cristalino con ganchos de equinococo y al mismo tiempo esta enferma presentó una segunda vómica purulenta con grandes trozos de membranas alteradas.

Si sólo hubiéramos observado una expectoración purulenta o esputos hemoptoicos habríamos podido pensar que un proceso reaccional inflamatorio se había desarrollado en torno del quiste sin que éste se hubiera infectado todavía, pero tratándose de vómicas abundantes y sobre todo de membranas, es necesario admitir que no se ha tratado de un quiste único sino múltiple; por lo menos doble, uno de los cuales infectándose ha producido el grave y largo proceso cuya historia complicada hemos referido. Como ocurre casi siempre, una vez infectado el quiste se ha abierto en los bronquios produciéndose las vómicas purulentas y la eliminación de la membrana propia del quiste profundamente alterada y a pedazos. Evacuado este foco de supuración intra-pulmonar han desaparecido gradualmente los fenómenos generales que traducían el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

proceso infeccioso y también han disminuído notablemente los síntomas locales.

La operación practicada ha consistido en lo siguiente: la enferma ligeramente inclinada sobre el lado izquierdo y semi-sentada, se apoyaba sobre almohadas blandas a fin de evitar la comprensión del pulmón sano cuyo buen funcionamiento era indispensable durante el curso de la intervención. Con anestésico local infiltramos una extensa zona correspondiente a la quinta y sexta costillas, desde la línea axilar media hasta muy cerca del esternón; resecamos en seguida dichas costillas en una longitud de 12 a 14 centímetros. Antes de abrir la pleura punzamos en el sitio en que la palpación nos daba una sensación de mayor resistencia, esto es, en la parte baja de la brecha operatoria; a poca profundidad apareció un líquido acuoso apenas enturbiado; inyectamos entonces por la misma aguja algunos gramos de una solución de formol al 1 × 100 y dejamos actuar esta solución por espacio de 5 minutos. Introdujimos en seguida un bisturí en el mismo sitio en que había sido hecha la punción y abrimos en un tiempo la cavidad toráxica y la del quiste; inmediatamente entramos el dedo índice en la brecha y juntamos con su ayuda, las dos heridas — la de la pleura y la del quiste que no estaban soldadas — para favorecer la evacuación directa al exterior. Al mismo tiempo que el contenido muy abundante del quiste, comenzó a salir su membrana propia; delicadamente la extrajimos aprovechéndonos de los movimientos respiratorios que en los momentos de violenta expiración tendían a expulsarla. La membrana salió completa y en una sola pieza.

Desde que se abrió el tórax y comenzó a evacuarse el quiste se presentaron en la enferma muy serios trastornos de respiración y de circulación; es un cuadro alarmante que impresiona fuertemente al que lo ve por primera vez; la enferma se esforzaba para respirar pues sentía asfixiarse; no podía hablar, hacía señas para que le dieran aire; su rostro estaba violáceo y revelaba una terrible angustia; creía morirse y pedía auxilio; el pulso se puso irregular y pequeño; el corazón latía desordenadamente. Todos estos fenómenos son debidos al pneumotórax que produce un desequilibrio violento en la mecánica respiratoria y circulatoria. Con el propósito de dominar el accidente, interrumpíamos por momentos la penetración del aire obturando la herida, y procurábamos mantener aplicado el pulmón (con ayuda del dedo introducido en la cavidad del quiste) contra la pared toráxica. Se administró además un poco de oxígeno y se pusieron algunas inyecciones estimulantes. Sin perder tiempo en exploraciones inútiles introdujimos hasta el fondo del quiste tres grandes compresas, que, al mismo tiempo que hacían un taponamiento suave, establecían el drenaje y obturaban la herida operatoria. Poco a poco los fenómenos graves que habíamos presenciando se fueron disipando, colocamos a la enferma en su cama, semi-sentada, y con la ayuda del oxígeno y los estimulantes las cosas entraron en orden.

El quiste que hemos encontrado ha sido muy grande, por las dimensiones de la bolsa; al abrirlo vimos salir una abundante cantidad de líquido claro, pero no completamente cristalino, lo que hace

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

suponer que ya comenzaba a alterarse por el proceso vecino. El aspecto de la membrana extraída es característico; blanca, brillante, aterciopelada, algo gruesa, pero friable, se rompe con la mayor facilidad.

Esta membrana se compone de dos capas la capa externa e amorfa, estratificada, y la interna es la fértil, la generadora de las vesículas prolígeras que encierran los escolex.

Quiero recordar algunos puntos de la patología general del quiste hidático y tratar, aún cuando sea suscintamente de otros, que se refieren de modo especial a esta enfermedad cuando se desarrolla en el pulmón.

En primer lugar diré, que es una afección relativamente rara entre nosotros, en cambio es muy frecuente en países como la Argentina, el Uruguay y otros que se dedican en grande escala a la crianza de ganado, al punto de constituir un mal tan serio que obliga a los Poderes públicos a tomar providencias especiales. Refiriéndome especialmente al quiste hidático del pulmón puedo citarles un trabajo del Dr. CORVETTO publicado en enero del año 1922. Hasta esa época no había podido reunir sino doce observaciones, entre propias y ajenas; esto les da idea del poco desarrollo de la equinococia entre nosotros, pues la localización pulmonar es señalada como la segunda por su frecuencia. El hígado es el órgano que más a menudo se afecta, pero es necesario saber que el quiste hidático puede encontrarse en casi todos los órganos y tejidos; cerebro, médula, bazo, riñones, músculos, huesos, etc. Yo he tenido ocasión de operar, antes de ahora, un quiste hidático de la órbita y otro de la región parotídea. La frecuencia de la localización hepática se explica, recordando la evolución del parásito y la manera como invade y se desarrolla en el organismo.

La tenia equinococo es un cestodo muy pequeño — 5 a 6 milímetros de longitud por ½ milímetro de ancho — su cabeza se distingue por tener cuatro ventosas y una doble corona de ganchos; su cuerpo consta de tres anillos, el posterior tan grande como todo el resto del animal. La tenia equinococo es huésped frecuente en el intestino del perro, circunstancia que hace peligrosa la convivencia con este animal, sobre todo cuando se trata de perros que están en contacto con el ganado, o en establecimientos destinados a su beneficio: mataderos, carnicerías, etc. etc.

El contagio se opera del modo siguiente: el anillo posterior de la tenia encierra un inmenso número de huevos; cuando este anillo ha llegado a su mayor crecimiento se desprende y se rompe, los huevos son arrojados al exterior junto con las deyecciones del animal. Cada huevo encierra un embrión; embrión hexacanto, así llamado por estar provisto de seis ganchos. Son estos huevos con sus respectivos embriones los que contaminando las sustancias alimenticias y también el agua pueden llegar a ser ingeridos por el hombre o por los animales. Llegados al intestino los embriones ya libres, atraviesan la mucosa a favor de sus ganchos y penetran en las pequeñas

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

venas, son entonces acarreados por la circulación porta que los lleva al hígado. En el parénquima hepático el embrión hexacanto se fija y se transforma en la vesícula hidática. Si en vez de implantarse en el hígado el embrión logra avanzar en la gran circulación puede ser trasportado a un punto cualquiera de la economía; se comprende, sin embargo, que sea el pulmón el órgano preferido por ser el primero que atraviesa la sangre después de su salida del corazón derecho.

La vesícula hidática resulta de la trasformación directa del embrión; se compone de una membrana y de un contenido líquido cristalino «agua de roca». Al principio el quiste es estéril, más tarde la membrana genera por su hoja interna o fértil una serie de vesículas secundarias llamadas "cápsulas prolígeras" cada una de las cuales encierra de ordinario varios "scolex"; el scolex no es otra cosa que una cabeza de tenia con sus ganchos y ventosas. Cuando las vísceras de un animal que ha muerto así infectado son comidas por los perros, estos ingieren los scolex y en seguida se desarrollan para formar nuevas tenias. El ciclo evolutivo está completo, y se opera a través de dos huéspedes, uno de los cuales puede ser el hombre.

No siempre el quiste hidático se genera siguiendo el largo proceso que acabamos de referir; la experimentación y la clínica han demostrado la posibilidad de un proceso abreviado; un quiste hidático que se rompe o que es abierto quirúrgicamente sin las debidas precauciones, puede dejar escapar junto con su líquido los otros elementos que encierra; las cápsulas prolígeras, los scolex, etc. y estos injertándose en otros tejidos, peritoneo, pleura, o en otros órganos generan nuevos quistes semejantes a los que les han dado origen. El conocimiento de esta manera de evolución tiene una importancia práctica enorme; es indispensable esterilizar los quistes antes de abrirlos o emplear maniobras que impidan todo derrame inconveniente del contenido infectante. No hace mucho tiempo ví a un distinguido cirujano de Roma operar a un enfermo que presentaba tumores múltiples del vientre; la laparotomía demostró la existencia de tal cantidad de quistes hidáticos implantados en los órganos y paredes que su extirpación completa resultó imposible. La patogenia que acabamos de indicar explica estos casos de equinococia secundaria y múltiple. En la operación formolé la cavidad del quiste antes de abrirlo; esta manera de esterilización es la generalmente adoptada y debe emplearse aún en los casos de supuración del quiste pues en estas circunstancias pueden existir todavía scolex vivos.

Hay algunos puntos en la Anatomía patológica del quiste hidático que debemos tratar; no siempre el quiste es *simple* y de cavidad única, en ocasiones la cavidad principal presenta divertículos y encierra otras vesículas de diferentes tamaños en todo semejantes por su forma y estructura al quiste principal; estas son las "vesículas hijas" que a su vez pueden contener otras más pequeñas, "vesículas nietas"; esta forma *compleja* es sin embargo, menos frecuente. Los quistes hidáticos no siempre se presentan únicos en una víscera; a veces hay dos o más y ya he dicho como en el caso particular que nos ocupa el pulmón encerraba por los menos dos quistes.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El volumen de los quistes es muy variable pudiendo adquirir dimensiones considerables; los hay que llenan la cavidad abdominal distendiendo sus paredes. El líquido quístico encierra pocas sustancias químicas; la más abundante es el cloruro de sodio en la proporción de 5 a 7 gramos por litro, contiene trazas de azúcar y por lo general no tiene albúmina; encierra en cambio una regular cantidad de toxinas hidatídicas que son muy peligrosas. En los casos de rupturas del quiste o de derrames interiores por punciones o incisiones quirúrgicas, las toxinas pueden ser absorvidas y dar lugar a accidentes graves, en ocasiones rápidamente mortales. No es corriente sin embargo que los accidentes sean tan serios y con frecuencia sólo se traducen por síntomas ligeros de los cuales el principal es la urticaria.

El quiste hidático al desarrollarse determina un proceso reaccional en torno suyo; si la implantación se ha hecho en una víscera, en el hígado por ejemplo, se produce al rededor de la membrana propia del quiste un espesamiento del parénquima hepático que se vuelve además fibroso. Esta especie de cápsula no es en realidad una producción quística que pueda aislarse, sino un tejido perteneciente al órgano en que el quiste se ha implantado. La consecuencia práctica de este conocimiento es muy interesante; se puede separar con facilidad la membrana propia de la cápsula fibrosa, pero no se puede aíslar esta del resto del parénquima porque no hay discontinuidad entre ambos tejidos. Para poder extraer un quiste hidático con la formación fibrosa que lo circunscribe, es necesario que se halle implantado en un órgano o tejido que se pueda extirpar o resecar; por ej., un quiste implantado en el epíplon mayor. Los que se implantan en el hígado o en el pulmón casi nunca son extirpables en la forma que comentamos, pues las resecciones de estos órganos solo pueden hacerse muy limitadas y son casi siempre peligrosas.

Los síntomas de los quistes hidáticos dependen en su mayor parte del órgano en que están implantados; su sintomatología propia es muy escasa, apenas si podemos señalar algunos fenómenos ligados a la absorción de las toxinas como es la urticaria; la modificación de la fórmula sanguínea por aumento de los eosinófilos; el signo particular que da la palpación del quiste en algunos casos y que se llama *estremecimiento hidatídico*. Pero estos síntomas aparte de que pueden faltar están lejos de tener un valor diagnóstico suficiente. El principal cuadro sintomático es el producido por las alteraciones anatómicas y fisiológicas del órgano en que asienta el quiste, un quiste todavía pequeño en el cerebro o en el canal raquídeo podrá producir fenómenos graves y mortales, en cambio, un quiste hidático del hígado puede mantenerse en estado latente apesar de haber adquirido un volumen considerable. Voy a limitarme a describir suscintamente la sintomatología y la marcha del quiste hidático del pulmón.

Es corriente que el parénquima pulmonar tolere sin inconveniente alguno y por un tiempo más o menos largo al quiste hidático que se desarrolla en su interior; los trastornos mecánicos por aumento de volumen son generalmente poco marcados e insuficientes para llamar la atención — salvo el caso de que hayan adquirido muy grandes dimensiones — el enfermo mismo no les atribuye

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

gran importancia; tal ha ocurrido con la operada; durante mucho tiempo llevó su quiste hidático sin sentir molestia alguna.

Las primeras manifestaciones se deben de ordinario a los procesos congestivos del parénquima pulmonar en torno del quiste; hay entonces dolor, tos, expectoración hemoptóica; fenómenos que acompañándose de ligeras reacciones febriles simulan la tuberculosis pulmonar. El exámen físico da signos que varían con el volumen de la lesión y su profundidad, pero no bastan para caracterizar el proceso; es corriente que se insista entonces en el análisis del esputo buscando el bacilo de Koch sin encontrarlo. Cuando el quiste es muy grande y se ha aproximado a la superficie puede presentar algunos de los principales signos de la pleuresía con derrame, matitez, ausencia de vibraciones toráxicas, desaparición del murmullo vesicular, etc.; una punción exploradora extrae un líquido cristalino «agua de roca», en el cual se encuentra al examen microscópico los ganchos del equinococo. Se establece de este modo un diagnóstico en el que muchas veces no se había pensado hasta ese momento. Cuando la punción es negativa o no se practica considerando sus inconvenientes, el diagnóstico se mantiene incierto.

La infección es un fenómeno corriente en el quiste hidático pulmonar; modifica unas veces la sintomatología anterior agravándola, y en otros casos hace manifestarse un proceso que hasta ese momento había permanecido latente. Aparece entonces el cuadro de un proceso supurativo pulmonar, con sus síntomas locales y generales; el dolor se hace intenso, hay disnea, tos frecuente, la expectoración se hace muco-purulenta además de hemotóica, aparece fiebre con calofríos y sudores; esta fiebre remite en las mañanas y se exacerba en las tardes; el examen de la sangre dá los signos de la supuración; leucocitosis con polinucleosis. A la auscultación se perciben numerosos estertores mucossos en torno de una zona mate y oscura. El diagnóstico es todavía imposible de estableecer por el sólo examen clínico.

Casi sin excepción el quiste supurado se abre en los bronquios y aparece la vómica; los caracteres de ésta son muy variados según sea la condición en que se encuentra el quiste; unas veces se trata de un líquido turbio en el cual pueden reconocerse todavía los ganchos del equinococo, las pequeñas vesículas o los trozos de membranas alteradas; otras veces es un pus fétido en el cual no pueden distinguirse los elementos de un quiste. Estas vómicas se repiten y acompañan de hemoptísis más o menos importantes. Después de las vómicas queda una expectoración purulenta bastante abundante y prolongada. El quiste se ha convertido en una caverna que comunica con el exterior y según sean las facilidades mayores o menores para la evacuación de su contenido, será también la duración del proceso infeccioso. Es frecuente que los fenómenos generales se atenúen después que el quiste se ha abierto y evacuado, hasta es posible que se obtenga la curación, pero de ordinario la supuración se mantiene por largo tiempo y una septicemia crónica o una infección tuberculosa sobreagregada concluyen con el enfermo.

Hemos visto como los signos clínicos no bastan para establecer el diagnóstico del quiste hidático pulmonar; cuando más, pueden

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

hacer sospechar su existencia pero no permiten asegurarla. La punción exploradora resuelve el problema en algunas ocasiones, pero constituye un procedimiento peligroso al cual no debe apelarse. La eliminación por los bronquios del contenido quístico no deja lugar a dudas respecto a la naturaleza del mal, pero no es posible esperar que este fenómeno se produzca para formular un diagnóstico que nos conviene hacer precozmente; el éxito del tratamiento es en este último caso mucho más seguro. El examen de la sangre revelando una eosinofilia marcada habla en favor de un diagnóstico de quiste hidático; no tiene sin embargo un gran valor, puede faltar en algunos casos positivos y en cambio se observa en sujetos que tienen parásitos intestinales y en otras enfermedades. La fijación del complemento según el método de Bordet, utilizada por WEIMBERG para el diagnóstico del quiste hidático es muy útil pero no completamente segura. Esta reacción y el estudio de la eosinofilia constituyen hasta ahora, las dos únicas pruebas de laboratorio que se utilizan entre nosotros; hay otras como la intra-dermoreacción y la reacción de HECHT-RUBEINSTEIN — modificación de la técnica de WEIMBERG — cuya importancia han puesto de manifiesto los trabajos y estadísticas presentadas últimamente por los médicos argentinos.

El medio diagnóstico más eficaz es hasta ahora, la radiografía: el quiste hidático se ve en la pantalla o en la placa con caracteres muy particulares que lo distinguen de todos los otros procesos pulmonares; la sombra que produce contrasta con la claridad del campo dentro del cual se encuentra, su forma es redondeada, su superficie perfectamente regular y la línea curva que lo limita muy neta; las diversas posiciones en que se coloca al enfermo no modifican la situación ni la forma de la tumuración. Solo ciertos sarcomas se presentan al examen radioscópico con caracteres semejantes a los del quiste hidático; los síntomas clínicos, la evolución, las investigaciones de laboratorio necesitan ser utilizadas en estos casos para establecer el diagnóstico diferencial.

Están abandonados como procedimientos terapéuticos los que se limitan a puncionar el quiste e inyectarlo con sustancias antisépticas; exponen a diversos accidentes, y las estadísticas demuestran que estas prácticas que parecen justificarse por su sencillez tienen una gran mortalidad. Hay sin embargo, en estudio, el procedimiento de la evacuación total por fuerte aspiración de ENRIQUE FINOCHIETTO que parece tener un cierto número de indicaciones.

El método quirúrgico que hoy se emplea consiste esencialmente en incindir el quiste después de esterilizarlo; vaciar su contenido y hacer en seguida la ablación de la membrana propia. Hay diversas maneras de proceder; he practicado la operación en un solo tiempo; sin temer al pneumo-tórax hemos incindido francamente la pleura y el quiste, y después de evacuarlo completamente y extraer la membrana propia hemos taponado y drenado con gasas. El resultado ha sido excelente. Cuando el quiste no está infectado es posible, después que se ha vaciado totalmente—incluso la membrana germinativa — suturar su herida y reducir el órgano en que estaba implantado sin drenar la cavidad dejada por el quiste. Esta

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Bibliotecas
Lima-Perú

La menstruación se regula por las secreciones internas y sus desórdenes exigen terapéutica de secreción interna.

AMENORREA

DISMENORREA

MENORRAGIA

son por regía general debidas a disturbios de las secreciones internas que regulan la menstruación, y responden bien al tratamiento de substancias glandulares interesadas en el proceso menstrual — tiroides — adrenal — pituitaria — y gonados — es una combinación científica que está contenida en



HORMOTONE

DOSIS: *1 a 3 tabletas tres veces al día.*

G. W. CARNRICK Co.

417–421
Canal Street

NUEVA YORK

N. Y.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



OPOTERAPIA HEMÁTICA

el JARABE y el VINO

DESCHIENS

la Hemoglobina pura

Admitidos en los Hospitales de París

Proporcionarán á los Médicos resultados que agradecerán sus enfermos

DOSIS :

Jarabe : Una cucharada de las de sopa en cada comida.

Vino : Un vaso de madera en cada comida.

SUSTITUYE LA CARNE CRUDA Y EL HIERRO

Laboratorios Deschiens, 9, rue Paul-Baudry, Paris.

SOLUCION PAUTAUBERGE

al CLORHIDRO-FOSFATO de CAL CREOSOTADO

Mu, bien tolerada, esta Solucion permite sola la larga duracion del tratamiento y es completamente absorbida, condiciones necesarias para obtener resultados duraderos. Efectos buenos y rápidos sobre las vías digestivas, el estado general y las lesiones locales en las **TUBERCULOSIS** las **AFECCIONES BRONQUIO-PULMONARES** las **ESCRÓFULAS.** el **RAQUITISMO.**

L. PAUTAUBERGE, *PARIS*

Y PRINCIPALES FARMACIAS DE ESPAÑA Y AMÉRICA.

CÁPSULAS PAUTAUBERGE

(Creosota, Fosfato de Cal, Iodoformo).

PODEROSO ANTIBACILAR

Tomado sin dificultad y bien tolerado.

Granulos de Catillon

0,001 EXTRACTO NORMAL de **STROPHANTUS** 0,001 EXTRACTO NORMAL

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, Paris 1889. Prueban que 2 ó 4 producen **pronta diuresis,** *reaniman el* **corazon debilitado,** *disipan* **ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA,** *Lesiones* **MITRALES,**

Cardiopatias de los NIÑOS y ANCIANOS, **etc.**

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia.

GRANULOS DE CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CRISTAL **TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA**

NO DIURÉTICO. — TOLERANCIA INDEFINIDA

Muchos Strophantus son inertes, las tinturas son infieles ; exigir la firma **CATILLON,**

Premio de la Academia de Medicina de Paris, por "Strophantus y Strophantine".

Medalla de Oro, 1900, Paris, 8, Boul^d Saint-Martin.

Universidad del Perú. Decana de América

manera de proceder dá, en ocasiones, brillantes resultados, pero expone también a algunos accidentes, principalmente a la infección, de allí que sea prudente y esté aconsejado el suturar la brecha quística a la herida operatoria parietal a fin de poder abordar fácilmente la cavidad del quiste en el caso de que se produzcan derrames o supuraciones en su interior. Este procedimiento de reducción inmediata sin derenaje es inconveniente en los quistes pulmonares.

La operación en dos tiempos tiene, por el contrario, su principal indicación en los quistes hidáticos del pulmón, los cirujanos uruguayos la preconizan mucho. El primer tiempo de la operación consiste en provocar adherencias entre el quiste y la pleura parietal mediante la aplicación de algunos tópicos irritantes; doce o trece días más tarde se hace la abertura del quiste pasando a través de la zona de adherencias, lo que evita el pneumo-tórax y todo peligro de contaminación de la cavidad pleural.

Las ablaciones totales de los quistes junto con su cápsula fibrosa son impracticables tratándose de los quistes pulmonares.

La enferma que motivó esta lección salió curada a las 8 semanas próximamente. En su tratamiento sólo empleamos curas asépticas que se renovaban cada 48 horas; la cavidad fué disminuyendo gradualmente. Al principio hubo expectoración purulenta y pequeñas hemoptísis, que desaparecieron poco a poco. El pulmón conservó una funcionalidad bastante importante.

Hemos visto a esta enferma 6 meses después con ocasión de una grippe que le produjo algunos trastornos pulmonares, pero que desaparecieron rápidamente. Había ganado más de veinte kilos de peso.

Notas Terapéuticas

TRATAMIENTO DE LAS FORMAS PROLONGADAS Y DE LAS SECUELAS DE LA ENCEFALITIS EPIDEMICA.—Se han intentado múltiples terapéuticas contra las formas prolongadas y las secuelas de la encefalitis epidémica, y ningún medicamento obra mejor contra la hipertonia, contra los síntomas parkinsonnianos, como el arsénico y sobre todo el arsénico orgánico, ya se utilicen los cacodilatos, o ya que se dé preferencia al arsylene.

El *arsylene* se presenta en tres formas: los gránulos dosificados a un centígramo de ácido alilarsínico, los cuales se administran por vía bucal y permiten instituir el método progresivo de Fowler; las ampollas de 2cc. en solución glucosada, dosificadas a cinco centígramos, las que se utilizan para los tratamientos de mantenimiento y en los casos en que se quiera obtener solamente una toniestimulación del organismo, y, por fin, las ampollas de 5cc. en solución glucosada,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

dosificadas a veinte centígramos, que se emplean para los tratamientos intensivos; estas ampollas se pueden inyectar en pleno músculo por ser absolutamente indoloras. Sacaze (*Bulletin-Medical.*—París 1927) aconseja no vacilar en emplear dosis muy altas en la esclerosis en placas, en los síntomas parkinsonnianos y en las secuelas de la encefalitis epidémica, sin que se presente el menor signo de intolerancia. Este medicamento ejerce acción electiva rapidísima y constante sobre la hipertonía, el más molesto de los síntomas observados en el curso de las manifestaciones parkinsonianas postencefalíticas.

Noticias

CONGRESO DE LA PRENSA MEDICA LATINA.—En París, desde el 28 al 30 de Abril, se realizó este Congreso. Presidió el Decano de la Facultad de Medicina de París, Dr. Roger, y asistieron, además de muchos periodistas franceses, numerosos delegados de Bélgica, Portugal, Italia, Rumania y de varias repúblicas *hispano-americanas*. "La Crónica Médica" estuvo representada por los Drs. Ramón E. Ribeyro y Oscar Guzman y del Villar.

Las ponencias discutidas fueron: Unificación de la terminología, clasificación y bibliografía en la literatura médica. La propiedad literaria y la prensa médica. Misión de la prensa médica en la preparación, organización y libro de actas de los congresos médicos. Las relaciones de la prensa médica y la publicidad farmacéutica. Además de amplia discusión de esos temas, se leyeron varias comunicaciones.

Se acordó que el próximo congreso se realice dentro de dos años en Madrid.

PRIMERA CONFERENCIA SURAMERICANA DEL COMITE DE HIGIENE DE LA LIGA DE LAS NACIONES. — Bajo los auspicios del Comité de Higiene de la Liga de Naciones, se reunió en Montevideo, en los días 7 al 10 de junio del corriente año, la 1ª. Conferencia que dicha institución propicia en la América Latina. El tema de esta conferencia ha sido la "mortalidad infantil" problema cuyo estudio será emprendido en esta parte de nuestro continente en la misma forma en que se ha iniciado ya en Europa y Norte América, de acuerdo con lo estatuído en la 6ª. Asamblea de la Liga a proposición de su Comité de Higiene reunido en Ginebra en setiembre del año pasado.

La Conferencia de Montevideo ha estado constituída por los siguientes miembros:

Doctor Teodoro Madsen, Presidente del Comité de Higiene de la Liga de Naciones, Director del Instituto de Copenhagüe.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Doctor Ludwig Rajchman, Director Médico del Comité, de figuración destacada entre los hombres de ciencia de Polonia.

Por la República Argentina, el Prof. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro, Miembro titular del Comité de Higiene de la Liga y presidente del Departamento Nacional de Higiene de la Argentina.

Por la República Oriental del Uruguay, el Dr. Luis Morquio, figura destacada del cuerpo médico de su país y quien fué designado para presidir esta conferencia.

Por la República de Bolivia, el Dr. León Velazco Blanco; por la de Chile, el Dr. Calvo Mackena; por el Paraguay el Dr. Gubetich y por el Brasil, el Dr. Barreto.

Después de las reuniones de esta conferencia se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Efectuar una encuesta completa sobre Mortalidad Infantil en los países representados en ella, eligiendo en cada uno los distritos especiales en que se llevará a cabo, conforme a reglas y prácticas establecidas, sancionadas también por la conferencia.

Con el fin de asegurar la coordinación necesaria entre la encuesta ya emprendida en Europa y los estudios detallados en los diferentes países representados en la Conferencia, el miembro de la Sección de Higiene de la Secretaría General de la Liga de las Naciones, que ha seguido la coordinación de las encuestas auropeas, será invitado a efectuar el mismo trabajo técnico en la América latina.

La encuesta completa se hará sobre la base del cuestionario y las notas explicativas adoptadas por el Consejo de Higiene para los países europeos.

Para facilitar el trabajo de los encargados de la encuesta, el cuestionario y las notas explicativas serán impresos por la Secretaría General de la Liga de las Naciones, en número de 10.000 ejemplares, quedando a cargo del doctor Aráoz Alfaro la edición española y del Servicio de Higiene del Brasil la edición portuguesa.

La Conferencia resolvió, además, solicitar de los gobiernos de los países en que esta encuesta será realizada que acuerden su apoyo para esos estudios, comprendiendo ellos la facilitación de los medios necesarios. Por otra parte, la Conferencia no duda de que el Comité de Higiene de la Liga de Naciones, cuya iniciativa aprecia, recomendará a la Asamblea que acuerde para la encuesta en la América latina el apoyo financiero que ha destinado a la encuesta en Europa. Se entiende, asimismo, que la encuesta proyectada, al definir lo más exactamente posible las causas médicas y sociales de la mortalidad infantil, servirá como base de una actividad práctica y, a la vez, social y administrativa, que tenga por objeto favorecer el desarrollo de la población, que representa el problema fundamental de la América latina.

Hay que felicitarse que el poderoso organismo del Comité de la Liga de Naciones haya dirigido sus actividades hacia esa parte de la América Latina que tanto beneficiará de su eficiente ayuda. El Perú no ha sido desgraciadamente considerado entre los países que pueden realizar esta averiguación sobre mortalidad infantil.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

EL POLICLINICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE BUENOS AIRES. — El día 20 de junio se realizó en Buenos Aires la ceremonia de la colocación de la piedra fundamental del Instituto de Clínica Médica que estará a cargo del famoso Profesor Dr. Mariano Castex. Esta construcción será la primera de las que ampliando el hospital Nacional de Clínicas, creará el Policlínico "General San Martín".

La ejecución de este Policlínico, representa la obra de mayor importancia para el progreso de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. El Doctor Eliseo Cantón, es el autor de la ley que autoriza su creación.

MEDICOS ILUSTRES, DESAPARECIDOS EN LA ARGENTINA.—Han fallecido dos eminentes médicos argentinos: los profesores jubilados Francisco A. Sicardi y Jose A. Esteves, el primero de Clínica Médica y el segundo de Neuropatología.

De Sicardi ha dicho Bullrich: «Maestro en el verdadero sentido de la palabra, por la superioridad de su talento y de su experiencia, por la amplitud de su espíritu que en el culto de las letras había dilatado su horizonte, por el prestigio de su bondad y de su probidad como profesional de primera fila y consultante lleno de indulgencia y de consejos sabios, Sicardi pasó en la historia médica del país dejando en ella una huella imborrable".

Refiriéndose a Esteves, Nerio A. Rojas, ha dicho lo siguiente: "Fué un maestro sin resonancia exterior, más afecto a la tarea silenciosa, producto de la voluntad y la vocación. Así pasó sus cuarenta años de médico, la mayor parte del tiempo entre su consultorio y el hospital, fuera éste el de Alienadas, cuya dirección ejerció con tanta eficacia, o el San Roque, donde dirigió el servicio de neurología en sucesión de Ramos Mejía, ese amplio espíritu de médico, psicólogo, historiador y literato. Esteves se formó a su lado y fué su digno continuador. Si Ramos fundó la cátedra de neurología, dándole el brillo de su cultura general y la gerarquía prestigiosa de su talento fecundo, Esteves organizó su vida interna, dándole la disciplina científica de su cultura médica y los métodos docentes clínicos y anatómicos requeridos por esa difícil especialidad, que lo mismo que la psiquiatría desnuda al hombre en su angustiosa y antinómica realidad de carne mortal y de espíritu alado".

NUEVA DESIGNACION DE LOS GRUPOS SANGUINEOS FUNDADA EN LAS ISOAGLUTININAS.—Una comisión conjunta, nombrada hace algunos años por la Asociación Americana de Inmunólogos, la Sociedad Americana de Bacteriólogos y la Asociación Americana de Patólogos y bacteriólogos, afin de eliminar en todo lo posible los accidentes que sobrevienen al seleccionar donantes para trasfusión, debido a la existencia de dos clasificaciones de los grupos sanguíneos (Jansky y Moss), seleccionó la designación de Jansky, fundándose en su primacía. Karl Landsteiner ha propuesto que se empleen las letras O, A, B y AB en vez de los números I, II, III y IV de Jansky, y los IV, II, III y I de Moss. Las letras pueden emplearse con tanta facilidad como los números, y expresan el mis-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

mo tiempo la verdadera constitución de los hematíes con respecto a la isoaglutinación en lo tocante a la división de los grupos. La propuesta del Dr. Landsteiner ya ha sido adoptada pos la sociedad médica de Alemania; la han recomendado dos autores recientes (Hirszfeid y Doan), y ha recibido la aprobación unánime del Comité conjunto de Hemaglutinación de la División de Antropología y Psicología y la División de Ciencias Médicas del Consejo Nacional de Investigación. La Asociación Americana de Inmunólogos en su reunión de Rochester, N.Y, acordó también recomendar la indicación del Dr. Landsteiner.

Bibliografía

LES CANCER DU SEIN par Pierre Deblet et Mendaro.—Un vol. de 346 pages—*Masson et Cie, editeurs.* Paris 1927.—50 fr.

El cáncer de la mama, por su frecuencia, por su biología y por sus modalidades clínicas y anátomopatológicas es una de las localizaciones que más interés ha despertado en los cancerólogos. Es por esto que el libro del profesor Delbet, en la forma en que ha abordado el tema, con la autoridad que tiene el autor por su larga dedicación a estos estudios, será una obra que ha de interesar no sólo al especialista, sino también al médico práctico.

La obra se halla dividida en cuatro partes:

Estudio histológico; clasificación morfológica y fisiológica; signos objetivos para el diagnóstico, así como también las complicaciones próximas y lejanas, y resultados terapéuticos, dedicándole la mayor importancia al tratamiento quirúrgico, describiendo las técnicas operatorias que deben seguirse en cada caso. La radioterapia en opinión de los autores es desfavorable, manifestando que «no han visto jamás un caso en el que la radioterapia haya tenido una eficacia real».

UROLOGIE, por E. L. Gautier.—Un tomo en 12º de 153 páginas.—*Norbert Maloine, editeur.*—París 1926.—frs. 8.50.

El autor da al médico práctico reglas precisas y fáciles de hacer con poco instrumental, para tratar personalmente o dirigir en el momento preciso el enfermo.

La exposición de este libro es clara y ordenada, resultando de verdadera utilidad.

LA SIFILIS, por J. Loiselet.—Un tomo en 12º de 157 páginas.—*Norbert Maloine, editeur.*—París 1926.—frs. 8.50.

El Profesor Loiselet ha tenido la fortuna de hacer un libro completo de esta especialidad, pues trata lo concerniente a la clínica, evolución, períodos, heredo-sífilis, sífilis y matrimonio, profilaxis de la sífilis y diagnóstico bacteriológico, al cual de-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

dica 15 páginas. El capítulo III, dedicado a la terapéutica, es el que no tiene desperdicio y merece que todos los que manejan los medicamentos antisifilíticos, lo lean, pues, resume en 82 páginas todo lo más importante de terapéutica luética.

DIABETE, GOUTTE, OBESITE, OXALEMIA, RHUMATISMES CHRONIQUES, par le Docteur Jacques Forestier.—Un volumen en 16 de 376 páginas encuadernado.—*Gaston Doin et Cie, editeurs.*—París 1926.—frs. 18.

El autor ha tenido el acierto de escribir, para el uso de los médicos prácticos, un libro, donde la conducta terapéutica está indicada con precisión y que puede ser consultada para resolver los problemas prácticos que cada día se presentan en la clientela.

En el tratamiento de la diabetes, después de haber expuesto el régimen aplicable a las diversas formas, ha consagrado un importante capítulo al uso de la insulina.

La terapéutica de las diversas manifestaciones de la gota y de la obesidad está inspirada en sentido netamente práctico. El problema complejo de los reumatismos crónicos ha sido objeto de un largo capítulo donde ha buscado el autor el llevar un poco de claridad entre las terapéuticas diversas: señalamos las paginas dedicadas al tratamiento iodado en los reumatismos, al empleo de la opoterapia y de la vacinoterapia en el tratamiento de las neuralgias reumáticas.

Las indicaciones de las curas hidrominerales, cuya importancia es siempre de actualidad, han sido tratadas con precisión por M. Jacques Forestier, para quien las cuestiones hidrológicas son un constante tema de estudio.

OPHTALMOLOGIE, por A. Cantonnet.—Un tomo en 12º de 153 páginas.—*Norbert Maloine, editeur.*—París 1926.—frs. 8.50.

El doctor A. Cantonnet pasa revista y expone de una manera magistral todo lo indispensable para la práctica oftalmológica diaria al médico general, no habituado a ver enfermos de esta especialidad. El tomito está dividido en cinco partes y una nota final referente al método Cantonnet-Nouet, para la escritura de los ciegos, necesaria en las relaciones de ciego y vidente, quedando la escritura Braille, para la instrucción y relaciones entre los ciegos y conocedores del método.

NOURRISSONS. ENFANTS, por el doctor G. Blechmann.—Un vol. en 16 de 392 páginas.—*Gastón Doin et Cie. Editeurs.*—París, 1926.—21 francos.

Bajo una forma clara y resumida, este volumen contiene todo lo que el práctico necesita conocer de pediatría en el ejercicio corriente de la profesión médica.

Los tratamientos de los trastornos digestivos, de las afecciones cutáneas de la primera edad, de la sífilis hereditaria latente, de la tuberculosis, etc. están tratadas en la primera parte del tomo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En la segunda parte se estudian las enfermedades de la segunda y gran infancia, indicando los tratamientos, modo de acción, dosis según la edad, vías de introducción, sus ventajas y sus inconvenientes.

Dedica un gran capítulo a las vacunas, sueros y agentes físicos.

Podemos asegurar que el notable volumen de M. G. Blechmann llenará un gran vacío en la literatura médica y cumplirá con la idea de los organizadores de esta importante colección "*Consultations Journalieres*", de ser un libro esencialmente práctico.

LE POUMON TUBERCULEUX, por Paul Cantonnet.—Un tomo de 165 páginas.—*Norbert Maloine, editeur.*—París, 1926.—8.50 frs.

Este libro pertenece a los pequeños Compendios, colección Cantonnet, que constará de 50 tomos.

Desde las primeras páginas se advierte que el autor domina de una manera magistral la tuberculosis pulmonar; su lectura se hace interesante por la claridad, concisión y sentido práctico.

Consta de dos partes este tomo: la primera dedicada a generalidades, bacteriología, anatomía patológica, formas tuberculosas pulmonares en las distintas edades (formas agudas en los niños y adultos, crónica en el adulto) y las complicaciones de esta enfermedad.

La segunda parte es la dedicada a terapéutica; en ella, de una manera concisa, pero sin omitir detalle, da reglas prácticas para luchar contra tan terrible enfermedad.

El tomito es de una gran utilidad y de verdadero interés práctico.

SERUMS ET VACCINS, por Beauvy.—Un tomo en 12: de 150 páginas.—*Norbert Maloine, editeur.*—París 1926.—frs. 8.50.

El doctor Armand Beauvy se ocupa en este tomito, núm. 35 de la colección Cantonnet, de los *sueros y vacunas;* después de hacer un resumen histórico, trata en un primer capítulo de los sueros, en un segundo de las vacunas, desde los puntos de vista generales (preparación, indicaciones, vías de introducción, etc.), y en particular de cada caso. En un tercer capítulo expone la transfusión de sangre con todos los detalles para su práctica. En sus últimas partes, inserta un formulario para el empleo de sueros y vacunas, siguiendo un orden alfabético de enfermedades.

CORAZON, AORTA, ARTERIAS, VENAS, por los doctores Leconte y Levant.—*Norbert Maloine, editeur.*—París 1926.—frs. 8.50.

Este librito, escrito de una manera esquemática en alguna de sus partes, pero siempre haciendo un estudio completo, se extiende en los capítulos de la patología cardiovascular, que en

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

estos últimos años han sido más y mejor estudiados: "las arritmias, tensión arterial y las enfermedades de la aorta" hasta el punto que de las 175 páginas del tomo ocupan estos capítulos 72 y casi todos los grabados y gráficas que le ilustran, haciendo sus autores un estudio tan interesante y claro, como no es fácil encontrar en otras obras.

MALADIES INFECTIEUSES. INTOXICATIONS. VACCINS. SERUMS, par André Dufort.—Un volumen en 16 de 408 páginas.—*Gaston Doin et Cie. Editores.*—París 1926.—18 frs.

¿Qué es lo que pide el médico a un libro de terapéutica? Una exposición clara, una documentación moderna, una crítica juiciosa de medios puestos en práctica para luchar contra las enfermedades, una posología que, teniendo en cuenta al adulto no ignore sistemáticamente al niño y a la criatura que está en la lactancia.

Para evitar al lector que dispone de poco tiempo que busque inútilmente, están las enfermedades infecciosas clasificadas por orden alfabético. Después vienen las medicaciones y un extracto sobre los sueros y las principales vacunas.

En seguida de cada enfermedad infecciosa se encontrará un corto resumen clínico, recordando en pocas palabras los síntomas primordiales, las formas variadas, las principales complicaciones. Después viene un capítulo de profilaxia, cuya importancia varía en cada cuestión. El tratamiento es en seguida expuesto metódicamente.

OPHTALMOLOGIE, par L. Bussy.—*Gaston Doin et Cie. Editores.*—París 1926.—15 frs.

Este libro ha sido concebido y escrito para el estudiante en su servicio de hospital, para el médico en su clientela. No contiene ni problema de óptica geométrica, ni patogenia complicada, ni descripción minuciosa de enfermedades oculares raras, ni de casos excepcionales.

Los médicos observan diariamente oftalmias de los recién nacidos, iritis, queratitis con hipopion, glaucomas, estrabismos, etc., enfermedades todas frecuentes y sencillas que pueden fácilmente diagnosticar y curar. El autor se ha esforzado en indicar en algunas páginas en qué signos puede conocer estas enfermedades, lo que debe decirse al enfermo o a la familia, cómo deben dirigir el tratamiento, lo que pueden hacer y lo que deben reservar al especialista. Aunque muy breve el libro, sirve para el médico como *un oculista llamado en consulta.* Además, las operaciones fáciles, que no exigen instrumental complicado, han sido minuciosamente descritas, y varios esquemas ilustran el texto.

HIERRO QUEVENNE de PARIS.— El mas activo y economico, el único Hierro INALTERABLE en los paises cálidos. Exigir el Verdadero con el Sello de la "UNION DES FABRICANTS".
ANEMIA CLOROSIS, DEBILIDAD
Aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana

LIMA 12-20 DE OCTUBRE 1927

La Octava Conferencia Sanitaria Pan-Americana inició sus labores el 12 de octubre en acto solemne presidido por el Ministro de Relaciones Exteriores del Perú Dr. Pedro José Rada y Gamio.

En esta Asamblea, la segunda que se reune en Lima después del Congreso Sanitario de 1887, ha sido posible darse cuenta como avanza la higiene pública en el Continente; como hay la preocupación constante de mejorar las condiciones sanitarias de la población y alcanzar el máximo de eficiencia de los organismos de Salubridad, que contribuyen indudablemente a la prolongación de la vida y al afianzamiento definitivo de la soberanía de las repúblicas del Mundo de Colón. Igualmente se ha demostrado que cada día se organizan mejor los institutos técnicos, y que por la coordinación de las actividades sanitarias, profilácticas y curativas, se está trasformando la organización médico-social de América.

Eje y alma de la Octava Conferencia Sanitaria Pan-Americana ha sido el Dr. CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN, a quien se debe su organización, la forma como ha funcionado y el éxito de sus deliberaciones. Para él todo nuestro aplauso, sin reservas y sin tasa, porque ha sabido poner muy alto el nombre del pais, porque supo conquistar la confianza de los delegados y orientó los debates en forma cordial y eficiente.

Es imposible dar relación detallada de las labores de la VIII Conferencia Sanitaria Pan-Americana; nos concretaremos a señalar los hechos más culminantes y a insertar en nuestras páginas los documentos más interesantes.

Las naciones y los delegados que estubieron presentes en la Conferencia, fueron las siguientes:

ARGENTINA. — Dr. Laurentino Olascoaga, Dr. Nicolás Lozano, Dr. Alfredo Sordelli.

BOLIVIA.—Dr. Adolfo Flores, Dr. Adolfo Durand.

BRASIL.—Dr. Joao Pedro de Albuquerque, Dr. Bento Oswaldo Cruz.

COLOMBIA.—Dr. Julio Aparicio.

COSTA RICA.—Dr. Solón Núñez F. Sr. Jaime Bennett.

CUBA.—Dr. Fernando Rensoli, Dr. Mario G. Lebredo.

ECUADOR.—Dr. Luis M. Cueva.

ESTADOS UNIDOS.—Dr. Hugh S. Cumming, Dr. Bolívar Lloyd, Dr. John D. Long.

GUATEMALA.—Sr. Pablo Emilio Guedes.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Haití.—Sr. Kieffer Marchand, Dr. Guillermo Angulo Puente-Arnao.
Honduras.—Dr. José Jorge Callejas.
Nicaragua.—Dr. Julio C. Gastiaburú.
Panama.—Dr. Luis Guillermo Lewis.
Paraguay.—Dr. Isidro Ramírez.
Perú.—Drs. Carlos Enrique Paz-Soldán, Sebastián Lorente, Baltazar Caravedo, Daniel Eduardo Lavorería, Julio C. Gastiaburú.
República Dominicana.—Dr. Ramón Baez Soler, Dr. Alejandro Bussalleu.
Uruguay.—Dr. Justo F. González.
Venezuela.—Dr. Emilio Ochoa.

Sesion Inaugural

En la sesión inaugural hablaron el Ministro de RR. EE., los presidentes de las delegaciones de los países representados y el presidente provisional de la Conferencia Dr. Paz Soldán, quien leyó el siguiente discurso:

Señor Presidente de la República.
Señor Ministro de Relaciones Exteriores.
Señores Delegados de América.
Señores y señoras:

Como quisiera abandonarme a los desbordamientos líricos de la palabra, en esta hora singular en que los representantes de la Higiene americana se reúnen una vez más para trabajar de consuno y al calor de la hospitalidad peruana por el afianzamiento progresivo de la política sanitaria en tierras del Nuevo Mundo.

Como me sería fácil darle al verbo, bajo la magia del entusiasmo colectivo y de la atención social que ahora nos envuelve, fuerza capaz para prestar a las ideas ese misterioso poder que las convierte en el principio de la acción y que en este caso sería tan útil al triunfo de las ideas redentoras de la Medicina Social.

Como recojería pródigamente, en mi discurso, para darle sonoridad y belleza perdurables, el hondo palpitar jubiloso de esta asamblea sobre la cual contemplo, como si irradiara de nuestros corazones, inmaculada y divina, la santa imagen de América, nuestra Gran Patria Común.

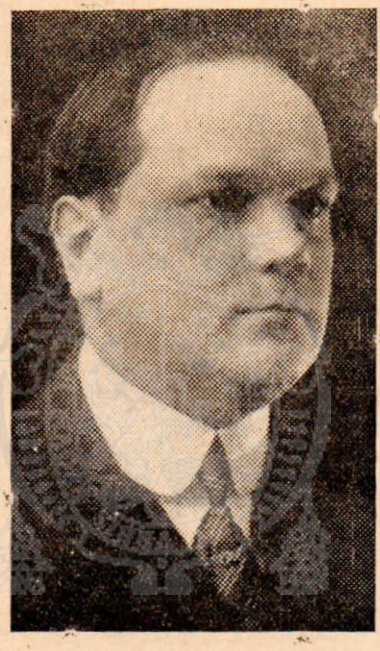
Como se elevaría el pensamiento hasta culminancias soberbias, únicamente con enunciar el valor profundo y simbólico de estas conferencias sanitarias americanas; himnos de paz y de vida, mensajes de fraternidad y de esperanza, luces permanentes capaces de guiar al Nuevo Mundo hasta las metas de su providencial destino.

Como se dignificarían las frases, si en ellas envolviéramos, inmortalmente, para ponerlas en evidencia, las oposiciones irreductibles que existen entre estas reuniones cordiales que aproximan por obra de los higienistas, obreros de la Vida, a los pueblos de América

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

en amplexos de concordia, y aquellas luchas enconadas y crueles, que entre las sombras de la pasión, siembran la muerte, la guerra, la lucha fratricida entre los hombres que vivimos la inmensa extensión desolada del continente.

Como sería sencillo hasta llegar casi a convertir mi discurso de esta tarde en una oración con inspirarlo en tales sentimientos, que no son únicamente nuestros, sino que son idénticos a los que animan a los americanos de buena voluntad.



DR. CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN
Presidente de la VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana

Pero otra es mi obligación al hablar en esta ceremonia. Debo dejar escuchar la voz del deber para informar a los higienistas de América sobre la manera cómo he procurado cumplir el honroso encargo que me hicieron en la Habana, en 1924, al designarme, por aclamación, presidente provisional de la conferencia que en estos momentos acaba de inaugurar, en nombre del gobierno del Perú el señor ministro de relaciones exteriores.

Y he de comenzar mi honrosa tarea, expoi iendo la forma cómo el Gobierno del Perú, hoy entre manos capaces y sólidas que laboran incansablemente por el afianzamiento de nuestra grandeza y por la renovació de los días de luz y poderío del Incanato extinto, ha procurado corresponder a la confianza que implicó la designación de Lima como sede de la VIII Conferencia Sanitaria Pan-Americana.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En este ambiente de fiesta científica debe brillar la verdad y es en servicio de ello que rindo un cálido homenaje de justiciera gratitud al eminente estadista que rige los destinos de mi patria. Yo os saludo, señor presidente Leguía, y junto con las reverencias de mi lealtad os ofrezco las gratitudes de esta VIII Conferencia Sanitaria Pan-Americana a la cual habéis prodigado vuestra atención y el más solícito apoyo.

Yo siento, que estas palabras mías serán acojidas con júbilo por esta asamblea, que habrá de acompañarme a tributaros un aplauso brotado de lo hondo de su conciencia.

Y he de hacer extensivas estas gratitudes al señor Ministro de relaciones exteriores, doctor Rada y Gamio, de quien mal puedo hacer el elogio vinculado como me hallo a él, por vínculos de sangre y de amistad; pero que ha prodigado a la preparación de la conferencia sus mejores cuidados.

Tampoco puedo silenciar la parte que ha correspondido al señor ministro de fomento don Ernesto Sousa, que ha prestado a nuestras tareas su consejo y apoyo.

Y cumplida con esta obligación castellana e hidalga de dar gracias públicamente por los favores recibidos, permitidme que enfríe mi expresión, que la traiga al campo severo de la Higiene, que es fundamentalmente ciencia, sin dejar de ser por ello arte y de los más cabales, para deciros lo que debo decir en esta tarde como presidente provisional de la conferencia.

Pero antes que el entusiasmo y la emoción dejen de conducir mi discurso, os ruego un rato de atención para recojer en esta hora de fiesta y de triunfo de la Higiene americana el recuerdo de aquellos gallardos paladines que en la lejanía del tiempo, ya caídos, se ostentan como los grandes antepasados de la Medicina Social del Continente.

Hoy se cumplen los veinticinco años de estas conferencias, bajo el encanto de la fecha, miremos con honda emoción la vida melancólica y bella que fué, la de los grandes higienistas que sembraron en América con dolor y con fatiga las ideas que ahora comienzan a lucir como cosecha pródiga en futuros, definitivos adelantos sanitarios.

Es así como contemplo, sentado a la diestra de Hipólito Unánue, el padre de la medicina americana, el primero que prodigó a la América al abrirse a las realidades de la libertad los primeros consejos médicos sociales; a Carlos Finlay, el cubano genial que con la garra del genio arrancó al misterio su secreto sobre la propagación de las enfermedades por intermedio de las especies zoológicas vivas, haciendo de la endemogenesis de la fiebre amarilla un asunto susceptible de recibir soluciones prácticas, capaces de permitir a la civilización su imperio sobre la inmensa extensión, hasta entonces vedada o poco menos al hombre, del trópico americano; veo a Walter Wyman, el gran iniciador de estas conferencias, el norteamericano comprensivo y generoso, que primero comprendió cuanto podía servir al progreso humano el Mundo de Colón, la reunión constelacional de sus higienistas, ampliando de esta suerte su obra de coordinación de los Estados Unidos con la más fecunda e infi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nita todavía de la cooperación panamericana en materia de sanidad; veo a Eduardo Liceaga, al héroe de la paz en México, el austero sacerdote de la Higiene, que en tierras de Anahuac con labor tesonera e infatigable supo hacer brillar a despecho de fatales sombras de la pasión política, la luz divina y cordial de la Medicina Social, tuteladora de vidas y defensora de los que han hambre de salud y de felicidad biológica; veo a William Gradford Gorgas, el sabio de la sonrisa, afable, bueno, comprensivo y que como los soldados del deber cayó dando frente a su eterno enemigo, la insalubridad, después de haber escrito como un trazo imborrable para su perduración en los siglos, sobre el haz del Istmo de Panamá, su nombre en esa obra de redención de la tierra y de beneficio del hombre; veo, más cerca de nosotros, más de casa, si se me permite la expresión, a tres gallardos paladines de la Medicina Social en América del Sur: Oswaldo Gonzálvez Cruz, José Penna y Emilio Marcondes Rivas. El primero, tendrá por siempre como pedestal inmarcesible de su fama, las tierras maravillosas que se abren en torno de Guanabara, como un enorme amplexo de amor y de ambición, allí el nombre de Oswaldo, es nombre que trae a la memoria de las gentes el recuerdo emocionado de un santo que realizó el milagro de la redención del Brasil de la fiebre amarilla, de la peste y de otros males morbosos más, gracias a ese templo de ciencia en el que puso los refinamientos todos de su espíritu tallado para las grandes perduraciones, que se llama el Instituto Oswaldo Cruz; José Penna es el símbolo de voluntad argentina, de dominar por el saneamiento esa inmensa heredad que recibió del antiguo Virreynato de Buenos Aires; Emilio Marcondes Rivas realiza en ese paraiso de San Paolo durante veinte años de consejos y de abnegaciones, la página de mayor emoción tal vez de cuantas han escrito con su vida, los higienistas del Nuevo Mundo Meridional, su pobreza franciscana y su rebeldía ante las dádibas prestan a su memoria el halo impresionante de la virtud, la más frágil de las fuerzas humanas.

Cuando un continente tiene en su estirpe figuras tan recias y cuando una ciencia y disciplina pueden enunciar nombres tan puros y altos, cabe fundadamente el optimismo y hay posibilidad de afirmar con certidumbre de que el triunfo definitivo y final no está lejano.

Y ya que hemos dirigido nuestra mirada al ayer, a los que nos antecedieron en esta peregrinación hacia la salud y la vida de la América, tributemos un recuerdo a la memoria de dos luchadores por el triunfo de la Medicina Social. Evoquemos los manes de Diego Tamayo Figueredo, el Bayardo de la Medicina cubana y de Alfredo Vidal y Fuentes, el hombre que no obstante un cuarto de siglo de encumbramiento sanitario, no conoció en su tierra, el Uruguay, ni las mordeduras de la envidia, ni las ponzoñas del odio y de la infamia. Sus nombres, dichos hoy, tienen en vez de sabor de adiós, el sentido profundo de una resurrección.

Señores:

Debe el presidente provisional de cada Conferencia Sanitaria Pan-Americana, hacer en este dia y en esta hora un resumen de los avances efectuados por la política sanitaria continental. Y atento

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

a los deberes que me corresponden habré de hacer tal síntesis, no pidiéndole al verbo mayor explendor que el que exige la voz de la obligación.

Desde 1924, fecha de la VII Conferencia de la Habana, hasta el día jubiloso de hoy, los avances de la Higiene aplicada en América son en realidad asombrosos. Ya harán tal balance las eminentes personalidades de la Higiene que hoy son nuestros huéspedes.

Pero tal progreso, con ser importante, no es igual al que se está efectuando por el mundo. Sobre este particular la América no ha dado todavía la plenitud de sus posibilidades. Es verdad que podemos apuntar en nuestro haber como una verdadera revolución ideológica, en el campo de la doctrina médico-social, el Código Pan-Americano aprobado en Habana y que comienza a ser ratificado por los países del Continente; pero sus audacias teóricas no han podido ser incorporadas a la vida social de la América. Urge acelerar la marcha e incorporar definitivamente al Nuevo Mundo a la apresurada caravana de los pueblos que se preocupan, hasta conceder el primer puesto de las atenciones nacionales, del problema de su población.

Mientras que en América sólo han tenido lugar dos reuniones la de la Habana y la de los Directores de Sanidad, en Washington, que fijó nuestra orden del día, en el mundo se han verificado tres grandes asambleas: la de París, de 1926, que acaba de aprobar una nueva Carta Orgánica de la Higiene Internacional; la de Singapour, que ha dado al Asia la conciencia de sus deberes médico-sociales y la posibilidad de cumplirlos con la cooperación y por último la recientísima reunión de las naciones de Oceanía, que en Melbourne, han definido su voluntad de entrar por el intercambio de informaciones sanitarias y por la unificación de los métodos de lucha, respetando sin embargo, las impositivas circunstancias locales, en los senderos de la internacionalización médico-social. Si a ellas agregamos las reuniones periódicas, cuatro por año, que se efectúan en Europa por la Oficina Sanitaria de París y por la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, tendremos el balance que en verdad no resulta muy favorable a nuestro continente.

He querido puntualizar este hecho, porque estoy seguro que lejos de disminuirnos, por lo contrario, habrá de estimularnos para hacer frecuentes nuestras deliberaciones sobre la política sanitaria pan-americana.

Yo tengo fé profunda en que tal habrá de acontecer y la tengo porque no cabe para ello sino dejar que las fuerzas adivinatorias que se guardan en lo recóndito del espíritu vibren al unísono con las palpitaciones de esta hora triunfal.

En este día simbólico, que nos recuerda el homenaje de un europeo Cristóbal Colón, la magnificencias de las tierras nuevas encontradas por su genio, en este día que trae a la memoria, ese humilde prosternarse de un hombre ante el misterio que su esfuerzo revelaba, yo quiero, navegante de la Medicina Social, y en nombre de esta asamblea, prosternar a mi vez la frente ante los deslumbramientos que diviso para la política sanitaria americana, en esta hora

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

que tiene tanto de porvenir y que se alumbra con los fulgores de la ciencia y de la fraternidad.

He dicho.

Terminada esta oración, el Ministro de Relaciones Exteriores clausuró el acto, en el que pudo observarse los frutos de una preparación adecuada y la galanura de muchos oradores, que trajeron a la conferencia su elocuencia puesta al servicio de los perennes intereses sanitarios del Continente. Los discursos de los delegados de la República Argentina, Costa Rica, Panamá y Uruguay fueron muy aplaudidos, así como también los de los demás oradores.

La concurrencia que era numerosa se retiró gratamente impresionada de la actuación.

En el escenario que ocupó el personal de delegados se ostentaban las banderas de los países representados y la parte "avant scene" estaba decorada con flores naturales, artísticamente colocadas

Trabajos de la Conferencia

La primera sesión general de la Conferencia se celebró el día 13 de octubre, bajo la presidencia del señor doctor Carlos Enrique Paz-Soldán, presidente provisional.

De conformidad con el reglamento se procedió a elegir el Presidente definitivo de la Conferencia, siendo designado por aclamación y a propuesta de los Delegados de Uruguay y Estados Unidos de América, doctores González y Cumming, respectivamente, el doctor Carlos Enrique Paz-Soldán, quien había sido designado en la Conferencia anterior, celebrada en la Habana, Presidente Provisional.

Fueron designados Secretarios de la Conferencia los doctotores Bolívar J. Lloyd, Bento Oswaldo Cruz y Alfredo Sordelli.

La Conferencia estudió los temas de sus programa, agrupando a sus miembros en la siguiente forma:

Comision ejecutiva y de poderes. — Presidente: Doctor Carlos Enrique Paz-Soldán; Vocales: doctores Joao P. de Albuquerque, Julio Aparicio, Hugh S. Cumming; Solón Núñez F. y Fernando Rensoli; Secretario General, doctor Baltasar Caravedo.

Comision del Codigo Sanitario Pan Americano.—Presidente: doctor Nicolás Lozano; Vocales: doctores Albuquerque, Joao Pedro de; Aparicio Julio; Callejas, José Jorge; González, Justo F.; Lavorería Daniel E.; Lebredo, Mario G.; Long, John D.; Lorente, Sebastián; Núñez, Solón; Rensoli Fernando: y Sordelli, Alfredo; Secretario, doctor Luis M. Cueva.

Comision de Organizacion Sanitaria de los Estados Americanos.—Presidente, doctor José Callejas; Vocales: doctores Justo F. González, Alejandro Bussalleu, José G. Lewis, Fernando Rensoli, Julio Aparicio, Emilio Ochoa, Adolfo Durand, Solón Núñez, Bolívar J. Lloyd y Ramón Baez; señor Pablo E. Guedes y doctores Sebastián Lorente, Adolfo Flores; Secretario, doctor José G. Lewis.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Comision de Epidemiologia, Saneamiento y Profilaxia Americanas.—Presidente, doctor Justo F. González; Vocales: doctores J. Pedro Albuquerque, José G. Lewis, Alejandro Bussalleu, Mario Lebredo, Bento Oswaldo Cruz, John D. Long, Sebastián Lorente y Ramón Baez; Secretario, Alfredo Sordelli.

Resoluciones de la Conferencia

La Octava Conferencia Sanitaria Pan-Americana discutió y aprobó las mociones, resoluciones y convenciones que a continuación se expresan:

Las Delegaciones Americanas reunidas en Lima, con ocasión de la VIII Conferencia Sanitaria Pan-Americana, expresan su agradecimiento y aplauso al Presidente de la Repúulica, señor Augusto B. Leguía por las expléndidas demostraciones de hospitalidad que les ha dispensado y por los progresos extraordinarios que bajo su administración han alcanzado en este país las obras básicas de la Higiene y del Saneamiento.

———

Las Delegaciones Americanas reunidas en Lima con ocasión de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, tributan un voto de aplauso al Presidente de la Conferencia, profesor Carlos Enrique Paz-Soldán, por la acertada dirección impresa a los debates y trabajos de la Conferencia, y a la Comisión Organizadora por la magnífica organización de este octavo certamen de la higiene americana.

Y piden que este voto sea trasmitido a la Cancillería del Perú.

El siguiente Memorándum de interpretación del Código Sanitario Pan Americano, fué igualmente aprobado:

Que se entienda por enfermedad peligrosa o contagiosa, a que se refiere la última parte del artículo 4°. del Código, a todas las enfermedades que se presenten con carácter epidémico.

Que se entienda que la obligación de notificar a los países adyacentes, se extiende también a todos los países americanos.

Con referencia al artículo noveno se entenderá que las medidas sanitarias a que dicho artículo se refiere, se aplicarán a las procedencias del área infectada.

Para la interpretación de los artículos 11° y 30° debe entenderse que el artículo 11° se refiere a la clasificación científica de una área infectada y el 30° a la norma que, en la aplicación de las medidas que el Código Sanitario dispone, deben seguir las autoridades sanitarias.

En el artículo 19°, donde dice casos autóctonos, debe entenderse uno o más casos.

Que para la interpretación del artículo 35° debe entenderse que se denomina buque limpio a aquel que procede de un puerto

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

limpio de la clase A o B, que durante su travesía no haya tenido a bordo ningún caso de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus exantemático o cualquiera otra enfermedad de carácter epidémico y que haya cumplido extrictamente los requisitos contenidos en este Código.

Para los artículos 41°, inciso quinto, y 44°, inciso tercero que se refieren a la peste humana o murina y a la viruela, respectivamente, entiéndese que no se opone a la aplicación de las medidas que las autoridades sanitarias locales decidan en cada caso, en vista de las circunstancias especiales.

Que en los casos de interpertación dudosa de los artículos de este Código, que se refieren a la aplicación de medidas sanitarias a los buques, tendrá preferencia el criterio de las condiciones actuales del buque, sobre el criterio de su procedencia.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana recuerda a todos los países signatarios la obligación en que se encuentran de adoptar los modelos de Patentes de Sanidad a que se refiere el artículo 16° del Código.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana sugiere a las naciones signatarias o adherentes la utilidad de organizar en las dependencias de Sanidad de los puertos, un servicio médico para diagnósticos oficiales de las enfermedades infecto contagiosas.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana recomienda a la Oficina Sanitaria Pan Americana insinuar a los arquitectos navales y compañías de navegación constructoras de buques, o simplemente de tráfico, que, para su propia conveniencia, construyan en el futuro sus barcos a prueba de ratas.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana recomienda a los gobiernos de los países americanos la construcción de muelles a prueba de ratas, es decir, de acero y cemento, disponiendo también que la carga de los depósitos se tenga cuidado de elevarla sobre el suelo a un pie de altura y colocarla en blocks separados, a fin de dejar espacios libres de fácil vigilancia sobre los roedores.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana considerando que la estadística de mortalidad es la base fundamental para el conocimiento del estado sanitario de los pueblos de América, recomienda especialmente a la Oficina Sanitaria Pan Americana procure llevar a efecto, a la brevedad posible, el plan que se le encomendó en el Congreso Científico Pan Americano, reunido en Lima, el año 1924, que consiste en lo siguiente: Que haga las gestiones pertinentes para que se adopte en todos los países de América, que aún no lo hayan hecho, la nomenclatura de causas de muerte que rige en los Estados Unidos de Norte América (Convención de París de 1920) con sus métodos y procedimientos en la confección de estadísticas, a fin de poder conocer de una manera sistemática la mortalidad de los diferentes países.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana considerando que la Institución de los Inspectores Sanitarios de Navío a bordo de los buques, ha sido utilizada tanto en el Atlántico como en el Pacífico, con el mejor éxito para facilitar las medidas de profilaxis a que se someten las procedencias de países donde reina alguna enfermedad de las que se ocupa este Código, recomienda a las naciones americanas que deseen establecerla o valerse de ella, lo hagan en la forma que lo permitan sus reglamentos sanitarios.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana pide, muy respetuosamente, a los gobiernos signatarios el fiel cumplimiento de los artículos tercero, cuarto y quinto del Código Sanitario Pan-Americano, que constituyen la base de la defensa internacional contra las enfermedades epidémicas de carácter grave.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana declara: que las toxicomanías constituyen grave peligro apara el porvenir de los países del Continente Americano, por su fácil difusión y por los efectos perniciosos sobre la raza; y recomienda a los gobiernos de los diversos Estados la organización de la defensa social contra las toxicomanías, estableciendo medidas fiscalizadoras, represivas, terapéuticas y profilácticas sobre las bases siguientes:

a).—Reducción del cultivo, fabricación y venta de los tóxicos, limitándolos a fines terapéuticos y según disposiciones de la autoridad sanitaria de cada país, la que establecerá las penas consiguientes a los infractores;

b).—Declaración y asistencia obligatoria, en establecimientos especiales, dependientes del Estado, de tipo cerrado y a cargo de médicos especializados; y

c).—La profilaxia deberá realizarse por la educación y la propaganda antitóxica.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana reitera su adhesión a la reforma del Estado para prepararlo a la realización política de la Higiene; y declara que sólo por el funcionamiento de un Ministerio consagrado exclusivamente a los negocios médico-sociales es posible la plena ejecución de una política sanitaria nacional e internacional. En consecuencia, recomienda a los gobiernos que aún no lo hayan hecho la creación de este nuevo Ministerio de Estado.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana reafirma, una vez más, que para la erradicación de la peste bubónica es necesario proceder al estudio de los complejos problemas locales que su endemoepidemicidad ofrece, a fin de precisar los factores que intervienen en su endemoepidemiogenesis;

Que mientras se llevan a cabo estos estudios, la lucha debe tender a la realización de medidas de seguridad contra los roedores, poniendo a prueba de ratas (rat-proof) las viviendas, los barcos y en general todos los lugares de residencia accidental o permanente del hombre:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Reconoce que la desratización puede y debe ser continuada sin descanso, con la esperanza de reducir la densidad murina y sometiendo a los roedores al contról epizoótico;

Que para proteger al hombre contra la difusión de la peste de forma ganglionar, bubónica, la prevención biológica puede ser útilmente empleada; y

Que esta labor debe hacerse por una entidad superior centralizadora.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, con el fin de conocer el desarrollo y extensión de la Parasitosis intestinal en el Continente, recomienda a las Instituciones Sanitarias de los países de la Unión Pan Americana que envíen aquellos trabajos reconocidos oficialmente como importantes, para los fines indicados a la Oficina Sanitaria Pan Americana, la que se ocupará de estudiar este problema en el sentido de formar la geografía de la Parasitosis en América.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana recomienda a los gobiernos americanos que cooperen por medio de leyes, decretos o acuerdos a la ejecución de las campañas sanitarias que contra las enfermedades venéreas se están llevando a cabo en todo el Continente, y excita, de la manera más respetuosa, a dichos gobiernos para que por estos medios se aminore la prostitución.

Que se establezcan clínicas venéreas oficiales gratuitas, dotadas de medicamentos completos, donde el público encuentre remedio a su alcance y se pueda de este modo restringir la propagación de las enfermedades venéreas.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana teniendo en cuenta la participación de los gobiernos de las Repúblicas Americanas en la Conferencia Internacional de Sanidad, reunida en París, en junio de 1926, para la revisión de la Convención Sanitaria Internacional de 1912, es de opinión, que la Oficina Sanitaria Pan Americana debe asumir y cumplir sus deberes y obligaciones de organización regional, como se le llamó en esa Convención, en lo que respecta a la recolección y trasmisión de informaciones a los gobiernos miembros de ella y a la Oficina Internacional de Higiene Pública.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana en vista de los progresos alcanzados, en la lucha antituberculosa, en los diversos países y en los nuevos métodos de inmunidad actualmente difundidos, recomienda a los gobiernos que por intermedio de sus instituciones de Sanidad envíen periódicamente a la Oficina Sanitaria Pan Americana todos los datos relativos a la vacunación antituberculosa, debiendo esta Oficina dar a conocer las informaciones sobre los resultados obtenidos en el Continente americano, en la próxima reunión.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana sugiere a los gobiernos americanos que consideren la cuestión del examen prenupcial como un complemento a la profilaxia de las enfermedades venéreas.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana declara· Que la salud y bienestar de la clase trabajadora está íntimamente ligada a la salud pública y al engrandecimiento económico de un país y los daños derivados de la industria causan a la nación grandes perjuicios, disminuyen el rendimiento actual y, sobre todo, el rendimiento futuro de la población, minando su salud; por lo que recomienda a los diversos países de América la necesidad de establecer organismos especiales dentro de la administración sanitaria, encargados de todo lo que se refiere al trabajo y a la higiene industrial, a fin de colocar a los obreros en las mejores condiciones de vida y de trabajo, de acuerdo con sus aptitudes físicas y mentales.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana declara que el alastrim debe ser considerado, mientras no se aclare definitivamente su naturaleza, respecto de las medidas de orden sanitario internacional, como equivalente a la viruela.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, recomienda a los países americanos que establezcan el intercambio mútuo de todos los reglamentos, leyes y disposiciones sanitarias y de todas las informaciones exactas que puedan tener interés para los demás países, enviándolos, asímismo, a la Oficina Sanitaria Pan Americana.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana en vista del deseo evidente, que hay de realizar reuniones de la Junta Directiva, del departamento Pan Americano de Sanidad, de tiempo en tiempo, según lo requiera las necesidades, resuelve:

1.—Que reuniones de la Junta Directiva se realicen en Washington, al llamamiento del Director y en intervalos de un año o dieciocho meses según lo exija las circunstancias; y

Que se resuelva más adelante que los gastos actuales y de viaje de los miembros de la Junta Directiva, sean pagados de los fondos de la Oficina Sanitaria Panamericana, incluyendo los gastos diarios durante el período de la Conferencia, gasto que no debe exceder de diez dollars oro americano diarios.

2.—Cuando, a discreción del Director, un miembro o representante de la Junta Directiva, tenga que cumplir alguna misión oficial, fuera del lugar de su residencia, se autoriza al Director para pagar de los fondos de la Oficina, los gastos necesarios y de viaje de aquel miembro representante, incluyendo los gastos diarios, como se dispone en el párrafo 1, que antecede, por los períodos en que no está ocupado en viajes marítimos.

Se tiene entendido que los sueldos serán pagados por el gobierno del miembro o representante.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, resuelve que, como necesidad evidente de un contacto mayor e intercambio de informaciones más perfecto entre las autoridades sanitarias de las repúblicas americanas, debe crearse y crea en este momento el puesto de comisionado viajero, que debe ser ex-oficio, miembro de la Junta Directiva de la Oficina Sanitaria Pan Americana, el que será designado por el Director, entre los miembros de los Servicios Sanitarios de las varias repúblicas, por períodos de tiempo que estime necesario, para el servicio del departamento.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana. recomienda al estudio y resolución de la IX el punto relacionado con la organización hospitalaria con criterio sanitario en América, y a la Oficina Sanitaria Pan Americana, la recolección sistemática de informaciones sobre la situación de los hospitales en el Continente, obtenidas de las autoridades sanitarias.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, dada la importancia y los resultados favorables obtenidos en los países en que ha sido resuelto el problema de la higienización de la leche y especialmente en lo que se refiere a la pasteurización de este producto alimenticio, y la reducción observada, desde el punto de vista de la mortalidad infantil y de la demografía general, recomienda a los gobiernos que presten la mayor atención a los métodos científicos y procedimientos adoptados en algunos países, para obtener en el plazo más reducido, la disminución de gran número de enfermedades, que puedan ser evitadas y señala como tema la IX Conferencia la confección de una ley u ordenanza modelo sobre higienización de la leche de consumo.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, ha tomado conocimiento del proyecto de reglamento sobre higienización de la leche que ha formulado la comisión especial designada por el gobierno del Perú, y se complace en declarar que desde el punto de vista científico satisface las exigencias de la higiene.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, reitera que se forme un personal sanitario, sobre la base de la más completa idoneidad y con el estímulo del ascenso legítimo y gradual en dicha carrera, y al mismo tiempo, recomienda la creación de Institutos de Higiene y Medicina Social para la realización de este propósito.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana insiste en llamar la atención de los gobiernos americanos, sobre la utilidad de la lucha contra el alcoholismo, dentro de las características propias de cada país.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, sugiere que para las futuras Conferencias, la Oficina Sanitaria Pan Americana solicite de los gobiernos de los países signatarios una lista de cuestiones sobre cuyo estudio tengan especial interés dichos países; nómina

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

que debe ser recibida por la Oficina Sanitaria Pan Americana 18 meses, por lo menos, antes de verificarse la próxima Conferencia. La mencionada Oficina examinará y seleccionará las cuestiones propuestas, formulando un programa con los puntos más importantes, a juzgar por el número de países que los hayan propuesto. Este programa será enviado a los gobiernos para su estudio, por lo menos un año antes de la IX Conferencia. Al celebrarse la IX Conferencia, cada delegado leerá un resumen de no más de dos páginas de papel corriente, sobre los temas que, dentro del programa, le interesen; sin perjuicio de que presente estudios completos sobre las mismas cuestiones, los cuales serán entregados a la Presidencia de la Conferencia.

La VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana, teniendo en cuenta que determinados países de América se preocupan de la enseñanza escolar y las condiciones pedagógicas en que esta se realiza, tanto en lo que se refiere al edificio escolar como a los métodos de enseñanza, vigilancia sanitaria, etc., recomienda a todos los gobiernos, dedicar su atención a estos problemas de higiene escolar, dada su importancia social y también económica, enviando las instrucciones respectivas, un año antes de la próxima reunión, a la Oficina Sanitaria Pan Americana, con los informes que considere convenientes para adopción de métodos o procedimientos de reforma sobre esta importante cuestión, debiendo figurar este tema en el programa de la IX Conferencia.

La Conferencia, en sesión de 19 de octubre de 1927, procedió a designar la Sede de la IX Conferencia Sanitaria Pan Americana, habiéndose designado, por aclamación, la ciudad de Buenos Aires República Argentina, y como Presidente Provisional de la IX Conferencia Sanitaria Pan Americana, al señor doctor Gregorio Araoz Alfaro, presidente del Departamento Nacional de Higiene de la Argentina.

La Conferencia renovó el personal de miembros de la Oficina Sanitaria Pan Americana de Washington, que ha quedado integrada en la siguiente forma:

Director de Honor. — Doctor Carlos Enrique Paz Soldán.
Director. — Doctor Hugh S. Cumming.
Vicedirector. — Doctor Mario G. Lebredo.
Secretario. — Doctor Sebastián Lorente.
Vocales.— Doctor Solón Núñez F., Doctor Ramón Baez Soler, Doctor Justo F. González, Doctor João Pedro de Albuquerque.

Sesión de clausura

La sesión de clausura de la Conferencia se efectuó en la tarde del 20 de octubre bajo la presidencia del doctor Carlos Enrique Paz Soldán. En dicho acto hizo uso de la palabra el Presidente de la Delegación Peruana, doctor Sebastián Lorente, que se expresó así:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Señor Presidente de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana,
Señores delegados, señores:

Es con fervoroso sentimiento de higienista y de americano como me dirijo a esta asamblea para traducir y formular el íntimo voto con que clausura sus labores, voto en que se condensa todo lo que queda de nuestras deliberaciones, señalando como hitos luminosos una proficua jornada en la vía de la cooperación sanitaria panamericana.

Me abstendré de toda hipérbole acerca del valor de esta jornada. El higienista no es un ideólogo sino un realizador, de modo que le toca medir sus avances y sus victorias con objetividad estadística.

Hemos trabajado bien, al impulso del mismo anhelo profesional y humano, para de ensanchar y afirmar la colaboración de nuestros pueblos en materia sanitaria. He aquí, a mi juicio, el mejor elogio de esta Conferencia que significa un paso más hacia la solidaridad sanitaria.

Por la naturaleza de sus deliberaciones, estas asambleas tienen un carácter eminentemente práctico, lo más lejano posible de la academia. Los temas propuestos a nuestro estudio son, forzosamente, temas prácticos, respecto a los cuales es nuestro deber arribar a conclusiones precisas,cuya aplicación conduzca de manera segura a la higiene continental, a la consecución de sus más inmediatos objetivos. Con este concepto hemos trabajado en reuniones cuyo ambiente ha tenido más de laboratorio que de parlamento; pero que no por esto han sido menos fecundas en el servicio de nuestros ideales americanistas.

El panamericanismo no ha prosperado tal vez en ningún campo tanto, como en el de la cooperación sanitaria que, obedeciendo un imperativo de la realidad, establece la más igualitaria y altruista de las solidaridades: la de la lucha por la defensa y el mejoramiento de la especie humana. Las convenciones sanitarias panamericanas, al coordinar los métodos y aumentar el conocimiento recíproco, estimulan a los pueblos menos adelantados y permurosos a alcanzar prontamente el nivel de progreso higiénico de los que marchar a la vanguardia. El ejemplo de los Estados Unidos señala nuestro derrotero. La Gran República del Norte es la nación que mejor ha abordado y resuelto sus problemas médico sociales, según lo comprueban así sus índices de mortalidad y morbilidad, como el tono de vitalidad y juventud de su raza, apta y pronta para las más audaces empresas. La fuerza y el brío vitales de los Estados Unidos no se manifiestan sólo por el empeño de poseer las mejores usinas, las mejores ciudades, ni las mejores manufacturas, sino sobre todo y ante todo por la ambición de producir los mejores hombres. El afán del recordman tiene, a mi parecer, este alto sentido biológico y eugénico. Y esto nos revela que todo el grandioso desarrollo norteamericano reposa sobre las bases inconmovibles de un nuevo y positivo concepto de la sanidad.

Esto no puede sorprendernos si recordamos que la higiene moderna es una de las más típicas creaciones de la civilización occiden-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tal. Las conocimientos históricos contemporáneos establecen perfectamente la primacía incontestable, la superioridad absoluta de nuestra civilización a este respecto sobre todas las civilizaciones que la han precedido,ninguna de las cuales alcanzó una noción igual del valor de la salud humana y menos aún imaginó medios de defenderla y preservarla.

América es el continente predestinado para que esta civilización realice sus más altos ideales. Crisol de todas las razas, crucero de todos los caminos del mundo, América ha recibido el ingente patrimonio de ciencia y de ideal de Europa para engendrar un nuevo tipo humano, en el cual se adunen y exalten todas las virtudes y se borren todas las taras de la especie. La higiene americana ha realizado la más extraordinaria y característica obra de la historia sanitaria, llevando a cabo la salubrificación de Panamá y Cuba. Uno de los más arraigados prejuicios del hombre europeo, el de la insalubridad e inferioridad ineluctable del trópico, ha sido dstruirdo por la voluntad y el genio de los higienistas, cuyo esfuerzo ha vencido a la naturaleza, creando en el regazo ecuatorial condiciones físicas para el desenvolvimiento de un tipo standard de vida, tan perfecto como el del mejor centro mundial. Tan espléndida conquista tiene para el porvenir una trascendencia inconmensurable ya que del dominio del trópico depende, según todas las previsiones, el florecimiento de una gran civilización en este continente,

América tiene problemas médico sociales específicamente propios, cuya solución integral y certera reclama la elaboración y unificación de su conciencia sanitaria, en armonía con una realidad singular dentro del panorama del mundo. Nuestro continente necesita población. El porvenir de los países latinos de América depende de su aptitud para acrecentar pronta y ventajosamente su capital humano. Estados Unidos tiene zanjada esta cuestión hace algún tiempo. Sus índices vitales le aseguran un vigoroso crecimiento autógeno y esto le ha consentido ya restringir al mínimu la inmigración. La América Latina, en tanto, debe abrir sus fronteras a las corrientes inmigratorias. Este hecho nos diferencia fundamentalmente de Europa y Asia, continentes superpoblados que sufren de exceso de población y de desequilibrio entre los medios de subsistencia y el desarrollo demográfico. Si en la América Latina la natalidad no encuentra ningún freno, y la población es prolífica, la mortalidad infantil, en cambio, por el desenvolvimiento limitado aún de la asistencia social y de la educación popular, alcanza cifras excesivas. La salvación de la infancia y la protección de la madre se presentan, por tanto, como los objetivos más importantes del Estado en el terreno asistencial, para que no sean los propios factores económico-sociales de estos países los que empobrezcan su vitalidad.

Y lo mismo nos indican los otros aspectos de la realidad biológica, económica y social de la América Latina: que el desarrollo de los países que la componen está subordinado a la solución de su problema sanitario. La higiene y la asistencia tienen la misión tanto de favorecer la multiplicación y el mejoramiento del capital autóctono, como de atraer las más convenientes y provechosas inmigraciones, favoreciendo luego la asimilación por los núcleos na-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

cionales.Ningún país que no se halle en situación de garantizar a sus propios habitantes condiciones satisfactorias de salubridad, puede esperar que converjan hacia su territorio corrientes inmigratorisa procedentes de naciones más adelantadas.

Tiene la sanidad panamericana otro problema particular, determinado por la situación geográfica del continente. Me refiero a la dualidad de conceptos que informan la política sanitaria de América; según que mire a Europa, exige la eliminación de todas las barreras capaces de estorbarlo; en nuestras relaciones con Asia, en donde subsisten aún viejos flagelos, debemos, como lo indiqué en la Conferencia cuarentenaria de Panamá, mostrarnos precavidos. No podemos cerrar nuestras puertas al Asia, que guarda un rico patrimonio de cultura y de tradición y que nos abre ancha vía de intercambio comercial; pero los pueblos de la costa del Pacífico estamos obligados a defendernos de las influencias mórbidas que de ese viejo continente puedan venirnos.

Las Conferencias Sanitarias Panamericanas cumplen pues, mediante la colaboración de los personeros de la higiene pública de cada país, la magna obra de armonizar la pauta sanitaria continental con las necesidades de la realidad médico-social y los medios científicos y económico de que se dispone para enfrentarlas; y de impulsar y orientar la acción de los diversos países americanos, con las sugestiones dictadas por la renovación científica y el estudio práctico de los problemas de la sanidad.

En ambas direcciones, la labor de la VIII Conferencia, que clausura en este momento sus sesiones, ha sido extraordinariamente eficaz y activa. El Código Sanitario Panamericano queda perfeccionado y complementado y en condiciones de inmediata ratificación por los países signatarios. El procedimiento relativo a las ratificaciones, propuesto por el distinguido delegado cubano doctor Rensoli, allana y precisa dicho trámite, en forma que evita toda demora. El "memorandum de interpretación", por inteligente iniciativa de nuestro eminente colega el doctor Long, separa los acuerdos que tienen el carácter de una aclaración, de los que, por su naturaleza, implican una modificación especial, estorbando la urgente entrada en vigor del Código.

Las recomendaciones de la Conferencia a los gobiernos de América son todas de la más señalada importancia. Merecen ser especialmente destacadas las que sugieren radicales medidas en la sanidad marítima y portuaria: construcción de muelles y barcos a prueba de ratas y establecimiento de inspectores sanitarios de navío; la que ratifica el criterio de centralización y autonomía de los servicios de sanidad y asistencia social, en virtud del cual se proclama la necesidad de reunir esos servicios bajo la autoridad técnica y administrativa de un ministerio especial; la que declara que la salud y el bienestar de las clases trabajadoras se encuentran estrechamente ligados al progreso económico y biosocial de toda nación y que, en consecuencia, corresponde a la administración sanitaria central ejercer particular vigilancia y tutela de la salud obrera en las fábricas, talleres y demás centros industriales; la que propone una campaña integral para prevenir y remediar los daños y

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

peligros entrañados por la propagación de las toxicomanías, uno de los más graves fenómenos de la presente hora médico-social; la que reafirma el concepto que debe presidir la lucha contra la peste bubónica, planteando esta cuestión en toda su magnitud; la que estimula las campañas sanitarias contra las enfermedades venéreas y en pro del aminoramiento progresivo de la prostitución; la que propone la adopción, en todos los países que no lo hayan efectuado aún, de la nomenclatura de las causas de muerte que rige en los Estados Unidos; la que establece el cargo de comisionado viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana con el fin de acrecentar la coordinación y aproximación de los diversos departamentos de Sanidad; la que invita a los Estados americanos a proseguir activamente, dentro de las modalidades propias de cada medio, la lucha contra el alcoholismo; la que señala la necesidad de la preparación profesional del personal de Sanidad estableciendo la carrera sanitaria y recomendando para este fin la fundación de institutos de Higiene y Medicina Social; la que, después de pronunciarse por el empleo extensivo de la pasteurización y demás procedimientos científicos como medio de obtener la higienización de la leche, incluye en el programa de la próxima Conferencia el tema de una ley u ordenanza modelo sobre el particular; la que aprueba los puntos de vista formulados sobre esta cuestión por la comisión nombrada por el Gobierno Peruano para estudiarla; la que somete a la IX Conferencia el importante tema de la organización hospitalaria dentro del mecanismo de la Sanidad y pide a la Oficina Panamericana la recolección sistemática de informaciones sobre la situación de los hospitales; y la que solicita la atención de los Gobiernos para la mejor solución de los trascendentales problemas de higiene escolar.

Todos estos votos de la Conferencia comprueban la visión cabal y precisa que de los problemas sanitarios de América tienen los representantes de la sanidad Panamericana, congregados aquí con elevado espíritu realizador, a la vez que con exaltado idealismo americanista y con profunda fe en los grandiosos destinos del continente.

Reclama igualmente el mayor encomio la acertada designación de Buenos Aires como sede de la IX Conferencia que encontrará en esa gran urbe, hogar grato y propicio. Que los estimados colegas de la delegación argentina lleven a nuestros queridos compañeros de la Patria de San Martín el mensaje fraternal de nuestra entusiasta congratulación por ese voto, especialmente simpático a la delegación peruana por los lazos históricos y sentimentales que unen al Perú y la Argentina.

Amplio espíritu americanista, ha presidido, igualmente, la elección del nuevo personal de la Oficina Sanitaria Panamericana al dar participación preferente en su composición a la América Latina y llevar a la presidencia de honor de ese organismo continental al ilustre higienista doctor Paz Soldán que, con tan singular acierto y tan infatigable celo, ha dirigido nuestras deliberaciones, hábilmente secundado por nuestro distinguido colega el doctor Caravedo, secretario de la Conferencia. Personalmente, debo a la asamblea el más profundo reconocimiento por el honor altísimo que me ha dispensado al elegirme secretario general de la Oficina Sanitaria

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Panamericana, voto en el cual quiero ver, ante todo, una expresión más de vuestros sentimientos de cordialidad y estimación por la Sanidad Peruana.

Me toca, finalmente, referirme, con particularísima satisfacción al voto que expresa el aplauso de la Conferencia al Presidente de mi patria don Augusto B. Leguía, por la grata hospitalidad ofrecida a los delegados y por los progresos exepcionales que bajo su administración han alcanzado en el Perú las obras básicas de la Higiene y del Saneamiento. Este voto panamericano, consagra autorizada e internacionalmente la magnífica obra médico-social del eminente estadista que con genial visión del porvenir, preside nuestros destinos.

A nombre de la delegación peruana,y como Director de Salubridad Pública del Perú, declaro mi agradecimiento a las delegaciones aquí reunidas por este valioso voto.

Señores delegados·

He hecho, brevemente, el resumen de los trabajos culminantes de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana y la afirmación de los ideales que inspiran a la Sanidad del Continente Colombino. Ha concluído una jornada de la labor a la que todos los higienistas de América entregamos lo mejor de nosotros mismos· el ideal y la voluntad de construir la futura civilización americana sobre la base del bienestar y el mejoramiento humano. Pero bien sabemos que en esta jornada no culmina y mucho menos concluye nuestro esfuerzo. El progreso tiene inagotables perspectivas; y a la ciencia sanitaria le corresponde actuar sobre una realidad en constante movimiento y continua modificación. Por consiguiente, nuestro máximo voto debe ser porque cada Conferencia marque un nuevo instante de la higiene panamericana y estrechando más y más la colaboración de nuestros países, sepa atalayar con generosa y amplia visión, el espléndido porvenir del nuevo mundo.

A todos vosotros expreso, en nombre de la Conferencia, los mas cordiales agradecimientos por la inteligencia y brillante colaboración que habéis prestado a sus trabajos. Y creo interpretar también el sentimiento unánime de la asamblea y de la delegación Peruana confiando a cada delegación el encargo de trasmitir a la Sanidad Pública de su país, nuestra entusiasta congratulación por la eficiente obra que en el último periodo ha realizado y que hemos apreciado y aplaudido con acendrado espíritu de solidaridad Panamericana.

Unas últimas frases del doctor Paz Soldán pusieron fin a la reunión de la VIII Conferencia Pan Americana, que al clausurar sus sesiones dejó la impresión de que sus componentes, trabajando por el progreso sanitario de América, han hecho obra útil para el Continente y para sus países. El doctor Paz Soldán pronunció palabras de despedida llenas de emoción, de simpatía y gratitud para todos los que le acompañaron en los trabajos de la Conferencia Sanitaria.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Prensa Médica Cubana

CLASIFICACION DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR DEL ADULTO POR LOS DRS. PEDRO A. CASTILLO Y PEDRO L. FARIÑAS. (*Vida Nueva*. Habana, mayo 1927).—Cuando se recorre la historia siempre instructiva de la tuberculosis pulmonar, llama la atención la tendencia a establecer una clasificación que sirva de guía en la interpretación tan difícil de los casos aislados. En el momento actual nadie podría afirmar que existe una clasificación capaz de responder a todas las exigencias de la ciencia moderna. No obstante la necesidad imperiosa de tener una orientación en el conjunto tan variado de la tuberculosis pulmonar, impele a los autores a trazar una pauta que sirva de guía en el establecimiento de un diagnóstico correcto y que autorice emitir un juicio terapéutico seguro.

Con tal objeto estudian este importante capítulo de la tisiología desde los primeros intentos de Laennec y Grancher. Sin merecerles atención la clasificación tan extendida en Alemania de tisis incipiente, t. confirmada y consumada, ni las de Marfan, Pegurier y Sternberg, examinan los autores la propuesta por Turban y la del mismo modificada por Philipi, señalando los errores que ofrece dividir el tercer período en formas extendidas a tres o más lóbulos, a la manera que lo hacía la antigua de Gerhardt.

Después de mencionar la clasificación adoptada por la Asociación internacional contra la tuberculosis, basada en la de Turban, analizan la de Kuss. La clasificación de Bard les merece interesante consideración. Es innegable el mérito extraordinario de este autor, al individualizar por vez primera, el conjunto tan intrincado de la tuberculosis pulmonar; sin embargo, los autores creen que no puede generalizarse en la práctica diaria, porque su fundamento anatómico evidente es solo comprobable en la mesa de autopsias. Piery, Dumarest y Bernard, todos discípulos y divulgadores de Bard, han tratado de modificar un tanto su clasificación, simplificándola, siendo el primero el único en mantenerse de una manera fiel a su conjunto. Dumarest coloca la granulia aparte, y sólo menciona 5 formas parenquimatosas, 2 bronquicas y 2 pleurales; y Bernard introduce en ella el elemento fiebre considerándolo a veces como una base directa de agrupación.

Jaquerot fundamenta su clasificación en el estudio radiológico de los casos y en la evolución de la enfermedad, teniendo en cuenta su aspecto anatomo-clínico, lo que no aceptan los autores porque sería colocar en el mismo grupo formas tan desemejantes como el tipo abortivo y la forma cavitaria. León Bernard se hace defensor de la base puramente clínica para proponer su clasificación, que aunque susceptible de guiar de una manera bastante segura al

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

práctico, es posible ensancharla de acuerdo con nuestros medios actuales de investigación.

Estudiando las clasificaciones alemanas modernas que tienen fundamento anatómico por lo general, los autores toman como tipo la de Ashoff, que representa un esfuerzo anatomo-patológico notable, pero consideran que no puede guiar al médico práctico, siendo más aplicable a la clínica la llamada de Aschoff-Nicol, porque introduce criterios clínicos y radiológicos que la hacen más aceptable. Las de Fraenkel y Graff tendrían valor desde el punto de vista del pronóstico; y las de Küpferle, Ziegler, Cruschmann, Tendelvo, Belz, etc., no son sino ligeras variantes de las que acabamos de mencionar.

Las clasificaciones rusas de Russisch, Schwaizer, tienen el fundamento de las clasificaciones alemanas, siendo en realidad la última de ellas una combinación de la de Ashoff modificada por Absikosow.

Castillo y Fariñas revisan enseguida la clasificación del polonés Sterling, del italiano Sega, del español Sayé y del argentino Araoz Alfaro que se fundan en el concepto general anatomo-clínico de las clasificaciones francesas, terminando la primera parte de su trabajo con la revisión de las clasificaciones más extendidas en los países de habla inglesa, que tienen como base la aceptada por el Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en Washington.

Después de esta revisión los autores proponen la suya, no con las pretensiones de una clasificación, sino con el deseo de simplificar lo más posible este capítulo de la patología. Conservan de manera general la división entre formas agudas y crónicas, no sin mantener algunas reservas en cuanto a las formas agudas, porque en realidad, muchos tipos aceptados en la clínica como tales, se presentan frecuentemente como formas de transición. Hoy se sabe que la tuberculosis fibrocaseosa común puede comenzar por un accidente neumónico agudo, neumonía que no sería más que el primer episodio de una tuberculosis crónica. Igual ocurre con las granulias, una veces aguda y mortal; otras fría y de marcha crónica, que evolucionan con tolerancia completa por el sujeto, o por el contrario, formas crónicas más o menos prolongadas en las que aparecen signos de agudeza que hacen sucumbir al enfermo.

Apesar de estos tipos de transición que harían imposible toda clasificación, los autores siguen la corriente más admitida por los clásicos, pero llamando la atención en cada capítulo sobre las formas atípicas.

El esquema comprende como tuberculosis agudas; 1°. formas granúlicas (granulia pulmonar y granulia secundaria pulmonar); 2°. formas neumónicas (neumonía caseosa, neumonías curables, focos neumónicos de Rist-Ameuille, congestiones pulmonares); y 3°. formas bronco-neumónicas (tísis galopante, focos bronconeumónicos discretos).

Las tuberculosis crónicas las agrupan en 1°. formas fibrosas, que pueden ser localizadas (esclerosis apical inactiva, esclerosis apical activa, pleuritis apical, esclerosis pseudolobares, cisuritis y pericisuritis, formas cavitarias sin caseosis) o extensivas (esclerosis

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

difusa, fibrotórax) y 2°. formas fibro-caseosas, con dos subgrupos de extensión (tisis ulcerosa común) y localizadas (forma pseudo-lobar y forma cavitaria). Por último en un addendum incluyen la adenopatía tranqueo-bronquial, el neumotórax tuberculoso y las formas septicémicas no foliculares.

A mucha extensión llevaría la revisión de todos los conceptos que los autores emiten para explicar su clasificación. El estudio clínico, los aspectos radiológicos, la anatomía-patológica, etc., de las diversas formas de la tuberculosis pulmonar, son los puntos que más han interesado la atención de los autores. La exposición es clara y para llegar a todos los espíritus, no hay divagaciones enojosas; después de la información doctrinal precisa, aportan los datos de su observación personal; cada afirmación tiene su documentación adecuada; profusión de grabados ayudan a comprender las ideas expuestas. Son 50 páginas nutridas, llenas de saber y erudición, y que interesan al lector desde sus comienzos. Trátase en suma, de un trabajo sabio y utilísimo, de un trabajo en el que los autores han sabido mantenerse constantemente al día, y en que merced a su infatigable celo por la ciencia y su tesón por el adelanto de la disciplina que cultivan, han sabido vivificarla con la renovada contribución de sus observaciones clínicas.

Este es el mejor elogio que puede hacerse de los autores y de su obra, llamada a difundirse y a conquistar nuevas presas entre los cultores de la tisiololgía.

DR. ERNESTO EGO AGUIRRE.

Conferencias

PSICOTECNIA Y ORIENTACION PROFESIONAL.

En una actuación organizada por la «Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social», el Dr. Carlos A. Bambarén, desarrolló el tema del epígrafe. Damos un extracto de su disertación.

El progreso de las industrias y de la economía nacional, se acrecienta cuando la selección y la orientación profesional se realizan de acuerdo con las normas científicas; se aprovechan mejor las fuerzas humanas y las aptitudes individuales, cuando se coloca a los individuos en el oficio o profesión más adecuado a sus capacidades de trabajo, que en último término se resuelven en sus aptitudes orgánicas y mentales.

La elección de un oficio o de una profesión, lo resuelve, hoy la casualidad, debiendo ser el resultado de una selección científica que ya está implantada en muchos países. El conjunto de procedimientos que hacen esta obra selectiva, hecha a base principal del estudio de las aptitudes mentales, constituye la *Psicotecnia*, que es la aplicación de la Psicología científica a la vida práctica, denomi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nándose *Telergélica* cuando se ocupa de adecuar la energía psicofísica del trabajador.

El comercio, la industria, la agricultura, la administración pública, los servicios de comunicaciones, de seguridad y de defensa social, etc., necesitan estar desempeñados por sujetos que posean aptitudes mentales que los hagan capaces del mayor rendimiento.

Se ocupó en seguida el doctor Bambarén de cómo había nacido la Psicotecnia y del impulso que le dió la guerra, donde hubo que pedir el máximo de labor y de eficiencia para vencer las contingencias del estado bélico.

Antes de la guerra, Munsterberg estudió a las telefonistas en la gran compañía americana de teléfonos, que cuenta 16,000 empleadas, señalando las pautas psico-experimentales para descubrir a las aptas para ese oficio, así como a los conductores de tranvías, ya que es necesario evitar los accidentes.

Durante la guerra la Psicotecnia alcanzó el máximo desarrollo; Alemania la introdujo en el ejército desde 1916 y los demás países tuvieron que seguir esos métodos, especialmente para la selección de los aviadores, ya que el ejercicio de esta profesión coloca a los que la desempeñan en condiciones especialísimas: sometidos a las contingencias del funcionamiento del aparato de volación y a las infinitas variaciones atmosféricas.

El período post-bélico obligó a un esfuerzo considerable a la industria que tuvo que hacer científicos sus procedimientos de trabajo, dando esta necesidad gran impulso a la Psicotecnia, que ensanchó su campo de acción.

En seguida trató de la forma como debe de hacerse la obra psicotécnica, reconociendo que la orientación tiene que comenzar desde la escuela, con la ficha psicopedagógica del escolar, para que una vez que se termina esa etapa de la vida, pueda orientarse debidamente al ciudadano.

Estudió, después, las aptitudes mentales, que se reducen en último término, al conocimiento de la capacidad sensitiva de los sentidos, de las diversas formas de memoria (auditiva, visual, motriz, etc.), de las reacciones psicomotrices, de la capacidad de abstracción, de la voluntad, etc. etc.

Trató a continuación, de la actualidad del tema entre nosotros, por haber sugerido la Municipalidad de Lima la creación de una escuela de choferes; alabó la bondad de la idea, recalcando su alta finalidad y dijo que para conseguir los mayores rendimientos, era necesario establecer previamente la selección psicotécnica de los que fuesen candidatos; porque aunque haya integridad corporal, puede existir anomalía mental que los haga incapaces para el desempeño del oficio.

La incapacidad se puede exteriorizar en un momento cualquiera de su actuación profesional, por el hecho mismo de su trabajo, por factores agregados que se suman a los que engendra el dinamismo diario, o por alguna falla psíquica que sólo puede descubrir el médico psicólogo.

El estado mental de los guiadores de vehículos, es muy importante de conocer, porque él explica muchas veces los accidentes que

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

se producen en el tráfico. A este respecto hizo una serie de comentarios, refiriendo los acuerdos de diversas instituciones científicas que han insistido últimamente en Francia, en la necesidad del examen mental del personal de trasportes.

Refirió las pruebas que tienen que pasar los que desean obtener brevete para conducir tranvías, automóviles y locomotoras, en los países que tienen establecida la selección psicotécnica del personal de trasportes, demostrando la conveniencia de implantarlas lo más pronto entre nosotros.

Refirió con detalle las que siguen Moede de Berlín y Emilio Mira de Barcelona.

Trató a continuación de la importancia que tiene seleccionar, con idéntico criterio, a los que tienen a su cargo la dirección del tráfico, pues nada se ganaría con la selección de los guiadores de vehículos, si se omitiese de los que dirigen el tránsito; ambos se complementan.

Por último dijo que habían técnicas psicológicas para seleccionar a los aviadores, a los obreros de la industria metalúrgica, a los empleados de oficina y de comercio, a los tipografos y linotipistas, a las telefonistas, al personal radiotelegráfico, al que se dedica a conservar el orden urbano y rural (policía), etc.

La policía, dijo, es la que más necesita de este examen mental antes de ingresar al Establecimiento donde hace su aprendizaje; el perfeccionamiento que indiscutiblemente ha alcanzado dándole relieve y brillo, le imponen un desarrollo cada vez más perfecto, que el progreso social demanda con más exigencia, como resultado de la acelerada marcha de nuestro dinamismo urbano y rural.

Entrando a las realizaciones prácticas de la Psicotecnia, el doctor Bambarén refirió la forma cómo en muchos países del mundo se han organizado los institutos de psicotecnia y orientación profesional: dijo que se ha centralizado en un solo organismo todo lo que se refiere a esta forma de psicología aplicada; la selección escolar, la selección profesional, tanto para los oficios, cuanto para las labores profesionales propiamente dichas, se hacen por un personal ad-hoc que integra el instituto. En la República Argentina, por ejemplo, el Instituto Psicotécnico y de orientación profesional, comprende en su trabajo a todas las manifestaciones sociales.

Con las leyes de protección social que favorecen al accidentado en el trabajo, con la difusión de los seguros, que cubren cada vez mayor número de riesgos, se comprende el interés que tiene la industria, el capital y las compañías aseguradoras, en la difusión del examen psicotécnico de los trabajadores; su buena selección disminuye los accidentes de trabajo, aumenta la producción y acrecienta la riqueza; al mismo tiempo por la obra selectiva, con fines de higiene mental, se impediría que los sujetos de constitución mental anómala, ingresen a la industria y por su carácter turbulento fomenten los conflictos obreros, que muchas veces no tienen otra explicación. Las compañías de seguros también tienen interés en estas cuestiones, porque se pueden reducir a un mínimo los riesgos, con las consiguientes indemnizaciones que por más elevadas que sean en lo que a dinero se refiere, nunca igualan a las pérdidas de vidas,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

indemnizando a las familias, más nunca al país, que pierde un capital productivo, el más valioso de todos los capitales.

Terminó haciendo proyectar algunas vistas y fotografías de aparatos usados en Psicotecnia e insistiendo en la necesidad de crear un Instituto Nacional de Psicotecnia, que vendría a satisfacer una exigencia impuesta por nuestro progreso.

Notas Terapéuticas

INYECCIONES INTRAMUSCULARES Y ENDOVENOSAS DE SOMNIFENE. — Por vía bucal, en forma de gotas, el somnifene se utiliza mucho en la práctica médica, en todos los casos en que se halla indicada la medicación hipnótica. En forma de inyecciones intramusculares y endovenosas, se emplea sobre todo en los casos de urgencia y en la práctica neuropsiquiátrica.

H. Boudouin (*Pratique Medicale Francaise*, febrero 1927) acaba de publicar algunas observaciones muy interesantes acerca de la importancia de las inyecciones endovenosas de somnifene en la exitación episódica, la agitación maniaca intensa, para transportrar o intervenir en sujetos agitados, etc., El autor ha podido comprobar el buen efecto del medicamento inyectado de este modo; pero subraya la obligación en que puede uno verse de recurrir a las inyecciones intramusculares, como ha tenido ocasión de hacerlo en un epiléptico en el curso de un período de excitación postparoxística. Esta observación merece citarse porque indica el uso del *somnifene*, en inyecciones, en el curso de paroxismos comiciales. Es una confirmación de lo dicho por Rimbaud, Boulet y Chardonneau acerca del empleo del somnifene en el estado de mal epiléptico.

Esta nota clínica tan documentada de Boudoin incita a volver a leer los diversos y tan importantes trabajos de Ramond, Laporte y Quenée, acerca del tratamiento del delirium tremens por el somnifene.

EL TRATAMIENTO MEDICO DE LA ANGINA DE PECHO.—Tiene importancia primordial la terapéutica sintomática de la angina de pecho, porque es a menudo la única arma de que dispone el médico práctico. Valery (*Concours Medical* N°. 19, París, 1927) insiste sobre las ventajas de la *spasmalgine*, combinación de pantopon, papaverina y éter sulfúrico de atropina que recomienda igualmente Timbal en el tratamiento de las estenosis pilóricas.

Como bien se sabe, el pantopon contiene en forma de clorhidrato soluble la totalidad de los alcaloides del opio. Es el opio total inyectable. La papaverina muy poco tóxica (puede darse de 0 gr. 20 a 0 gr. 30 al día) es un antiespasmódico de acción electiva sobre la musculatura lisa de las vísceras y de los vasos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El éter sulfúrico de atropina tiene la ventaja sobre la atropina de no provocar aumento de la presión sanguínea, sequedad de la boca, parálisis del tubo digestivo, ni midriasis. En cambio tiene electivamente las propiedades excitantes centrales de la atropina que hacen de él el antídoto de elección de la morfina.

Por esta composición la *spasmalgine* tiene la propiedad de hacer desaparecer las contracciones convulsivas de la musculatura lisa y los fenómenos dolorosos consecutivos a las perurbaciones funcionales; es, pues, el medicamento de elección de la crisis de angina de pecho. En caso de acceso de mediana intensidad, se la podrá prescribir en forma de comprimidos.

Antes, en presencia de una crisis particularmente violenta y, lo que es más, cuando accesos subintrantes creaban un verdadero estado de mal, era forzoso recurrir a una inyección de morfina. Son ya muy numerosos los casos en que las inyecciones sucesivas han conducido a los enfermos y sobre todo a los neurópatas a la morfinomanía. Por consiguiente es preferible emplear la spasmalgine por vía hipodérmica, pues en ella no hay que temer ningún hábito y además es un medicamento casi específico de la crisis de ansiedad.

Noticias

TRASLACION DE LOS RESTOS DE HIPOLITO UNANUE AL PANTEON DE LOS PROCERES.— Entre los diversos números del programa de la VIII Conferencia Sanitaria, figuró la traslación al Panteón de los próceres de los restos de Hipólito Unanue que en vida fuere protomédico del virreinato del Perú, y una vez conseguida la independencia, factor eficiente del modelamiento de la nacionalidad.

La apoteosis del ilustre médico peruano se realizó, como hemos dicho, en los días que sesionó en Lima la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, porque para figura de tantos relieves era necesario que América toda pusiese su nota, al consagrarse definitivamente las preclaras cualidades del Padre de la Medicina Peruana.

Unánue es el símbolo de aquella generación que marcó el paso entre el Virreinato y la República, palpando las realidades de la época pretérita y columbrando el porvenir republicano, que soñó grande, porque su visión profética hízole dejar los sillares de la Medicina Peruana y los conceptos perennes del credo republicano y de la medicina eterna.

Enorgullece a la nacionalidad la existencia de estos grandes varones, que, como Unánue, hicieron obra perdurable, sea en sus actividades docentes, sea en la esfera gubernativa, sea en las sociedades sabias. Por eso el homenaje que se le tributó fué la justa recompensa de la Nación a uno de sus buenos hijos, que luchó en la gesta

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

amancipadora y que ofrendó a la República los frutos de sus poderoso cerebro.

La exhumacion.— Los restos del prócer se exhumaron extrayéndolos del Mausoleo de la familia en que reposaban, ubicado en el Cementerio Presbítero Maestro.

Trasladados los restos del féretro en que fueron depositados al ataúd que los conservará definitivamente, y esto previa comprobación de que eran los del prócer, se procedió a firmar el acta de estilo por triplicado. Uno de los originales se guardó en el ataúd y los otros dos fueron entregados al inspector del cementerio y al decano de la facultad de medicina, respectivamente.

Concurrieron a este acto: un edecán del presidente de la república, el ministro de fomento, los deudos del extinto, el rector de la Universidad Mayor de San Marcos, el decano de la facultad de medicina, el presidente de Academia Nacional de Medicina, el presidente y miembros de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, una comisión de la Sociedad Fundadores de la Independencia, miembros del Consejo de oficiales generales y algunas comisiones de instituciones científicas.

Actuaron como maestros de ceremonias el doctor Sebastián Lorente, el coronel Juan F. Zubiaga y el jefe de culto señor Luis Aurelio Loayza.

Una vez terminada la firma el acta cuya copia insertamos a continuación, se inició el desfile. Rompian la marcha soldados del regimiento Escolta, haciendo de batidores. Iba después el carro fúnebre portando los restos. A continuación una compañía de infantería con su banda de músicos, dos coches de gobierno y gran número de automóviles. La comitiva recorrió la ruta que conduce desde el cementerio hasta la Plaza de Armas y de allí tomó por el jirón de la Unión hasta la Plaza de la Exposición, donde queda la Academia Nacional de Medicina.

Allí, en lujosa capilla ardiente, se depositaron los restos que fueron velados hasta el día siguiente, en que se les trasladó al Panteón de los Próceres.

Hé aquí el acta que se suscribió después de exhumar los restos del prócer.

"El Notario Público que autoriza, certifica: que hoy quince de octubre de mil novecientos veintisiete, siendo las cuatro p.m. reunidos en la tumba particular de la familia Unanue, en el cementerio general Matías Maestro, los funcionarios que firman la presente acta, nombrados para el efecto de la exhumación de los restos del que fué doctor J. Hipólito Unanue y Pavón, prócer de la independencia nacional y protomédico, en cumplimiento del decreto supremo que a la letra dice: "Lima, treinta de setiembre de mil novecientos veintisiete—El Presidente de la república—Considerando:— Que el Panteón de los Próceres es el recinto escogido por la gratitud nacional para conservar devotamente las cenizas de los que, con su esfuerzo, más contribuyeron a la formación de la patria;— Que Hipólito Unanue, primer presidente del consejo de gobierno,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ministro de Estado y colaborador de Bolívar y San Martín, Protomédico y creador de la enseñanza médica de América, varón de vastas virtudes públicas, tiene derecho a que sus restos reposen en ese cementerio; que la circunstancia de celebrarse en Lima, el próximo mes de octubre, la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, da ocasión para tributar a los restos del patriota y médico el homenaje que se le adeuda;—Decreta: Los restos de Hipólito Unanue serán trasladados del cementerio Matías Maestro al Panteón de los Próceres, con los honores de presidente de la república—Señálase para esta ceremonia el domingo dieciseis de octubre del presente año.—Los ministros de Estado en los despachos de guerra y fomento quedan encargados del cumplimiento de este decreto—Dado en la casa de gobierno, en Lima, a los treinta días del mes de setiembre de mil novecientos veintisiete.—Firmado. A. B. Leguía—Firmado. Pedro José Rada y Gamio;".

"Se verificó la comprobación de los restos del expresado señor doctor Unanue y constatada ésta se procedió a la traslación de los mismos al local de la Academia Nacional de Medicina, sita en la Plaza de la Exposición, con los honores de ordenanza, depositándose previamente uno de los ejemplares en el ataúd que conserva los restos; y entregándose de los restantes, uno al inspector del cementerio y otro al señor decano de la facultad de medicina; después de firmada ésta y autorizada por el infrascrito notario....." Firmaron—El capitán edecán del presidente de la república, Raúl de la Riva Agüero—Ernesto Sousa, ministro de fomento—J. M. Matías Manzanilla, rector de la Universidad Mayor de San Marcos.—Gmo. Gastañeta, decano de la facultad de medicina—Julio Carrillo de Albornoz, inspector del Cementerio—Eduardo Bello, presidente de la Academia Nacional de Medicina—H. Larrabure, biznieto del prócer—Carlos Enrique Paz Soldán, presidente de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana—Sebastián Lorente, director de salubridad—C. H. de la Puente.—Juan F. Zubiaga—Luis A. Loayza, jefe de culto, y Luis U. Villarán notario público.

Traslacion al Panteón de los próceres.— Antes de efectuarse ésta, se llevó a cabo una sencilla ceremonia preliminar en el salón de actos de la Academia Nacional de Medicina.

Tomaron asiento en el estrado el edecán del presidente, sargento mayor Salvador Castillo; el jefe de la cancillería, doctor Rada y Gamio; el ministro de justicia, doctor Oliveira; el rector de la Universidad Mayor de San Marcos, doctor Manzanilla; el ministro de fomento, señor Sousa; el ministro de guerra, señor Málaga Santolalla; el ministro de marina, doctor Rubio; el decano de la Facul-cultad de medicina, doctor Gastañeta; los presidentes de las delegaciones de América a la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana; los deudos del prócer Unanue; los miembros de la junta directiva de la Academia Nacional de Medicina y numerosos catedráticos de la Facultad de San Fernando.

Comenzó el acto con el discurso que pronunció el doctor don Hipólito Larrabure en nombre de los deudos.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dijo lo siguiente:

Señor Ministro de Fomento:

Por disposición de la familia y en mi nombre, os hago entrega de los restos de nuestro ilustre antepasado.

Cerca de un siglo de su desaparición, y desde entonces, cuatro generaciones se han sucedido, y comienza la quinta, cultivando todas, con amoroso orgullo, el recuerdo de tan esclarecida personalidad.

En acatamiento de lo dispuesto por el Supremo Gobierno y comprendiendo que tan valiosa como respetable reliquia más que a sus deudos pertenece a la Nación, la que al rendirle este homenaje cumple con los dictados de la más estricta justicia, la familia ha convenido en que sea trasladada del monumento donde lo colocara el amor de su hijo, al Panteón de los Próceres.

Sale, pues, de la custodia familiar con el beneplácito de todos sus descendientes, que orgullosos presenciamos la glorificación del prócer, y queda confiado al cuidado de la Nación, que refrenda con esta ceremonia oficial la apoteosis con que cada peruano ha premiado ya, en su fuero interno, los méritos del patriota, del político y del eminente hombre de ciencia.

Permitidme, señor ministro, dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento al supremo gobierno, por el brillo y expontaniedad de este homenaje, realzado todavía con huéspedes de honor, los señores delegados ante la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

En seguida, el decano de la Facultad de Medicina de Lima, doctor don Guillermo Gastañeta, pronunció el siguiente discurso:

Señores Ministros:
Señor Rector de la Universidad:
Señores:

En representación de la Facultad de Medicina, que me honro en presidir, vengo a rendir homenaje a la memoria del doctor Hipólito Unanue, quien fué un ilustre ciudadano, honra de su patria y gloria de la Medicina Nacional.

Vengo también a hacer entrega al Estado de los restos venerables del más eminente de los médicos peruanos y creador de la Ciencia Médica Nacional; pues habiéndo sido guardadores de ellos conforme a la voluntad de su estimada familia, nos vemos obligados a desprendernos de tan preciosas reliquias, en cumplimiento del decreto supremo que ordena su traslación al Panteón de los Próceres, rindiéndole los justos honores de Presidente de la República.

Es ésta, pues, una solemne oportunidad en que la Facultad de Medicina debe expresar los altos sentimientos de admiración, respeto y cariño que ha abrigado y abrigará eternamente por el iniciador de la era científica de la medicina en América, creando la organización de la enseñanza médica entre nosotros; fundando el primer Anfiteatro Anatómico, o sea la enseñanza práctica de Anatomía en

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

el año 1792 y la primera Academia Médica en 1811; debido a sus esfuerzos, a sus influencias y a su cariñosa devoción para adquirir los recursos económicos que sus importantes obras requerían.

Los lazos que unen la memoria de Unanue a la enseñanza médica son tan extrechos e indestructibles como afines son las relaciones entre el autor de una obra magna y ella misma.

Cuando en el último tercio del siglo XVIII, producía sus frutos y derramaba sus luces la poderosa mentalidad de nuestro sabio, no dejó de percibir su clara inteligencia el caos que reinaba en materia de medicina y las funestas consecuencias que se desprendían del abandono en que se encontraban la vida y la salud de los habitantes del Virreinato del Perú. Aquilatando la necesidad urgente de destruir el empirismo, sustituyéndolo por la aplicación de conocimientos científicos, culminó en su mente la idea de la Redención del Perú, como él llamó a la organización de la enseñanza médica, a la que dedicó todas sus actividades, a la que aportó todos sus conocimientos y a cuya disposición puso cariñosamente, en un sentimiento sublime de humanitarismo, su poderosa influencia política sobre el gobierno del virreinato.

No es solamente a la distinguida y culta concurrencia que me escucha, sino a todos los hombres, de cualquier nivel que sean, a quienes debo presentar dentro su aureola de gloria, al sabio, al maestro, al patriota, al amante de la humanidad, al que se otorgó todo a difundir la ciencia, a aliviar los dolores, a levantar el nivel moral de sus conciudadanos; poniendo los cimientos del edificio de una nacionalidad culta, sana y respetable.

Los notables trabajos científicos del doctor Unanue, como producto que fueron de una inteligencia cumbre y de una ilustración vastísima abarcaron temas de lo más diversos, en los ramos de las ciencias físicas o naturales, de la medicina, de la filosofía, la literatura, la política y las ciencias económicas. Baste citar sus "Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia sobre los seres organizados, en especial, el hombre", en el que hay que admirar las deducciones que obtiene de esta influencia sobre el cuerpo y el espíritu de los habitantes de Lima. Su inimitable oración el día de la inauguración del Anfiteatro Anatómico, que puede considerarse como filosófica, médica y política. Sus trabajos sobre vacuna, disentería, aguas termales, sobre botánica, considerando las diversas plantas del Perú, especialmente la coca y el tabaco; sobre aguas termales, meteorología, geografía, literatura, administración pública, etc., etc. La universalidad del talento de Unanue está expresado en el juicio crítico que la historia ha hecho de él. cuando dice: "fué sabio y literato consumado, hablista, matemático amaestrado en las lenguas antiguas y modernas, teólogo, filósofo, hombre de Estado, en fin, financista y orador".

La reputación de la vigorosa mentalidad de Unanue sobrepasó los límites del país, siendo inscrito como socio en las instituciones científicas más avanzadas de la época, como las de Madrid, Baviera, Filadelfia y Nueva York.

Tal es la personalidad de este hombre superior y excepcional, cuyos pensamientos sublimes se desarrollaron siempre a la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

altura incomensurable del idealismo más puro, a donde no llega ni siquiera el eco de las adulaciones, ni la mortífera ponzoña de las calumnias o las pasiones perversas.

Si estas fueron las cualidades y virtudes de tan egregio ciudadano, que son motivo de que se vanagloree el país en que naciera; ¿cuál puede ser el sentimiento que para Unanue abriguen las instituciones médicas de la Nación? Si fué el creador de ellas, si atendió a su desarrollo y progreso, si mientras tuvo vida no se sustrajo, un momento para procurarles el perfeccionamiento que ansiaba, y si por último, quisieron sus descendientes que fuéramos los guardadores de sus restos venerados?.....

Señores: lo que la Facultad de Medicina de hoy piensa de Unanue y siente por Unanue, no tiene palabras con qué expresarlo. Podría decirse que es una combinación de admiración, respeto, cariño, afán de una imposible imitación, algo educacional que impulsa hacia el progreso y que nos comunica entusiasmo y energías para continuar su obra. ¡Unanue, sabio maestro, se ofrece hoy la oportunidad de jurar ante tus restos, que hemos de darnos con toda devoción al perfeccionamiento y progreso de la institución que creaste para bien de esta nación!

Los sentimientos que inspiraron a Unanue su grandioso proyecto de la creación del Real Colegio de Medicina, el que mereció su aprobación en la Corte, le valieron el honor de ser nombrado Médico honorario de la Real Cámara de Fernando VII; diciendo la real cédula: "que lo hacía no sólo por este respeto y su eminente mérito literario, sino también por su infatigable celo por el bien de la noble profesión que ejerce y por su ascendrado amor a la ilustración y felicidad de su país, que le constituyen uno de los vasallos más beneméritos".

La actividad incesante de su cerebro tan exquisitamente conformado y la sólida preparación que su ilustración le diera, le llevó también al campo de la política, en la que inmediatamente se hizo figura resaltante por su cultura, su tino y su ejemplar moralidad. El predominio moral que ejercía sobre el gobierno de los Virreyes está de manifiesto por la aprobación y auxilio que se prestó a sus variadas iniciativas y por los términos de respetuosa estimación con que a él se dirigían.

Iniciado el movimiento de emancipación política en Sud América, colaboró eficazmente a la independencia del Perú, como consta en una de las cartas que el secretario de San Martín dirigió a O'Higgins, cuyas frases trascribimos: "Nada digo del papel de Unanue, porque es la acción más sublime y el golpe más fuerte que se puede hacer al gobierno de Lima".

El estado psíquico porque pasara Unanue en esta época de transición política, entre el Virreinato que le dispensara honores y que contribuyó a la realización de sus ideales, y el gobierno republicano que proclamaba los principios de la libertad, crearon posiblemente en él un conflicto entre las gratitud y la convicción, que Unanue resolvió según su alta comprensión y los dictados de su conciencia, en el sentido de todos conocido, a favor de la independencia nacional.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Triunfante el movimiento libertador, fué nombrado por San Martín ministro de hacienda,en la instalación de la República, cargo que desempeñó como era de esperarse, bajo la inspiración de su espíritu creador y de organización. Durante el mandato de Bolívar, fué inspirador de su gobierno y nombrado presidente del consejo de ministros, con encargo de gobernar el Perú. Concluída la dictadura y fatigado por la inmensa y proficua labor desarrollada desde su juventud, en su incesante actividad, se retiró al reposo entre los suyos, en su hacienda de Cañete, que lleva aún el nombre de su ilustre expropietario. Volvió a Lima cuando el quebranto de su salud ya lo exigía, falleciendo el 15 de Julio de 1833.

La Facultad de Medicina, que fué hasta hoy depositaria de sus venerables restos, cumple con entregarlos al Estado, que va a depositarlos entre los de aquellos hombres de su estirpe, para ejemplo de las generaciones venideras y como reconocimiento de los beneficios que su actividad incesante, inteligente y sana derramara sobre su querida patria.

Es con profunda emoción que asistimos a este acto memorable en que los representantes de la intelectualidad nacional que me acompañan, se honran rindiendo homenaje a aquel de quien el Libertador Argentino y nuestro dijera en una carta: "antes, ahora y cuando no tenga más destino que el de un particular, digo y diré que el Viejo Honradísimo y Virtuosísimo Unanue, es uno de los consuelos que he tenido en el tiempo de mi incómoda administración: guarde U. esta confesión sincera y verá no porque Ud, la necesite, sino para que sus hijos sepan el Honrado Padre a que pertenecían, y del que era, es y será y tendrá Honor de serlo Su mejor amigo. José San Martín".

Señores Ministros:

La Facultad de Medicina hace a ustedes formal entrega de los restos del ilustre y benemérito doctor don Hipólito Unanue, y se inclina reverente ante ellos.

Finalmente, el presidente de la Academia Nacional de Medicina, doctor don Eduardo Bello, se expresó en los siguientes términos:

Señores;

Sea mi primera palabra de agradecimiento al Supremo Gobierno por la honrosa distinción que ha hecho a la Academia Nacional de Medicina dejando depositados por algunas horas en nuestro hogar social los restos venerados del Padre de la Medicina Nacional, transformando así este resinto en atecámara del glorioso templo destinado por la patria a los próceres que contribuyeron a forjar su independencia y afianzaron los cimientos de nuestra nacionalidad.

Como presidente de la Academia, cumplo con el grato deber de entregar a los personeros del Estados este sagrado depósito; que las veneradas cenizas del sabio doctor Unanue vayan a ocupar lugar preferencial entre sus compañeros de labor y de ideales en los albores de nuestra emancipación.

Como profesional, me toca también la dulce satisfacción de hacer entrega a la patria, en nombre del cuerpo médico de los vene-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

rables despojos de Hipólito Unanue. Somos los continuadores de su obra científica, y a nuestra Facultad de Medicina estaba confiada su vigilancia y custodia.

Los descendientes de Unanue, anticipándose a la patria que parecía haberlo olvidado, sintieron la necesidad de rendir culto a su memoria y a sus obras, y dignos herederos de su talento, de su hidalguía y de su nombre han cumplido esa grata obligación. Erigen un valioso monumento funerario, toman sobre sí la tarea de editar sus obras, y uno de sus distinguidos nietos, don Eugenio Larrabure y Unanue, hombre cultísimo y de valiosa mentalidad, desempeña y cumple ese deber haciendo a sus expensas la tercera y correcta edición, que prologa y anota con mano maestra.

La labor de los deudos del doctor Unanue me quedaba cumplida, pero corren los años y su familia aunque unida y fiel a la tradición de respeto y culto a su glorioso antepasado, no ignora que los vínculos de la sangre se debilitan en el tiempo, y a medida que sobrevienen las mezclas por alianzas que la vida impone; la sangre de la familia se diluye en la sangre de la patria, hasta que su vinculación con el tronco se nivela con la que une a todos los cuidadanos en las raíces de la nacionalidad. A la distancia de los orígenes, lo remoto de los troncos familiares se confunde en una sola raíz no diferenciada, sino colectiva, casi ideal.

En previsión de ese fatal devenir, para que no faltaran nunca centinelas amantes y llenos de ardor, manteniendo la guardia en el santuario del afecto a Unanue, su hijo don José, por disposición testamentaria, entrega el cuidado de los restos de su venerable progenitor y su monumento funerario, a la Facultad de Medicina, teniendo la delicadeza de agregar condiciones que eviten a la institución todo gravamen.

Así quedaron a cargo del cuerpo médico la obligación y el honor de custodiar los restos del doctor Unanue y con ellos el tributo filial que los guardaba cristalizado en magnífico y hermoso monumento. Justa y meditada resolución que aseguraba a esos venerados restos vigilancia y afectos perdurables y obligaba a todas las generaciones de médicos peruanos a mantener ese culto, como lámpara siempre encendida ante el altar del recuerdo.

Esa ofrenda inmensa de los hijos de Unanue, de los hijos de su sangre, a nosotros, los médicos, los hijos de su ideal, fué recibido con emoción intensa, halló la acogida más cálida y simpática en nuestras almas y nos hemos esforzado en cumplir celosos tan grato deber.

Podemos decir también, con orgullo, que hemos seguido la orientación espiritual de Unanue y cumplido lo mandatos del Padre de la Medicina Peruana, empeñándonos en el progreso de la Ciencia Nacional, En cada generación de profesionales han surgido en nuestro medio figuras de relieve y mártires del deber y de la ciencia cuyos nombres escritos con letras de oro le forman digna aureola.

Hoy termina nuestra misión de custodios de este depósito sagrado, la patria reclama sus restos para honrarlos sepultándo al gran prócer en el santuario de sus figuras representativas. Se lo entregamos porque sus derechos de madre amante superan a los nuestros y ese homenaje tiene valor supremo. Nosotros honramos a Unanue como médico creador de nuestra ciencia en el Perú; de sus trabajos por

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

la medicina nacional derivan nuestras principales obligaciones. Médico en una época en que el Perú carecía de escuela para formar profesionales y eran raros los merecedores del título, supo escoger quién la orientara al exito en carrera la más difícil y menospreciada entonces. Luchador tenáz y de gran ingenio, conquista pronto el primer puesto; sus méritos lo elevan al profesorado de Anatomía y para llenar debidamente ese cometido funda el Anfiteatro Anatómico.

En pleno coloniaje (1792) hace precisamente 135 años puso el doctor Unanue esa piedra angular del edificio de los estudios médicos. Fué el primer paso en terreno firme para establecer la enseñanza sobre base científica.

La brillante oración académica que pronunciara el maestro en esa solemne ocasión, fué muestra elocuente de su erudición y talento literario. Pone de manifiesto lo atrazados que encontró los estudios de Anatomíay los daños derivados de esa ignorancia para la salud pública y bosqueja las proyecciones favorables que espera del nuevo instituto. El epígrafe de sus discurso es al respecto tan expresivo como su contenido.

Abruma pensar en las dificultades que el mestro debió vencer para dar cima a esa obra en pleno periodo de empirismo, sin recursos ni colaboradores; pero hombre de verbo y gran voluntad supo persuadir y comunicar su entusiamo. No quedó allí limitada su tarea; años más tarde funda el colegio de Medicina de San Fernando, primer centro de los estudios médicos del Perú y de la América española. De todas esas creaciones sucesivas ha surgido la Escuela Médica Peruana, de allí el título de Padre de la Medicina Nacional y toda nuestra veneración y elogio.

La nación le debe también especial homenaje como creador de la Patria Independiente. Imagen de un coloso del pensamiento y de la acción, la figura de Unanue se destaca en nuestro pasado enorme en su conjunto, precisa en sus lineas; es la del primero de los próceres peruanos que nada omitieron para darnos Patria Libre, culta y progresista. Representa la sabiduría, la moral intachable, la voluntad enérgica y la incansable tenacidad; es un hombre síntesis de cualidades nobles, las que puso al servicio de la su patria y de la ciencia médica entonces incipiente. Por eso sus ideales surgieron pronto como realidades, creaciones de su genio, llenas de dinamismo a pesar del medio hostil y abúlico y de nuestra atmósfera tibia y nebulosa que parece apropiada tan solo para la vida relajada.

Porque chocó con tantos obstáculos y los venció sin fuerza aparente ni violencia fué grande, fué heroico y de memoria perdurable.

Su actividad se ejercitó con éxito sobresaliente en todos los campos de la vida. Patriota de la independencia, sus trabajos lo colocan primero entre los primeros; ministro de gobierno de San Martín, organiza el caos y la falencia que dejara el virreinato y preside el primer Congreso Constituyente. Más tarde colabora en la obra del Libertador; es uno de sus firmes apoyos y queda al retiro de éste como presidente del consejo de ministros y jefe del Gobierno. Su labor política puede concretarse entre estas palabras: Energía, Honradez y Lealtad.

Su patriotismo núnca desmentido le arranca sus últimos gri-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tos y sus postreras palabras. El anciano venerable, decepcionado, siente acercarse el nuevo caos de la anarquía y del derroche y desde su retiro, como Padre de la Patria, da la voz de alarma y combate el mal naciente con el consejo y la advertencia, inhabilitado ya para oponerle su personal esfuerzo.

Tal es la faceta política de Unanue, la modalidad de su labor que la patria premia en estos instantes colocándolo entre sus héroes.

Asi culmina nuestro Gobierno su taréa constructiva, uniendo a sus esfuerzos por el progreso nacional tan empeñoso como fecundo, la obra más noble y duradera de honrar los Próceres de la Patria a la vez que las creaciones materiales y sobreponiéndolo a ellas, cumple el imperativo de afirmar el alma nacional que alienta en el culto y devoción de sus muertos ilustres.

Queda cumplida la entrega del sagrado depósito confiado al celoso cuidado de la Academia Nacional de Medicina.

En seguida se procedió a la traslación de los restos al Panteón de los Próceres.

El ataúd fué levantado de la capilla ardiente y colocado sobre la cureña de un cañón. La caja que guardaba los restos de Unanue estaba cubierta con una bandera peruana. Precedían 16 batidores del regimiento escolta del presidente de la república.

En seguida iba el ataud con la correspondiente escolta y una banda de músicos.

A continuación iban los deudos más cercanos del prócer, el edecán del presidente y los miembros del gabinete; el rector de la universidad y el decano de la Facultad de Medicina; los presidentes y delegados de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, las comisiones de la sociedad Geográfica de Lima, de la Sociedad Fundadores de la Independencia y Vencedores del 2 de Mayo; los generales y contralmirantes, las comisiones de los cuerpos del ejército y de la policía y numeroso público.

Durante el trayecto, las tropas en formación presentaban las armas al paso del féretro.

Cuando la comitiva llegó al Panteón de los próceres, fué recibida por el arzobispo de Lima, monseñor Lissón, quien estaba revestido con los ornamentos pontificales. También había allí un grupo de caballeros que se unió a la comitiva oficial.

El cadáver fué colocado en el centro del recinto, sobre un túmulo y en ese momento el doctor Solón Núñez, ministro de Salubridad de Costa Rica y delegado de su país a la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana pronunció el siguiente discurso:

La América, orlada de negro, juntas las manos eleva al cielo su oración de amor y dolor en memoria del grande hombre, cuyos restos trasladamos ahora al recinto de los Dioses.

Bien decía Pasteur que la ciencia y la verdad no tienen patria y que su patria es el mundo; pero que sus abanderados si la tienen. La noble Nación Peruana se siente orgullosa con justicia, de haber sido el vientre que alumbrara allá en 1755 a Hipólito Unanue, todo verdad y todo ciencia.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El doctor Unánue espigó en todos los campos del saber con una fé y una devoción que asombran; y al ofrendar las mejores gavillas de su ricos productos a la Patria, esparció sin sospecharlo las simientes en el resto de América.

Algunos pueblos, señalados por el dedo de Dios, han tenido el privilegio de producir hombres que no sólo han iluminado el camino a sus contemporáneos, sino que, genios videntes, han exportado e iluminado el porvenir. El doctor Unánue giró sus idea a más de cien años de vida.

Imposible sería, esbozar siquiera, la obra multiforme con que el doctor Unánue enriqueció la ciencia y la literatura. Más, a que conduciría empeño tal si ella vive en todas las conciencias con caracteres de eternidad.

En 1797, abre sus puertas el anfiteatro de anatomía.

El discurso inaugural de su creador, doctor Unánue, es una declaración de principios de tal valor científico, filosófico y de buen decir, que lo mismo puede llamarse a su cátedra—como ejemplo para los alumnos—el profesor de antropología, o el de ciencias sociales o el de literatura. De esta fecha parte la enseñanza racional de la anatomía que no es ya un recuerdo de huesos fotográficos sino una ciencia básica que abre nuevos rumbos a la medicina y a la cirugía.

El pensamiento que desde 1782, aguijoneaba el espíritu del doctor Unanue se realizó en 1807, con la apertura del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, que tan decisiva y saludable influencia debía ejercer en la cultura de su patria. Razón ha tenido la Academia de Medicina en guardar en capilla ardiente, a quien fué ardiente guardián de sus prestigios.

La intensa y sabia obra del Prócer, toma caracteres de leyenda cuando se retrotrae algo más de cien años y se medita en la organización conservadora, estática, de las universidades españolas; en el escaso intercambio científico con otros países; en la modestísima producción nacional y especialmente en el achatamiento de toda inquietud por el peso sagrado del ideal libertario que como un Sol, oscurecía todo otro pensamiento.

Su libro "El clima de Lima" y su influencia sobre los seres organizados es una serie de observaciones eruditas, acuciosas; este libro llamó poderosamente la atención de los extranjeros sorprendiéndose de que el Perú produjera una obra que no tenía precedentes en Hispano-América ni en la Península. Comentarios epidemiólogicos hay allí que no disuenan con los conocimientos actuales.

Sus ideas acerca de la medicina social son proféticas; y su alma debió flotar ayer orgullosa y placentera en el ambiente de una de las sesiones del Congreso Médico, en que siguiendo la huella de un médico ilustre, todo vida y todo entusiasmo, proclamábamos como parte de la higiene pública y como función ineludible del Estado la atención de las instituciones dichas de caridad. En efecto, en la Constitución del año 1823, el doctor Unánue hizo que se consagrara el principio de la asistencia social dirigida por el Estado.

Sorprende como en aquella época de misticismo; de conventos y congregaciones; en que los hospitales sólo eran exponente de la pie-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

dad; edificios pesados, de largos corredores, fríos oscuros, y olientes a humedad; de silencio de tumba solo interrumpido por los ayes de los moríbundos, y el rezo de los religiosos, y el chocar de las cuentas del rosario al deslizarse entre los dedos, pudiera pensarse que esas instituciones tienen otras finalidades de las que las señalan las bellísimas obras de misericordia.

Hay párrafos en sus discursos que son resúmes de moral médica; los profesionales tienen derecho a exigir de la sociedad en que se mueven simpatía y respeto; pero para merecerlos deben hacerse acreedores por sus virtudes a tales distinciones. El prestigio que no tiene por base la moral, es un prestigio deleznable y transitorio.

Juzgó con criterio de actualidad las funestas consecuencias de la práctica ilegal de la medicina: no se trata al impedirla de defender los intereses personalísimos del profesional, sino de proteger a la sociedad contra la explotación y agravación de sus males entretenidos por la ignorancia.

En su carta al doctor Gabriel Moreno, su maestro, escancia todas las esquisiteces de su corazón: es un himno de gratitud; es un himno a ese precioso sentimiento que a la hora de la hora parece perder colorido y que en tiempos pasados formó parte de aquel solemne juramento de Hipócrates que se comprometían a cumplir fielmente, quienes recibían la investidura de médico. Es triste en verdad contemplar como el corazón humano que tiene cien razones para esta gratitud pida una, apenas para dejar de serlo.

Sintió la influencia que la salud tiene en la felicidad y la riqueza pública y el deber en que se está de conservar al hombre como un valor proclamando la cultura medio de conseguirlo. No son, decía, "Las violentas explosiones del cielo airado de la tiranía de los hombres, ni los rayos de Marte las causas principales de la muerte, sino los triunfos de la ignorancia de la ciencia conservadora frente al terrible ejército de enfermeda des que han arruinado nuestro pueblo, asolado nuestros campos, derrumbando nuestras minas, al consumir las manos benefactoras que fomentaban su expléndida feracidad y riqueza".

Pero el doctor Unánue fué ante todo un educador que producía y difundía sus ideas desde la cátedra, el libro y la revista, ejerciendo así su influencia regeneradora dentro y fuera del país. Estimular al talento, es crearlo. Su espíritu docente lo acompañó hasta la muerte. Cuantos sabios, en cambio andan por el mundo cuyo pensamiento es oro, pero oro en minas!

Conocedor sutilísimo del alma humana en el lecho del enfermo era médico y era sacerdote. De la capacidad con que ambos ministerios desempeñó da idea de confianza y el cariño que grandes y pequeños sintieron por él.

Son flores de admiración y de simpatía las que en forma de corona colocan las Delegaciones Americanas a la VIII conferencia Sanitaria sobre la tumba del Prócer. Esas que ahí veis deberán marchitarse, pero las que llevamos dentro del alma vivirán mientras nosotros vivamos. Descanse en paz, en la quietud sagrada de este recinto, el varón dichoso cuya vida se deslizó entre una aurora y una

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

apoteosis.

A continuación, en nombre de la delegación peruana, hizo uso de la palabra en los siguientes términos, el doctor Carlos Enrique Paz Soldán, presidente de la Conferencia:

Señores y Señoras:

La delegación del Perú me ha confiado su palabra en esta ceremonia única en los anales de la glorificación de la Medicina en América.

Ayer asistimos, en silencio, a la casa de paz y de reposo, para recojer, en nombre de la Nación, los restos de Hipólito Unanue y ahora cumplimos con depositarios en este recinto sagrado que la Patria reserva para los que contribuyeron a formarla, para que dentro de sus muros se alcen luminosos y eternos, a la contemplación perdurable de la Historia.

No repetiré, en este momento, la biografía del Padre de la Medicina Americana. Hipólito Unanue ya no es poseedor de los altos hechos de su vida magnífica, ni de las anticipadas y peregrinas concepciones de su noble espíritu: la Nación y el Gobierno los han tomado para sí, para ilustrar nuestro historial, para aumentar nuestra leyenda, para ennoblecer los anales de la vida nacional y para abrillantar el abolengo milenario de la Raza.

Por esto, al penetrar hoy, redivivo, Hipólito Unanue a este templo venerable y sacrosanto, para bajo la sombra quieta de los siglos que sus cúpulas encierran, duerman su sueño eterno y glorioso, velado por la Patria, la delegación peruana a la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana quiere balbucear algunas palabras que recojan la visión deslumbrante de la inmortalidad que ahora nimba la figura del Prócer de la Medicina Nacional.

Este acto que el Gobierno de la nación efectúa, tiene a los ojos del espíritu, el hondo sentido de una canonización civil. Hay ya un santo más de la ciencia y de la Patria. Por esto, y con la confianza de quien cumple su deber, voy a concluir con una oración al glorioso antepasado que venimos a consagrar.

Hipólito Unánue: al conjuro de la gratitud nacional te has alzado de tu sepulcro en impresionante resurrección. Muéstrate otra vez a nuestros ojos y danos la luz de tu espíritu para encender en ella la antorcha del ideal y entra sereno a la inmortalidad, porque en esta hora tu presencia en el santuario de la peruanidad, siendo tu cuna Arica, es la más alta y pura lección que puedes dar de Justicia a la América!

Finalmente, el ministro de Fomento, señor Sousa, se expresó en la siguiente forma:

Señores:

Tócales hoy, a los restos de Hipólito Unanue, venir a reposar a este templo, que la gratitud nacional ha elevado para la honrosa memoria de sus próceres.

Entre los hombres más eminente de los últimos años del Virreinato y los albores de la república, fué Hipólito Unanue uno de los primeros y de los más ilustres. Unanue lo fué todo y en grado máximo: sabio, literato, orador, teólogo, filósofo, financista, matemático,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

naturalista, organizador notable, hombre de Estado y presidente de la república durante la ausencia de Bolívar en el sur.

Hipólito Unanue, el gran proto-médico peruano nació en la histórica ciudad de Arica, en esa hermosa provincia que más tarde vendría a constituir el símbolo de nuestras más caras idealidades.

Unánue, como se sabe, abrazó con entusiasmo y singular energía la carrera médica y tuvo así la gloria de vindicar en el Perú tan noble ciencia, fundando el primer Anfiteatro Anatómico y el Colegio de Medicina de San Fernando. Al frente de este instituto de ciencia, laboró con tal éxito y con tan extraordinario acierto que Fernando VII lo nombró "Médico Honorario de su Real Cámara", honor sólo dispensado a las más grandes eminencias médicas de España.

Es notable la obra de Unanue intitulada "Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia en los seres organizados y en especial el hombre". Este trabajo despertó la atención no sólo en América y España sino también en toda Europa, habiéndosele inscrito, como socio de honor, en las sociedades científicas de Baviera, Filadelfia, Nueva York y otras muchas.

Los trabajos científicos de Unanue tenían la exquisita particularidad de ser escritos con una fluidez admirable de concepto, con estilo bello y sugestivo, lo que le valió la admiración y el aplauso de eminencias científicas de la época, como Humboldt. Arago y otros.

"El Mercurio Peruano", la histórica revista que fundara Unanue, registra los célebres artículos científico-literarios que él escribiera dando prueba de su vastísima ilustración y de su talento singular. Fué sin duda, por eso, señores, que su reputación de sabio traspasó las fronteras de la patria, haciendo exclamar a un esclarecido e ilustrado compatriota, que la casa de Unanue "era el derrotero de los sabios".

Esto es, señores, en lo que se refiere a la faz científica y literaria: una pálida síntesis. En cuanto a sus esfuerzos por la independencia nacional de su patria, que hoy llena de emoción y gratitud honra una vez más sus despojos, no habría sino que repetir, para consagrar sus bregas libertarias, las frases del secretario del generalísimo Libertador del Perú don José de San Martín, cuando escribía a éste, refiriéndose a Unánue, a quien atribuía "la acción más sublime y el golpe más fuerte que se pudo haber dado al Gobierno de Lima"; así como su nombramiento de ministro de hacienda en agosto de 1821.

Las incidencias heróicas e inmortales de nuestras campañas en pro de la independencia, son páginas ya bastante resaltadas por historiadores brillantes, ¿para qué insistir sobre ellas? Mi patria, señores, que con hondo orgullo las ostenta en el gran libro de su historia, ha querido, en este momento de singular justicia, hacer algo más elocuente en honor de sus próceres, y es por eso que ha designado este recinto inmortal para que diga a las generaciones del porvenir: Este es el Templo de la Gloria, porque en su seno reposan los restos de vuestros libertadores!

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Hipólito Unánue, sabio, filósofo, catedrático, maestro ilustre de todas las ciencias, caballero de la Orden del Sol, benemétito de la patria en grado eminente; hace casi un tiempo secular que pagaste a la tierra su tributo, después de haber dado a tu patria torrentes de ciencia y fulgores de amor; pero hoy ante tus sagrados despojos se renuevan todos los honores de que te hiciste digno y, como un milagroso designio del destino entre tantos honores, viene como una estela de la más esplendente gloria las alutación reverente de todos los pueblos de América aquí representados por hombres de ciencia como lo fuiste tú, llenos de fé en los destinos humanos y pletóricos de sentimientos de confraternidad americana.

Restos venerables y queridos, descansad en la más alta Gloria y en la más solemne Paz .

Una vez que terminaron estos discursos, el arzobispo, en su calidad de capellán de honor del Panteón, entonó los responsos de estilo, con acompañamiento de una competente orquesta.

En seguida el cadáver fué depositado en la cripta de los próceres y en ese instante el fuerte de Santa Catalina hizo una salva de 21 disparos de cañón.

INAUGURACION DEL INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL. — La legislatura del Centro, que presidió el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán el año 1923, aprobó una ley, de la que él fué autor, que dispuso crear en la Facultad de Medicina de Lima, un Instituto de Medicina Social, encargado de investigar y de enseñar la Medicina Social y la Higiene Pública y en el que se prepare el personal que ejecute las leyes sanitarias del país.

Este Instituto debe servir fundamentalmente ,según el plan de su autor, de centro de enseñanza y aprendizaje de la Higiene, no únicamente a los estudiantes de Medicina, sino a cuantos anhelen penetrar en los problemas infinitos que la Medicina Social ofrece en el Perú. Parte muy importante de la futura clientela del Instituto como centro docente tendran que ser las Visitadoras de Higiene, cuya creación no debe postergarse entre nosotros.

Señalan finalidades naturales al Instituto de Medicina social las siguiente materias, hoy bastante descuidadas u olvidadas en nuestra obra educacional:

a) — La Demografía y Estadísticas sanitaria;

b) — La Biometría de nuestra población y todas las cuestiones conexas con el conocimiento exacto de la situación médico-social de nuestros habitantes;

c) — El estudio de la legislación y administración sanitarias de los países que han organizado convenientemente esta moderna dirección de la política nacional;

d) — El exámen y estudio de la evolución de las condiciones de higiene de los diferentes grupos sociales;

e) — La elaboración de planes y proyectos relacionados con la profilaxia y terapéutica médico-sociales y que tiendan al mejoramiento bio-social de la población del Perú;

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

f) — La propaganda popular y social destinada a despertar o crear la conciencia sanitaria sobre los problemas médico-sociales que tenemos por resolver;

g) — Las investigaciones originales sobre todos los diversos asuntos relacionados con la Medicina social y la Higiene, desde los asuntos individuales hasta aquellos grandes problemas de índole colectiva y social.

Para atender cumplidamente a tan vasto y completo plan el Instituto de Medicina social comprenderá los siguientes órganos de acción;

I — Un Laboratorio de Biometría y Estadística demográfica;

II — Un Laboratorio microbiológico y químico para investigaciones médico-sociales;

III — Una Biblioteca y Sala de lectura;

IV — Un Museo con modelos, esquemas, gráficos, carteles y demás elementos de enseñanza y propaganda y

V — Una Aula magna de demostraciones y conferencias adecuadas a la magnitud del Instituto.

La Comisión que ha vigilado la construcción la han formado el Dr. Guillermo Gastañeta, Presidente y Decano de la Facultad de Medicina; Dr. Carlos Enrique Paz Soldan, Director del Instituto y Secretario de la Comisión; Dr. Raúl Rebagliati; Dr. Enrique León García y Dr. Ramón E. Ribeyro, (que ha estado ausente en Europa)

La ceremonia de su inauguración se efectuó el 17 de Octubre, en uno de los días de las sesiones de la VIII Conferencia Sanitaria.

Al iniciarse el acto el doctor Gastañeta Decano de la Facultad de Medicina pronunció un discurso explicando la historia y finalidad del Instituto de Medicina Social.

En seguida el doctor Carlos Enrique Paz Soldán, dijo lo siguiente:

"Señor presidente de la república:
Señoras y señores:

Cabría suprimir mi discurso de esta ceremonia, ya que esta casa, templo que se erige para el culto de Hygeia, puede ser considerado como lo más expresivo de mi verbo. Pero he de agregar todavía algunas palabras para cumplir con imperativos de mi espíritu y con mandatos de mi corazón.

Y comenzaré por estos últimos,—razones fundamentales siempre,— para tributar una vez más y públicamente mis gratitudes a cuantos me han acompañado para dar cima a ésta obra, que a mis ojos puede ser considerada como un robusto árbol plantado para que a su sombra se cobijen los ideales de la Medicina social en el Perú.

Mi primera palabra de agradecimiento que sea para los diputados regionales que me acompañaron en 1923, en Chincha, a expedir la ley 656, que facilitó los medios materiales que han hecho posible este edificio que ahora inaugura el señor presidente de la república.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Que sea mi segunda palabra para mis compañeros de la Facultad de Medicina, amigos y maestros mios, que en todo instante no han vacilado en acoger y aprobar las sugestiones hechas por la Comisión Ejecutiva de la ley 656; y en especial que vayan mis agradecimientos para el decano de la Facultad, doctor Gastañeta, a quien debo una cooperación ininterrumpida desde que se iniciaron las labores efectivas que hoy alcanzan su plena culminación.

Y finalmente mi mejor palabra de reconocimiento que sea para el señor presidente de la república don Augusto B. Leguía, a quien una vez más tributo públicamente las cordiales y sinceras expresiones de mi gratitud. Es a usted señor presidente de la república a quien debo la posibilidad de haber realizado esta obra. Ud. promulgó la la ley, la defendió en los momentos— fueron diez meses— en que estuvo sometida al exámen de diversas entidades administrativas, y la ha prestado últimamente, el inestimable apoyo de una resolución suprema que la permitirá perdurar.

Sin caer en lisonja se puede afirmar que cuando un jefe de Estado hace tales actos en favor de la cultura pública, su proceder es digno de imperecedera gratitud. Y si este acto, tal como ahora acontece, va a determinar un señalado progreso en lo más esencial de un pueblo, su salud, se puede agregar que este acto es la expresión más cabal del patriotismo.

Gracias, muchas gracias, señor Leguía por esta nueva merced de la que me declaro públicamente deudor en nombre de este instituto, que representará más allá de nuestra época, un título perenne a la admiración de los venideros.

Y ahora séame permitido cumplir con los imperativos del espíritu. Debo decir que cosa es este nuevo centro de estudios que se agrega a nuestra gloriosa Facultad de Medicina.

Líbreme Dios del pecado de vanidad o del error de la jactancia, pero tengo para mi que en esta nueva casa que surge al lado de la vieja Facultad de San Fernando, se anidan los rumbos médicos del porvenir.

¿Y si ahora 135 años, un día de noviembre de 1792, se inició bajo la influencia de Unanue, con el Anfiteatro Anatómico, una era de restauración vital del Perú, porque no representará este Instituto de Medicina social, el reflejo pálido, pero actual y por ello útil de esa ceremonia colonial que preludió la obra libertadora?.

¿No es este Instituto el que va a encargarse de estudiar todos los problemas que interesan a la salud de la raza peruana?

¿No es este centro, un hogar propio para la formación de los higienistas del mañana?

¿No corresponde a la Medicina social tutelar la salud, mejorar las condiciones de vida y señalar los rumbos del progreso biosocial?

1792, 1927, conservemos el recuerdo de estas dos fechas de la Medicina nacional, que yá más tarde nuestros descendientes dirán si estuvieron o no justamente unidas.

He dicho."

A continuación hablaron el doctor Justo F. Gonzales Profesor de Higiene de la Facultad de Medicina de Montevideo y John D.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Long del Servicio de Sanidad de la Zona del Canal de Panamá, terminando la ceremonia, con un discurso del Presidente de la Republica.

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA.—La Comisión Organizadora del Primer Congreso Nacional de Medicina, ha acordado presentar al gremio médico un número de temas, especialmente recomendados, que sean objeto de una particular atención en la asamblea convocada para diciembre y que le permitan así llegar a algunas conclusiones positivas, de incuestionable importancia.

Dichos temas son los siguientes:

I.—Organización del Sindicato Médico del Perú;
II.—Medidas para evitar la desnacionalización de la medicina peruana;
III.—Factores para el mejoramiento de las condiciones de los médicos, odontólogos y farmacéuticos nacionales.
IV.—Elementos de tratamiento de la tuberculosis médica y quirúrgica entre nosotros.
V.—Desarrollo de la medicina preventiva en el país; y
VI.—Que conceptúa el gremio peruano necesario en la formación de las nuevas generaciones médicas.

Es indiscutible la trascendencia que para la vida médica de la Nación tienen asuntos como los enunciados y en los que, los votos que emita el conjunto profesional tendrán una fuerza decisiva, si se edifican como la síntesis del pensamiento colectivo de toda la clase desprendida, que anhela reunirse sencillamente para mejorar en sus múltiples aspectos.

INAUGURACION DE UN HORNO PARA QUEMAR BASURAS.—Se ha inaugurado un horno crematorio de basuras, satisfaciendose una necesidad pública largamente sentida.

Antes de ahora los desperdicios y residuos que se recogían de las casas y vías pública, se arrojaban en diferentes sitios de los alrededores de la ciudad, dando lugar a la formación de muladares queconstituían focos peligrosos para la salud del vecindario.

Con el horno crematorio se pueden destruir parte de las basuras que se recojen dentro del perímetro urbano de Lima, clausurándose por tanto los antiguos muladares.

El horno tiene capacidad para quemar en 24 horas 60 toneladas de basuras, que es cerca del 80 por ciento del volúmen que es preciso eliminar diariamente de toda la ciudad.

Se ha instalado de modo que fácilmente puede colocarse al lado de otra unidad igual, doblando así su capacidad actual.

La instalación hecha consta de un edificio de tres pisos construídos de concreto reforzado, ocupando un área de cerca de docientos metros cuadrados.

En el primer piso existe una plataforma hasta la cual pueden llegar los vehículos cargados con basuras, la cual se vacía directamente en las tolvas de alimentación del horno. En el segundo piso se encuentra la cámara de combustión, que es toda de planchas de fierro debidamente protegida. También se encuentran en este piso

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

los ventiladores para facilitar el tiraje de la chimenea, y la bomba para la alimentación del agua de enfriamiento.

En el piso más bajo, por último, están ubicadas las parrillas y bocas de descarga del horno. Las escorias o cenizas provenientes de la cremación de las basuras, se descargan allí directamente y de modo mecánico, a carros pequeños que se mueven en una línea Decauville.

Una vez puesto en funcionamiento el horno puede mantenerse a la temperatura necesaria para su funcionamiento sin necesidad de combustible especial, y tan solo mediante la combustión natural de las basuras.

El calor producido de ese modo permite generar vapor para mover los ventiladores de aire y bomba de agua de la instalación.

Para el debido tiraje del horno, y para la adecuada difusión en la atmósfera de los gases provenientes de la cremación, ha sido necesario construir una chimenea de 45 metros de altura. Es toda de concreto reforzado y está forrada interiormente con ladrillos refractarios.

El crematorio construído es semejante al que el gobierno de los Estados Unidos escogió para emplearse en la zona del canal de Panamá y que asi mismo se ha instalado en gran número de ciudades de ese país. Es el tipo construído por la Decarie Incinerator Company.

El costo total de la instalación llega a cerca de Lp. 30.000. La nueva unidad que podría añadirse importaría unas Lp.15.000 más.

SOCIEDAD DE MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA DE BUENOS AIRES.—Ha quedado constituída, como filial de la Asociación Médica Argentina, la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología.

La mesa directiva de esta entidad es la siguiente: presidente, doctor Nerio Rojas; vicepresidentes, doctores Julio Alfonso Uballes y Alfredo Buzzo, y secretarios, doctores Oswaldo Loudet y Luis Cattáneo.

Los estatutos de la nueva entidad, disponen la admisión, como socios honorarios de profesores de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y de magistrados de los Tribunales de Justicia.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

ALGUNOS ACUERDOS INTERESANTES

En la última sesión celebrada por esta institución que preside el Dr. L. Avendaño, se tomaron, entre otros, los siguientes e importantes acuerdos:

Teniendo en cuenta que el inciso C del artículo 25° del Reglamento de la Liga, dispone que se haga propaganda para la mejor solución de los problemas que plantea el niño en la época escolar

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

y la higiene en la escuela, y que es necesario que la institución colabore en la tarea de organizar el servicio médico-escolar que trata de implantarse entre nosotros, al amparo de una certera orientación gubernativa, se nombró una comisión integrada por la doctora Esther Festini de Ramos Ocampo y los doctores Carlos A. Bambarén, Amador Merino Reyna y Elías Ponce Rodríguez, para que tracen el plan de la colaboración que la Liga puede ofrecer al Ministerio de Instrucción, especialmente en lo que se refiere a preparar visitadoras de higiene escolar.

Sabiendo que se está organizando el Patronato de Menores, para hacer más eficaz la vigilancia moral del niño abandonado y que en el Reglamento de la Liga se dispone hacer propaganda de las doctrinas que tratan de la protección de la infancia en estado de abandono, así como al tutelaje de la minoridad delincuente, se resolvió:

Dirigir a la comisión que actualmente estudia la reforma de nuestro Código Penal, para manifestarle que la disposición contenida en el actual Código, referente a la colocación familiar de los menores abandonados —como uno de los tantos medios para conseguir su reforma—debe reemplazarse con otra que disponga la transformación de las actuales escuelas correccionales y asilos, en verdaderos hogares donde se haga el tratamiento general del niño moralmente abandonado. El sistema de colocación familiar, casi siempre sitúa al niño en la condición de doméstico, incapaz de alcanzar la elevación espiritual necesaria para conseguir su dignificación ulterior. El criterio de la colocación familiar agrega todavía la necesidad de colocarle dentro del ambiente social en que vivirá toda su vida y esto sólo ha sido posible conseguirlo en los países anglosajones, donde se originó este criterio de tutela a la minoridad delincuente y en los que el desarrollo sociológico ha marchado paralelo con las preocupaciones morales.

Como la práctica de la colocación familiar emana de una resolución judicial, que al Estado le toca hacer cumplir, el sistema penal conocido con el nombre Política Criminal, ha creado la "libertad vigilada", lo que presupone la organización de un cuerpo de inspectores judiciales, que mantiene una constante vigilancia del menor, útil por sus informaciones, pero costosa y difícil de organizar en forma eficaz en los países latinos.

La enumeración de todo lo dicho, demuestra lo difícil que es conseguir los fines propuestos al crear la colocación familiar de los niños abandonados, como uno de los medios de su readaptación moral. La Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, sin desconocer los fines prospectivos de esta disposición de Política Criminal, aboga más bien por la transformación de los actuales establecimientos correccionales, en asilos-hogares como se ha hecho en la República Argentina, con magníficos resultados.

Igualmente resolvió dirigirse al Patronato de Menores poniendo estas ideas en su conocimiento, para que las tome en cuenta al realizar los altos fines que persigue su creación, dado que en nuestro Código Penal está incluida la colocación familiar, como un medio para conseguir la reforma de los menores abandonados.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Bibliografía

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL por el Dr. Ricardo C. Cabot. — Primer tomo de 784 páginas.— *Salvat y Cia., editores.* — Barcelona 1927.— 38 pesetas, rústica.

He aquí un libro que constituye una verdadera novedad médica y que ha sido, en los países de habla inglesa, uno de los éxitos editoriales más notables. Y no es para menos, pues seguramente es único en su género, y no solamente único, sino inmejorable, ya que nada le valdría aquel carácter si no fuera acompañado del segundo.

Es imposible hallar otra obra que, como ésta, posea un carácter tan profundamente clínico, tan práctico y, por consiguiente, tan inmediatamente útil para los médicos generales. Nada de disquisiciones didácticas, nada que se parezca más o menos a una lección teórica y en la que las elucubraciones científicas peor o mejor desarrolladas usurpan un espacio precioso destinado a las deducciones prácticas. Toma al enfermo por el síntoma más notable de que se queja, el *síntoma que se presenta*, como dice el autor, aunque sea el tan difuminado dolor lumbar, la tos, la cefalea, etc., es decir, el síntoma que alarma al enfermo y que le lleva a consultar al médico, y no por el síntoma más o menos patognomónico que es descubierto por aquél después de un exámen minucioso; y tras una breve explicación sobre las causas y desarrollo de dicho síntoma, explicación de la que no se puede despreciar ni una palabra, expone a la consideración del lector una serie sucesiva de casos en los que el síntoma en cuestión predomina y es debido a la más variadas causas. En cuanto a la ilustración, es también original, profusa y utilísima, por las numerosas gráficas que comprende, en las que el autor ha introducido una nueva curva, indispensable en la actualidad, relativa a las variaciones de la presión sanguínea, que tanta significación diagnóstica tienen en los diversos procesos morbosos. Se puede decir que cada caso tiene su representación esquemática sobre una figura humana.

COMPENDIO DE QUIMICA FISIOLOGICA por el Dr. M. Arthus. — Un volúmen de 496 páginas. — *Salvat y Cia., editores.* —Barcelona 1927. — Rústica 22 ptas.

Este libro ha sido escrito para presentar a los estudiosos todas las nociones químicas necesarias, y nada más que necesarias, para el estudio de la fisiología. Sin embargo, el carácter de simplicidad de este libro no es obstáculo para que se halle al corriente de todos los desarrollos tan rápidos de la fisiología que se han sucedido casi vertiginosamente en estos últimos años: en él se encontrarán las

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nuevas nociones sobre algunas propiedades de las soluciones, sobre la constitución y estructura de la molécula proteica y sus productos de desintegración, un capítulo sobre los enzimoides, datos sobre la composición de los alimentos y los métodos para analizarlos, sobre la composición y modo de acción de los jugos digestivos, indicaciones acerca de las glándulas vasculares sanguíneas, etc., sin las cuales numerosas cuestiones fisiológicas que están hoy sobre el tapete serían incomprensibles. En resumen, este libro elemental contiene el mínimo de lo que debe saber hoy de química el estudiante de fisiología.

AFECCIONES DEL RAQUIS, por el Dr. F. López Ureña Un tomo de 212 páginas en 4°. con 102 figuras.—*Javier Morata Editor.*—Madrid 1927.—Ptas. 12.

La Cirugía Ortopédica apareció hace algunos años como nueva especialidad quirúrgica, habiendo sido, sin embargo, muy escasas las publicciones que tratan cuestiones de esta especialidad.

La obra que el Dr. López Ureña presenta a la consideración del público médico de lengua española, tiene la rara cualidad de ser interesante, tanto para el especialista como para el práctico.

El libro del Dr. Ureña tiene tal encadenamiento lógico y didáctico en la exposición de las cuestiones de que trata, que cautiva al lector sin fatigar su atención,ni su memoria,a pesar del gran caudal de conocimientos que encierra en relación con el número de sus páginas. El autor ha tenido, además, gran habilidad para escoger las 102 figuras que ilustran la obra, obteniendo de ellas todo el rendimiento que el dibujo es capaz de dar como medio de expresión, hasta el punto de que en muchas ocasiones, basta mirar al gráfico para comprender la cuestión de que se trata, sin necesidad de profundizar en el texto.

El Editor ha puesto en la confección de esta obra todo el esmero y cuidado que merece su contenido, en la seguridad de que el público médico sabrá corresponder una vez más al esfuerzo que autor y editor han realizado con el noble fin de ser útiles a la clase médica hispano-americana.

SIFILIOGRAFIA Y ENFERMEDADES VENEREAS, por Jeanselme y Sézary.—Un tomo en 8o, de 388 páginas. *Salval y C^a. Editores.* Barcelona, 1926.—15 ptas. tela.

Este libro constituye un interesante manual de la especialidad venéreo-sifiliográfica, formando parte de la colección "Biblioteca del Doctorado en Medicina" publicada bajo la dirección de los doctores A. Gilbert y L. Fournier.

La personalidad científica de los autores de este manual dedicado a la sifiliografía y enfermedades venéreas, es lo suficientemente conocida de todos los médicos de habla española.

Jeanselme y Sézary han tenido el acierto de reunir, todo lo nuevo de patología venéreo-sifiliográfica, condensándolo en 378 páginas de lectura interesantísima, siguiendo en su exposición un orden magistral y de gran claridad.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La obra está divida en distintas partes dedicadas a la blenorragia, chancro simple, sífilis y linfogranulomatosis inguinal, terminando con un índice alfabético y otro de materias.

La traducción admirablemente hecha; la edición elegante, tal cual sabe presentarlas la editorial Salvat de Barcelona.

COEUR ET VAISSEAUX, SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES, por F. Bordet y A. R. Turpin. Un volumen en 16°. de 440 páginas.— *Gaston Doin. Editeurs.* —París 1927.—

La práctica de la cardiología es variadísima, siendo imposible reunir todos los casos que se pueden presentar en la práctica. Por eso el doctor Bordet en su libro ha preferido resumir lo más indispensable para llenar las tres grandes indicaciones que dominan la terapéutica cardiaca: insuficiencia del miorcardio, los trastornos del aparato cardio regulador, la existencia del lesiones inflamatorias evolutivas.

La patología vascular ha sido agrupada por el doctor Bordet en tres secciones: por su origen funcional u orgánico de los trastornos circulatorios confirmados, por su localización y por la naturaleza de sus causas.

Turpín en un corto trabajo ha reunido todo lo práctico que se conoce en las enfermedades de la sangre y órganos hempoiéticos. Nada ha sido olvidado, dedicando una parte a la técnica simplificada de la transfusión.

En resumen, este pequeño libro reúne, bajo un formato cómodo, todos los elementos capaces de orientar rápidamente al práctica en el diagnóstico de las enfermedades del corazón, de los vasos y la sangre y los detalles que son necesarios tener en cuenta en cada caso particular para ordenar el tratamiento.

EL ALCOHOL Y EL TABACO, por León Tolstoi.—*Editorial «Generación Conciente»*.—Valencia 1927.—1 pta.

Las horribles consecuencias que para el progreso y la felicidad del mundo han acarreado los dos vicios más nefastos y absurdos que, para su desgracia, haya podido concebir y adoptar la extravagancia humana, son estudiados en esta obrita del gran pensador ruso que convirtió, quizá por única vez su pluma de apóstol de la fraternidad universal en látigo fustigador.

Este librito debieran leerlo y recomendarlo todos, con la satisfacción de que han de agradecercelo cuantos lo lean. Es tanto como contribuir a disipar las tinieblas que obscurecen la conciencia del mundo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Sobre la personalidad del sabio Hipólito Unánue

Trabajo leído en la Actuación organizada por el "Círculo Médico Peruano", en honor de los delegados a la VIII Conferencia Sanitaria Pan Americana

Por el Dr. HERMILIO VALDIZAN

La conquista de nuestra América no pudo ser realizada por arcadiana agrupación de sabios animados del noble empeño de estudio atento y tranquilo de una naturaleza que iba a ofrecerse a sus miradas cual realización magnífica de una exhuberante fantasía y que, por la placidez de sus espíritus y la riqueza de sus conocimientos, hubiese podido hallarse en aptitud de seguir, con benedictina paciencia, las huellas de civilización de pueblos cuyo dominio venían a herir de muerte. La conquista de América debía ser realizada fatalmente por el esfuerzo titánico de aquellos aventureros que a impulsos afectivos de un ensueño de grandezas, posaron la atrevida planta en la tierra desconocida, sin otros elementos de victoria que el temple de los aceros y la entereza de los corazones.

Aquellos guerreros, cuya sangre corre aún por nuestras venas; aquellos soldados cuya gesta es la apología espléndida de los ensueños que turbaran el dormir tranquilo de Alonso Quijano, sólo se procuraron la buena compañía de sujetos habituados a los rigores de la guerra y se dieron por muy bien servidos cuando a sus miradas de agonizantes les fué dado el consuelo de contemplación del religioso que pudiese ayudarles a bien morir. Ellos no pensaron — ni pudieron pensar — en procurarse el concurso de médicos que les prodigasen alivio en sus enfermedades y les sirviesen de enfermeros en sus accidentes. Así vinieron a nuestro Perú.

De los graves inconvenientes que se siguieron a la falta de médicos y medicinas entre los primeros conquistadores, nos dan una idea aproximada las relaciones históricas de la batalla de Huarina, librada el año 1547. Los vencidos emprenden angustiosa fuga, llevándose sus heridos, que lo fueron gravemente y en número considerable así como los vencedores, capitaneados por el magnífico Don Gonzalo Pizarro. En el dolor de esta marcha, hallan un inesperado socorro, que no vacilaron en calificar como providencial, preparando con el sebo arrebatado a unos pacíficos viajeros y con el estiércol avidamente recogido en los campos, una extraña mezcla balsámica que vertieron, llenos de fé, en todas las heridas, así en las graves y profundas como en las leves y superficiales. En el campo anónimo, un cirujano cuyo nombre ha escapado a las curiosidades de la in-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

vestigación histórica, realiza una atrevida intervención quirúrgica, la primera craniectomía llevada a cabo en tierras de América, arrancando con unas tenazas un gran fragmento de cráneo fracturado al conquistador don Francisco de la Peña. Comentando este hecho dice acertadamente nuestro Garcilaso: "mostró su complexión habérsele puesto el nombre de Peña por naturaleza de Peña y no por apellido". Nuestro comentario a aquellas curaciones bizarrasy a aquella bárbara cirugía salvadora, es la consideración relativa a la mansedumbre admirable de los gérmenes de aquella venturosa edad y al gigantísmo fantástico de los fagocitos de aquellos heroicos soldados de la conquista.

La ausencia de médicos estudiosos entre los primeros conquistadores, así como la pública inquietud determinada por las guerras civiles que, declaradas entre ellos, ensangrentaron el suelo peruano, explican suficientemente la pérdida lamentable de la mejor oportunidad para estudiar la civilización incaica y para conocer, merced a ese estudio,los progresos que la medicina había logrado en organización social tan avanzada como lo fué la confederación incaica. Sumose a estos factores el rechazo efectivo que surgió en el conquistado como reacción naturalísima contra el conquistador y la tradición sufrió el muy grave daño originado por el deseo de los indios de silenciar al intruso cuanto informe podía serle arma eficaz en sus relaciones con los aborígenes. La medicina arma de defensa preciosa contra el gran enemigo que es la enfermedad se contó en el número de los tesoros que los indios peruanos ocultaron celosamente a la ávida mirada de sus dominadores, con un celo tal que fué menester el trascurso de un siglo para que tuviese lugar el descubrimiento de las propiedades febrífugas maravillosas del árbol de la quina. Los indios hallaron tal vez un aliado más poderoso en los extragos de la malaria que en la ponzoña de sus flechas.

A los pocos años de iniciada la dominación española se establece en Lima el primer protomédico de América, el doctor Hernando Sepúlveda, natural de Segovia y cuyo nombre aparece por primera vez en nuestras crónicas con motivo de la presentación que hizo, en 1538, al cabildo de esta Ciudad de los Reyes, de una pragmática de S. M. el rey de España, por medio de la cual le autorizaba a examinar médicos y cirujanos y entender en asuntos de medicina y cirugía, después de obtenida licencia de los respectivos cabildos. Poco esfuerzo debió desplegar el doctor Sepúlveda para conseguir el mejor desempeño de su honorífico cargo; pues el número de médicos y cirujanos por examinar era tan pequeño que los cabildos de Lima y Huamanga, obligados por las circunstancias, concedían calidad de tales a los albéitares y a los barberos, a falta de quienes mejor trataran la salud de los vecinos. Del número de estos cirujanos fué aquel aventurero griego, Maese Francisco, a quien Carbajal, el formidable *Demonio de los Andes*, perdonó "las hechas y por hacer" que nos ha referido con donosura inimitable, don Ricardo Palma, en una de sus deliciosas tradiciones.

Que no era tiempo lo que le faltaba al doctor Sepúlveda, lo comprueba un indiscreto manuscrito, que se conserva en la Biblioteca Nacional de Lima, documento de contrato, levemente judai-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

co, celebrado entre el protomédico y el boticario Juan Rodríguez para el productivo expendio de farmacos. Verdad que existe en nuestro archivo nacional otro documento que redime a Sepúlveda de sus comerciales inclinaciones; pues se refiere a la autorización amplia y solemne concedida por nuestra primera autoridad médica a un Marco Corzo, para curar, en todo el territorio del Perú, "la enfermedad de bubas" que dicho sujeto había curado ya — al menos así lo asegura bajo su firma el doctor Sepúlveda— y con notorio acierto, en la Ciudad de los Reyes. Este documento, que no ha sido tomado en consideración por los autores que han estudiado el orígen americano de la sífilis, demuestra que la enfermedad de bubas era muy general en el Perú dos años después de echados los cimientos de la capital del virreinato.

El siglo XVI transcurre sin gloria para la medicina peruana: en las crónicas y en los procesos de beatificación, aparecen algunos nombres, a las veces acompañados de adjetivos reveladores de pecaminosa prodigalidad; pero constantemente huérfanos de prueba testimonial de tales calificativos. Es el siglo en que aparece un doctor Juan de la Cueba rumbosamente establecido en la ciudad del Cuzco, en la época de la fundación del hospital de Nuestra Señora de los Remedios; es el siglo en que un doctor Vásquez, acompaña, en calidad de naturalista, al excelente don Francisco de Toledo, en su provechosa peregrinación a través del virreinato; es el siglo en que hace gala de sus aptitudes taumatúrgicas un Gonzalo Vásquez, clérigo y guerrero, que deslumbraba a las tropas de Francisco Hernández, ejerciendo, con las debidas solemnidades, la astrología judicial y las prácticas adivinatorias, inclusive la tan temida nigromancia.

Esta centuria ofrece, en nuestra historia, dos hermosos ejemplares de la orientación social de la asistencia de enfermos, inspirada exclusivamente en sentimientos de honda conmiseración para el desvalido: Martín de Porres, el negro de alma blanca que dedica todas las horas de su existencia al alivio de las humanas desventuras, en su noble calidad de flebótomo y religioso y Pedro Fernández Barchilón, soldado que, librada milagrosamente la vida, cumple el voto que hiciera en hora de mortal peligro, dedicando el resto de sus días a la atención de los pobres enfermos del hospital de Huamanga.

Pero este siglo nos presenta, en sus parcos anales médicos, un hecho, revelación elocuente del poco aprecio que la época dispensaba al arte de curar: Expedida en 12 de Mayo de 1551 la real cédula aprobatoria de la fundación de la Universidad de Lima, la flamante academia no instituye estudios médicos a pesar de haber sido doctores en medicina sus dos primeros rectores seglares: el doctor Gaspar Meneses (1572) y el doctor Antonio Sánchez de Renedo (1573).

El siglo XVII comienza bajo mejores auspicios; pues durante su primera mitad ocurren, con una de esas coincidencias no raras en la historia, dos acontecimientos igualmente importantes para la medicina peruana: en el mismo año de 1638, gobernando el Perú el conde de Chinchón, se realiza el descubrimiento de la cascarilla

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

y tiene lugar el establecimiento de las primeras cátedras de medicina en la Real Universidad de San Marcos de Lima.

Es muy conocida la historia de la corteza peruana de la quina para que me permita la libertad de recordarla. He de limitarme a repetir que corresponde a nuestro Perú el título de honor de haber ofrecido a la humanidad uno de los más admirables medicamentos de que hayan dispuesto las ciencias médicas.

Las dos primeras cátedras de medicina establecidas en el Perú fueron la de Prima y Vísperas, en las cuales se hallaba comprendida toda la patología. Los estudios eran exclusivamente teóricos y estaban humildemente reducidos a la discusión de los textos de Galeno e Hipócrates, a la luz no siempre igualmente brillante de sus comentadores. Estas cátedras, por desgracia, más que manantiales de sabiduría fueron pedestales de honor y fuente de personales beneficios; pues muchos de los maestros llamados a desempeñarlas sólo aparecieron como tales en las suntuosas ceremonias de la corte virreinal.

No fué de mayores provechos para la juventud estudiosa la creación de la tercera cátedra de medicina, lograda al cabo de treinta años de reiteradas solicitaciones, el año 1691, siendo virrey del Perú el conde de la Monclova; pues la cátedra de método o de método de Galeno, que comprendía principalmente la terapéutica, si bien permitiendo al maestro incursiones frecuentes en el campo nosográfico, fué cátedra de enseñanza igualmente teórica e igualmente precaria cuando le dió caracteres de tal la poca diligencia de los maestros.

Este siglo ofrece, como todos los siglos, una mezcla pintoresca de bueno y de malo; ofrece de bueno las juiciosas observaciones del doctor Matías de Porres respecto a las calidades del agua de Lima, contenidas en un folleto titulado "Beber frío con nieve" (1611); el laudable empeño de divulgación médica a que corresponde el "Discurso de la enfermedad sarampión" escrito por el limeño doctor Francisco de Bermejo y Roldán (1693); los "Desvíos de la naturaleza", escritos comanditariamente por el cirujano Rivilla y el polígrafo doctor Pedro de Peralta Barnuevo y Rocha (1695) y en cuyas páginas se advierte la parquedad de conocimientos diluida en una erudición admirable, frecuentemente inoportuna. Ofrece de malo la trasnochada devoción astrológica evidenciada en los folletos publicados en Lima, en 1645 y 1660, respectivamente, por don Juan Jerónimo Navarro y don Juan de Figueroa: el primero, graduado doctor en la Universidad de Valencia, aprobaba en su discurso el sangrar y purgar en días de conjunción; el segundo estudiaba, con buena voluntad digna de mejor causa, las aplicaciones médicas de la astrología.

Siglo de las místicas exaltaciones, su misticismo permite que sean quemados por el tribunal del Santo oficio dos desventurados colegas: el tucumano Br. Francisco Maldonado de Silva y el portugués Tomé Quaresma, cuyo mayor delito era su orígen lusitano, que los hacía sospechosos de herejía. También el misticismo del siglo inspira a Ossera y Estella las pocas páginas de su estudio titulado "El Físico Cristiano" (1690).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Vive vida inquieta en Lima, en este siglo, *el Moliere peruano*. Sobreviviente a una grave y larga enfermedad, en el curso de la cual halló ocasión de conocer a la mayoría de los médicos limeños de su época, los hace objeto de invectivas formidables en las páginas amenísimas de su "Diente del Parnaso". No es sólo con propósito de poética delectación que debe leerse este incisivo documento: en él aparecen muchos nombres de médicos, cirujanos, boticarios, barberos y aún curanderos que sólo a Caviedes deben su paso doliente a la posteridad; pues no dejaron otra huella de su paso por la vida que aquella triple de sus flaquezas, de su ignorancia y de su vanidad.

Al conjuro de la musa retosona del poeta de las ribera surgen en la Lima colonial, dentro del marco de un señoril ensueño, las figuras, beneficiadas muchas de ellas por el empeño caricatural del poeta, de los médicos ignorantes y presumidos; de los cirujanos latinos más llenos de ínfulas virgilianas que de conocimientos; de los cirujanos romancistas dolidos de su analfabetismo latino; de los flebótomos orgullosos de la vastedad de su jurisdicción terapéutica; de los curanderos y charlatanes, tan rodeados de gloriosa aureola como pudieran estarlo en estos mejores días de la república. No escapa a Caviedes ni siquiera una buena dama, doña Elvira de nombre, que en aquel entonces ejercía el piadoso oficio de administradora discretísima del incómodo clister.

Si la musa de Caviedes intentó educar; si debe buscarse un empeño morigerador como una de las finalidades de su sátira, a veces despiadada, precisa convenir que el fracaso más rotundo coronó tan laudables esfuerzos. El siglo XVIII no se dió por notificado y los médicos, cirujanos y barberos, continuaron ejerciendo sus profesiones respectivas en la misma forma en que fueron sorprendidos por la penetrante mirada observadora del poeta de la ribera.

A pesar de ello, el siglo XVIII es el siglo de oro de nuestra medicina colonial. Verdad que en sus días discurren por las calles de Lima, jinetes en mulas, con sus medias gualdrapas de cordobán, que a título de uniforme les impuso el conde de Chinchón, los médicos ignorantes y los cirujanos presumidos; pero verdad también que en este siglo viven en Lima y actúan en los diversos gremios profesionales, sujetos llenos de merecimientos.

En la primera mitad de este siglo, el frances Petit y el italiano Bottoni ilustran a nuestros médicos respecto a tan interesantes argumentos como el cáncer y el morbo gálico y la circulación de la sangre. Algunos años despues, un cirujano frances, atraído al Perú por su amor a las minas, el doctor Martín Delgar, inicia a los peruanos en las novedades de la cirugía.

Hacia la mitad del siglo empieza sus cincuenta años de labor perseverante el doctor Cosme Bueno. Aragonés de nacimiento, hizo sus estudios farmacéuticos y médicos en Lima, logrando adquirir la vastísima cultura que se advierte en su obra toda. Esta no sufrió el daño derivado del empeño enciclopédico que tan claramente se advierte en la obra de Peralta, a quien ya hemos citado; pues el doctor Bueno, excelente médico y cultísimo cosmógrafo, sólo en estos dos campos de la medicina y de las matemáticas distribuyó las predilecciones de su espíritu selecto. Le somos deudores de trabajos tan

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

interesantes como sus disertaciones, acerca del aire y de sus propiedades acerca del agua y las suyas — que le fué oportunidad para realizar un excelente estudio de las bebidas más usuales en el reino. Le somos deudores, principalmente, de la sólida base sobre la cual habrá de descansar algún día el edificio de nuestra Geografía Médica.

Sería vano empeño el discurrir, en las páginas de Cosme Bueno la exageraciones o dogmatismos que sólo la ignorancia inspira: cuando él estudia, incidentálmente, la verruga peruana, se limita a hacer constar algunas de sus localizaciones y a enunciar los peligros de la enfermedad peruana cuando la erupción verrucosa no tiene lugar. Cuando el prelado limeño le consulta respecto al tema, muy de la época, de los antojos de las mujeres preñadas, la respuesta aparece llena de discreción y hay tanta habilidad en el informe, que, salvo detalles de tiempo, pudiera ser suscrito por un médico del tiempo.

Cosme Bueno matemático pudo ser discípulo de don Pedro de Peralta, a quien sucedió en la cátredra de Prima de Matemáticas y en el cargo de Consmógrafo Mayor del virreinato. Cosme Bueno médico, fué obra de su personal esfuerzo. Espíritu tesonero, con esa perseverancia que es legendario atributo de su tierra natal, y que puso en evidencia en el medio siglo durante el que redactó las "Efemérides de Lima"; espíritu observador y disciplinado, sobre la base de sus estudios—que quiso muy completos — y de su observación — que debió ser muy fina y muy continuada — pudo formarse aquella doctrina tan sólida que le acompañó a lo largo de su provechosa vida. Nada de particular que estas personales prendas, unidas a una bondad muy grande, hicieran de Cosme Bueno un maestro excelente. Fué a su lado y a la cabecera de los enfermos de hospital, que se formaron dos discípulos suyos que, en la docencia médica, honraran al maestro: el doctor Francisco Rúa, el bien amado maestro de José Manuel Dávalos; y el doctor Gabriel Moreno, el maestro ejemplar de Hipólito Unánue.

Declinaba el siglo XVIII cuando Unanue llegó a Lima, procedente de esa bendita tierra de Arica que espera, en recogido silencio, la palabra de justicia y de paz que América habrá de pronunciar alguna vez. Llegaba pobre, encaminado al sacerdocio por el voto familiar. La buena fortuna de hallar un consejero de excepción en un tío materno, médico y religioso que, después de observar al joven sobrino y de hacer un balance de sus prendas, aconsejóle entre los dos sacerdocios, el de la medicina. La posteridad ha confirmado ampliamente este buen consejo del padre Pavón.

Las relaciones sociales del distinguido religioso abriéronle a Unánue puertas que, de otro modo, quizá hubiesen permanecido cerradas para él: hiciéronle maestro de algunos jóvenes pertenecientes a aristocráticas familias limeñas, al mismo tiempo que le hacían discípulo de Gabriel Moreno. El jóven Unánue pudo así, al mismo tiempo que ganarse honradamente el sustento, realizar sus estudios médicos que habían de elevarle a tanta altura.

Después de obtenidos en la Universidad de Lima varios triunfos académicos, inicia Unánue su basta obra de publicista en las pá-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ginas de "Mercurio Peruano", gloriosa publicación limeña que recogió cuidadosamente los sazonados frutos de la intelectualidad de aquella época. La sociedad "Amantes del País", que tan eficazmente contribuyó a la culturalización del virreinato y fué la editora del "Mercurio" tuvo por secretario a Unanue, que la prestó valiosos servicios bajo el pseudónimo de *Aristio*. Llama la atención que, al realizarse los varios intentos de catalogación de las obras de Unanue, no se haya puesto un mayor cuidado en recorrer las páginas de la revista indicada, con el objeto de anotar todos aquellos escritos, de índole diversa, que llevan la firma de nuestro ilustre protomédico. Tal omisión lamentable hace excesivamente defectuosa la relación que de las obras de Unanue hace el general Mendiburu; hace deficiente la recopilación que debemos al espíritu conservador del coronel Odriozola y , tan deficiente como ésta última la editada en Barcelona, el año de 1914. En estas dos últimas colecciones de obras del doctor Unanue "ni están todas las que son, ni son todas las que están", pues, confundiendo el título de un estudio publicado por el ariqueño eminente con otro del mismo título publicado en el "Mercurio Peruano" por don José Rossi y Rubí, se ha consignado, este último. En cambio, se ha omitido, en dichas recopilaciones, muchas de las producciones científicas y literarias de Unanue que hemos incluido en nuestros apuntes bibliográficos del Padre de la Medicina Peruana.

De los 93 números a que hemos logrado hacer llegar la bibliografía de Unanue, muchos corresponden a argumentos extraños a la medicina: a despecho de su importancia desde los puntos de vista arqueológico, histórico, literario, etc., nos ocuparemos exclusivamente de aquellos de índole médica.

Estudios de divulgación, valiosas contribuciones humildes a esa generosa empresa de preparación de la conciencia sanitaria, están constituídos por unas "Precauciones para consevar la salud en el otoño" publicadas el año 1791 en "Mercurio Peruano" y complementadas por la publicación hecha, pocos meses después, de los resultados obtenidos mediante la adopción de tales precauciones. Llena la misma finalidad educativa, aún cuando adornada por elegancias de forma impuestas por las circunstancias, el "Discurso" que escribió Unanue acerca del panteón en obra del convento de San Francisco de Lima. Por último, en su estudio titulado "Repoblación del valle de Vitoc" (1792) y en sus tan celebradas "Observaciones sobre el clima de Lima" (1806) puede apreciarse toda la merecida importancia que concedía Unanue a la higiene y todo el aprecio que le merecían los beneficios sociales de la profilaxia.

La anatomía, estudio vinculado a unos de sus mayores victorias y campo primero de sus devociones decentes, le debe interesantes contribuciones al estudio de la teratología nacional. El ambiente profesional de la época acogía con entusiasmo todo lo maravilloso, a veces con buena fé tan considerable que no puso en duda, el año de 1804, el raro caso de una infeliz mujer, a quien se acusó de de haber dado a luz un pichón palomino, descrito con todas sus señales por el cirujano limeño José Pastor de Larrinaga. Unanue, movido, tal vez, de este interés de sus camaradas o del que causa en

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

todos nosotros la explicación de las sorpresas que la naturaleza suele ofrecernos, hizo el año de 1792 la descripción del gigante Basilio Huaylas, que paseaba su estatura magnífica por las calles de Lima e hizo también la descripción de un ternero bicípite. Al mismo número de sus contribuciones al estudio de la anatomía en el Perú, pertenecen dos interesantes documentos: uno de ellos, titulado "Metamorfosis Humanas" (1791) en el cual describe el relicario trófico y paralítico de una probable meningoencefalitis infantil; el segundo, que lleva por titulo "Historia de un cólico extraordinario" es la historia clínica de una hernia diafragmática congénita. Su tan conocida oración académica titulada "Decadencia y restauración del Perú", pronunciada con motivo de la inauguración del Anfiteatro Anatómico en el hospital de San Andrés, constituye un elogio brillante de los beneficios que la medicina obtiene de la mejor enseñanza de la anatomía.

Las ciencias naturales tenían en aquel entonces una importancia mucho mayor, de la que conservan actualmente en sus relaciones con la medicina. Nada de particular que Unanue las dedicara tantas horas de su laboriosa existencia y que hiciera un excelente resumen de sus estudios botánicos en una "Introducción al estudio científico de las plantas en el Perú" (1791) y que revelara estas devociones por el estudio de la naturaleza en su disertación sobre la naturaleza y efectos del tabaco y en aquella sobre la coca (1793), disertación esta última en la cual llegó a vislumbrar la acción anestésica de la hoja sagrada de los Incas y en la cual debe buscarse siempre—como lo hicieran Ulloa y Villar, Colunga y Moreno y Maiz, informaciones interesantes para el estudio monográfico de la eritroxilácea prodigiosa.

Si su discurso para el establecimiento de unas conferencias clínicas en el Anfiteatro Anatómico de San Andrés define bien sus personales conceptos respecto a la clínica y a sus beneficios y recursos, sus estudios sobre la disentería revelan claramente que la clínica le era familiar, hecho que se advierte fácilmente y que aparece en evidencia a despecho de ciertos errores imputables a la época en que escribía Unanue, así como a los conceptos nosográficos dominantes acerca de las disenterías.

No podemos comentar, por haber desaparecido, dos tesis de Unanue, escritas el año 1798: una de ellas era una contribución al estudio de las neumopatías y lleva por título "De Bronchotome"; la segunda estudiaba aquella acción misteriosa atribuida a la luna sobre el hombre enfermo y llevaba por título "De Luna influxu".

Pero la obra más acabada de Unanue desde el punto de vista de su producción científica, está constituída por sus "Observaciones sobre el clima de Lima" que alcanzaron, el año 1914, su cuarta edición.

Al estudio preliminar de la historia del clima, sigue el de sus influencias sobre los seres organizados, capítulo al que hace continuación el dedicado al estudio del clima sobre las enfermedades, que el autor estudia con criterio integral, refiriéndose a las enfermedades del cuerpo y a aquellas del espíritu. Estudiando las primeras, aporta Unanue una interesante contribución a la historia epi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

demiológica del Perú colonial y hace muy atinadas observaciones acerca de las endemias responsables de la mayor letalidad ó mortalidad en la capital del virreinato. Unanue, precursor de los pediatras modernos, deja oir su voz de alarma, como años mas tarde había de hacerlo su ilustre discípulo el doctor José Manuel Valdés, para llamar la pública atención hacia la mortalidad infantil, hacia sus causas múltiples y sus posibles remedios, enunciando de paso la frecuencia de la espasmofilia en los niños limeños. Estudiando otras enfermedades frecuentes en Lima, pasa en revista las neumopatías, las afecciones múltiples del aparato digestivo y de los demás de la economía humana, insistiendo acerca de la frecuencia alarmante del cáncer uterino, verdadero fantasma para las damas limeñas de la colonia. Refiriéndose incidentalmente a la verruga peruana, que consideró tan misteriosa y mal conocida que hizo de ella uno de los argumentos médicos que debían estudiar los miembros de la sociedad "Amantes del País", no hace suya —como lo han pretendido equivocadamente algunos — la identidad de verruga y sífilis, que había enunciado en un poético pasaje de tesis su maestro el doctor Gabriel Moreno. Unanue se limita a citar esta opinión, como corresponde a quien ingnorando la solución de un problema señala la que ha sido ofrecida previamente.

Capítulo especial dedica Unanue a las enfermedades del espíritu y trata, con tal motivo, de la depresión habitual del indio y de su marcada inclinación a la melancolía. En este capítulo tiene Unanue un acierto que está en armonía con las modernas concepciones de la Psicología Genética, cuando declara que "La educación de los primeros años hace quizá la base de los delirios que ocupan los últimos años de la vida humana" . He aquí un concepto de importancia de la experiencia infantil y del valor que la educación ejerce en la génesis de tantos estados de enfermedad mental.

Estudiando en capítulos sucesivos los medios de preservación de las enfermedades del clima , aporta Unanue una valiosa contribución nacionalista al estudio de nuestros alimentos y nuestras bebidas y al de nuestro régimen de vida. Leyendo a Unanue podemos reconstruir la historia de estos aspectos higiénicos de la vida colonial.

Termina este libro las 198 páginas en cuarto de su edición limeña del año 1806, insertando la Constitución médica de 1779, estudio en el cual el autor nos suministra preciosos informes para el estudio epodemiológico de la coqueluche y la gripe, de la tifoidea y la malaria, etc

Esta es, a grandes rasgos, la obra médica llevada por Unanue al libro, al folleto, a la revista. Toda esta obra está inspirada en el más ascendrado nacionalismo: cada artículo de periodico, cada folleto, cada libro, llenaban una necesidad nacional. Cuando se trata de educar, el artículo de periódico, sencillamente escrito, divulga; cuando se intenta elogiar nuestras riquezas naturales, el artículo de periódico, el folleto o el libro, las exhiben maravillosamente; cuando se trata en servicio de la Patria y de la Humanidad, de exaltar el amor al estudio, Unanue realiza magníficamente su propósito.

Obra de sembrador. Obra buena y silenciosa que sabienda el precioso beneficio de la semilla, procura ignorar que el terreno, así sea el más fértil carece, de memoria.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Diganos ahora de la obra docente de Unanue: de esa cuya memoria honró el discípulo predilecto, el mulato José Manuel Valdes, médico insigne, literato castizo a quien debe la lengua castellana una de las mejores versiones de los Psalmos.

El año 1792, merced al consorcio de la perseverancia de Unanue y del franco apoyo que prestara a sus generosos empeños el Virrey don Francisco Gil Taboada Lemos y Villamarín, tuvo lugar la inauguración del Anfiteatro Anatómico de San Andrés, origen real de la enseñanza práctica de la medicina en el Perú. Verdad que ya en el siglo anterior practicaban la autopsia algunos cirujanos limeños y verdad también que la cátedra de Anatomía había sido establecida el año 1711, imponiendo al catedrático la obligación de una demostración anatómica semanal. Pero ni estos hechos, ni la obra meritísima del cirujano don Francisco Matute, que había enseñado anatomía en el Real Hospital de San Bartolomé aprovechando las autopsias con finalidad docente, habían logrado establecer definitiva y sistemáticamente la enseñanza práctica de esta cátedra. La erección del Anfiteatro Anatómico establece esta enseñanza. Fué a partir del año 1792 que los médicos peruanos abandonaron las láminas y los dibujos murales—no siempre pintados a la perfección— por el cadáver humano. Honor grandísimo para Unanue el de haber cambiado radicalmente la orientación de los estudios médicos en el Perú: comprendiendo que la teoría necesita ineludiblemente de la práctica. dándose cuenta exacta de los peligros que significaba la educación médica de jóvenes que pasaban bruscamente de las láminas dibujadas al organismo de sus enfermos,al establecer la enseñanza práctica de la Anatomía, echó Unánue las bases de la enseñanza racional de la medicina.

No sabemos si Unánue, en la oración académica que pronunciara en sus oposiciones a la cátedra de Anatomía, en las que tuvo por opositor al excelente médico doctor Miguel Tafur, expresó sus generosos anhelos de contribuír, en forma más decisiva todavia que su obra del Anfiteatro, al perfeccionamiento de la docencia médica. Es de creerse que quien conocía tan admirablemente como Unánue las necesidades de la docencia médica, hubiese pensado en el remedio que podía oponerse al daño derivado de la educación médica insuficiente.

Si tal pensó, debió considerar los peligros del paso demasiado rápido y, aplazando la realización de proyectos que tal vez acariciaba desde aquella época, hizo del Anfiteatro Anatómico un centro de enseñanza clínica, estableciendo unas conferencias que lograron reunir en torno del entonces catedrático de Anatomía a los mejores médicos de Lima, con el objeto de estudiar los casos clínicos por ellos presentados o aquellos que todo enfermo de la ciudad podía ofrecerles en situación de consulta. Estas conferencias se realizaron regular y asiduamente y su número pasó de cincuenta. La destrucción de nuestras bibliotecas el año 1881 explica la pérdida de toda noticia relativa al mayor número de estas interesantes reuniones del cuerpo médico de Lima. Sólo sabemos que, en el número de las materias tratadas se contaron el cáncer uterino, la disentería, las oftalmías, los catarros epidémicos, la equinococia. Y entre los médicos que acom-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América

pañaban a Unánue en esta hermosa obra, contaban el ilustre Dávalos y el ilustre Valdés; los distinguidos médicos Davila, Puente y Vergara yBueno y el doctor Baltazar de Villalobos, a quien le debe la literatura médica peruana un generoso empeño de curación de la lepra y una buena descripción de una epidemia de fiebre tifoidea en la actual provincia de Chancay.

Concluía el siglo XVIII ostentando la escuela médica de Lima una marcada y saludable orientación en el sentido de la práctica indispensable para el mejor rendimiento del cultivo de las ramas diversas del arte de curar. Y era Unánue el autor de esta evolución benefica.

No sería lícito dejar de nombrar, en el rápido balance médico de este siglo, al doctor José Miguel Dávalos, contemporáneo de Unánue: ávido de saber marchó a Francia y merced a todos los esfuerzos pudo coronarlos obteniendo la borla doctoral en la célebre Universidad de Montpellier, para volver a su patria acariciando ilusiones que le autorizaba a forjarse la solidez de su preparación profesional. Tal vez si su calidad de mulato, por una parte, y el brillo deslumbrador de los triunfos obtenidos por Unánue, por otra, decidieron de su actuación poco en armonía con sus merecimientos. Procurando demostrar el error en que han incurrido quienes culparon a Unánue de las lamentables postergaciones de que Dávalos fué víctima, he puesto en evidencia, en oportunidad anterior, que Unánue reconoció todo el valer de Dávalos en dos momentos solemnes de su victoriosa carrera profesional: llamóle a su lado al establecer las conferencias clínicas del Anfiteatro Anatómico y le llamó también al organizar la enseñanza médica en el Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando.

A pesar de todo lo hecho por Unánue, era lamentable la situación en que se hallaban, al advenimiento del siglo XIX, la enseñanza médica y las profesiones médicas . Los jovenes inclinados a estos estudios, debían elegir entre los diversos gremios existentes entonces y que eran los siguientes: médicos, cirujanos latinos, cirujanos romancistas, flebótomos y boticarios.

Los primeros eran los obligados a una mayor suma de conocimientos, que debían adquirir en el único curso práctico de Anatomía y al lado de un maestro de práctica que se buscaban entre los médicos de la ciudad. Realizados estos estudios, debían presentar sus exámenes ante el Real Tribunal del Protomedicato, que contaba con alcaldes examinadores para cada uno de los gremios nombrados y que era el dispensador de títulos profesionales. Muchos profesionales recorrieron toda la escala de honor, comenzando humildemente de flebótomos, para ascender, en etapas sucesivas, a cirujanos primero y a médicos después y para llegar, si sus calidades de sangre se lo permitían a los honores de los grados académicos, que sólo por gracia especial del monarca español y a ruegos del Cabildo de Lima, le fueron permitidos al ilustre mulato José Manuel Valdés.

Los profesionales preparados en estas lamentables condiciones eran sistemáticamente pospuestos a los profesionales ultramarinos, algunos de los cuales, en no pocas oportunidades, se impro-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

visaron médicos en llegando al Perú y no hallando ocupación más productiva que el ejercicio de las profesiones médicas.

El año de 1807, en un elocuente memorial presentado al virrey, Unanue exibe de mano maestra la necesidad inaplazable de la erección de un Colegio de Medicina y Cirujía. El virrey convencido por las razones aducidas por Unanue, acepta el proyecto y procede diligentemente a llevar a cabo los trabajos preliminares de esta obra, la más duradera de las realizadas en el Perú por ese admirable gobernante que fué el virrey don José Fernando de Abascal y Sousa.

La clara visión de Unanue contempla en la grandeza de la patria y asocia a este generoso ideal el programa de estudios del Colegio: en sus aulas deberían formarse, merced a la enseñanza de las ciencias naturales, excelentes agricultores capaces de bien cultivar la extensión enorme del virreynato y magníficos mineros colocados en aptitud de mejor desentrañar las riquezas legendarias de nuestras minas. Y como quiera que la industria no puede desarrollar debidamente todas sus poderosas energías cuando no cuenta con la garantía indispensable de la salud, en el mismo colegio que debía preparar los agricultores y los mineros, se formarían convenientemente los médicos encargados de la atención sanitaria de la nueva industria peruana.

El proyecto primitivo de Unanue fué el establecimiento del Real Colegio de Medicina, Cirujía y Ciencias Naturales dentro del Hospital de Santa Ana, llamado a servirle de centro de enseñanza clínica. Existen en el archivo de la Facultad de Medicina los planos que demuestran este deseo legítimo de Unanue; pero la Hermandad del Hospital suscitó tales cuestiones de jurisdicción y dejó leer, entre las líneas de sus comedidas respuestas al Virrey, tales celos administrativos, que Abascal que hizo siempre honor a su Marquesado de la Concordia, invitó a Unanue a abandonar el empeño y a conformarse con la erección del colegio en terreno vecino a los tres grandes hospitales de la Lima virreinal: el de Santa Ana, el de San Andrés y el de San Bartolomé.

Abascal no disponía de los recursos económicos necesarios para llevar adelante obra por la que demostró el más hondo afecto, la situación de España reclamaba mucho dinero para el sostenimiento de las tropas que se veía precisada a mantener en pié de guerra y, en tales condiciones, no era posible distraer los dineros de la Nación en obras como aquella del Colegio Médico de Lima, que podían esperar horas más tranquilas. Fué menester recurrir a la filantropía colonial. El Colegio de Medicina y Cirujía de San Fernando tuvo los mismos orígenes humildes que tuvieron en el Perú todos los progresos médicos: las cátedras de Prima y vísperas fueron erigidas con renta que debía tomarse a aquella del soliman; la cátedra del Método de Galeno fué establecida con cargo a la renta de la cátedra de Prima de Matemáticas; la de Anatomía con renta que debía suministrar el Cabildo de Lima. El colegio pudo establecerse merced a generosos donativos: contribuyeron a la obra, con contingentes proporcionados a sus recursos, el Arzobispo de Lima, el Ayuntamiento, la mayor parte de los intendentes, los obispos de las di-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

versas diócesis, los mineros de Hualgayoc y los gremios médicos residentes en Lima y Callao.

El virrey busca infatigable recursos que aportar a la obra y rentas que ofrecer al nuevo colegio. Como botón de muestra de lo que fueron estas rentas originariamente, deberemos manifestar que se contaron entre ellas las siguientes: La renta del capitán de una patrulla de encapados perseguidores de ladrones y declarada vaca por fallecimiento de quien servía el cargo; la renta del sargento mayor de la Plaza de Lima, vacante por el mismo motivo; el producto de dos cátedras vacantes de Filosofía Aristotélica en la Universidad de Lima; el producto de las lidias de gallos en los días miércoles y, finalmente, el producto de una corrida de toros que debía verificarse después de realizadas las ocho de la contrata anual que se celebraba con el asentista.

Es en estas condiciones de pobreza que abre sus puertas el Real Colegio de Medicina, Cirujía y Ciencias Naturales de San Fernando. La actividad de Unanue sirve excelentemente esta obra que le era tan grata: a los catedráticos de la Universidad, que le acompañaron en la fundación, los doctores Tafur, Pezet, Vergara y Paredes, no tarda en agregar los dos médicos encargados de la conservación del fluído vaccínico: eran éstos los doctores Pedro Belomo y José Manuel Dávalos: del primero intenta hacer un catedrático de clínica; hace del segundo un maestro de materia médica. El doctor Belomo renuncia el cargo por razón de su avanzada edad y es reemplazado por el médico romano bachiller Félix Devoti.

Pero Unánue observa, desde los primeros momentos, que su admirable cuadro sinóptico de la enseñanza médica, que comprendía la excelente preparación de los médicos, cirujanos, farmacéuticos y obstetrices, no puede ser llevado a la práctica. La pobreza de las instituciones explica,en el mayor número de casos la lentitud con que ellas recorren la senda del progreso: tal ocurrió con el Colegio de San Fernando, cuyo programa de estudios fué considerado en España como más digno de una Universidad que de un colegio y que, por falta de elementos materiales, fué restringido considerablemente. A las inquietudes suscitadas en España por la intervención napoleónica en la política europea, no tardaron en agregarse las que surgían en América al influjo de las impetuosas brisas libertadoras. La gran revolución americana llamaba a todas las puertas y Unanue acudió al llamamiento. En las aulas sin techo del Colegio de San Fernando tuvo lugar aquella conspiración conocida en nuestra historia con el nombre de *conspiración fernandina* y en la cual intervinieron Unanue, Tafur, Paredes y Chacaltana. Denunciados por un traidor, Paredes sufrió perturbación mental, afortunadamente pasajera, y el desventurado Chacaltana, el primer disector anatómico del Anfiteatro pagó con la vida el dolor de la traición de que él y sus camaradas fueron víctimas.

Unanue abandona el Colegio: la patria le llama a las filas de la actividad y forma resueltamente en ellas para actuar en forma que nosotros los médicos habitualmente tan ajenos a la política, no sabríamos juzgar con acierto. Digamos, sin embargo, que Unanue, después de hader saboreado ingratitudes de la política militante,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

pudo retirarse tranquilamente a sus haciendas de Cañete; pues llevaba entre los documentos relativos a su vida pública uno precioso para él y para sus descendientes: llevaba una carta, escrita por el virtuoso capitán argentino, el generalísimo don José de San Martín, en la cual éste se decía orgulloso de llamarse "amigo del viejo Unánue".

El año de 1833 fallece Unánue. Hay, en esta última etapa de su vida, un hecho casi desconocido y que revelamos con honda emoción: un año antes de su muerte, cuando la vejez le invitaba a la quietud del vivir postrero; cuando los desencantos e ingratitudes que sufriera aconsejábanle la búsqueda ansiosa del refugio inapreciable del hogar, Unanue vuelve a la juventud estudiosa para ofrecerle, en un Prospecto del Ateneo de Lima, al lado de José Pando, Felipe Pardo y Joaquin de Mora, sus servicios de profesor de Historia.

Hay en este ofrecimiento formulado tan cerca de la tumba, una afirmación rotunda de la vocación docente de Unanue: olvidado de los achaques de la ancianidad, desechando el recuerdo ingrato de las injusticias del olvido; vuelve la mirada serena de sus ojos seniles hacia la juventud, buscando en ella el ambiente familiar de la docencia; procurando hallar junto a ella las mismas espirituales satisfacciones que su madurez hallara un día en el frío ambiente del Anfiteatro Anatómico, cuando su escalpelo de disector hizo leer a los médicos jóvenes del Perú en el libro sin errores ni falsía de la naturaleza humana.

Llego al término del cometido que la bondad del presidente del Círculo Médico ha tenido a bien enconmendarme y llego con el remordimiento de no haber correspondido a los propósitos de mi amable invitante y con el de haber fatigado la atención de mi selecto auditorio. A pesar de haber tratado argumento singularmente grato a mi viejo y leal cariño a la Historia Médica de mi patria.

En las páginas de ésta, sobresale la figura de Unanue, envuelta en la aureola múltiple del médico, del arqueólogo, del geógrafo, del literato. Pero la aureola espléndida del padre de la Medicina Peruana es aquella que corresponde a su obra de maestro: a su obra de maestro, enseñándonos al lado del cadáver y a la cabecera del enfermo; a su obra de maestro de juventudes, ofreciendo a éstas el ejemplo de cuanto deben a la Humanidad y a la Patria; a su obra de educador que, contemplando el porvenir lejano de su país, aporta su contribución generosa a la ventura de los que vendrán mañana.

Hace pocos minutos, señores, que el Cuerpo Médico del Perú, representado por la Facultad de Medicina, por la Academia Nacional de Medicina y por el Círculo Médico, ha recibido los mortales despojos de Hipólito Unanue, que va a guardar por pocas horas. La Historia de América ha de consignar en sus páginas, alguna vez, que la fraternal embajada sanitaria de los pueblos hermanos del continente rindió homenaje a la memoria del más esclarecido de los médicos peruanos.

Mañana, el gobierno del Perú, recibiendo del Cuerpo Médico las cenizas venerandas del ariqueño ilustre, las depositará en el Panteón de los próceres. Hace bien en aprovechar el gobierno del Perú

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

la grata visita de los eminentes delegados de los países hermanos de América, para ofrecernos esta lección de justicia. La nacionalidad debe agradecerle que honre a sus hombres de ciencia, porque son ellos quienes, en el ambiente tranquilo de los laboratorios y en el doloroso ambiente de las clínicas, procuran resolver los grandes problemas de la salud pública, clave real del vigor de los pueblos y elemento básico ineludible de su grandeza.

La inmunización local de Besredka

Por el Dr. JORGE AVENDAÑO
Del Laboratorio Microbiológico del Hospital «Dos de Mayo»

«Todo es solidario en el organismo: todo órgano puede reaccionar frente a la infección y a la inmunidad, por su cuenta propia. No solamente cada virus tiene su órgano, sino también cada órgano tiene su inmunidad».

BESREDKA.

BESREDKA tiene el mérito de haber puesto al día la cuestión de la inmunidad local; la ha estudiado detenidamente y le ha dado utilidad práctica.

BUCHNER, sostuvo a fines del siglo pasado, que la inmunidad era la propiedad del organismo de reforzar la resistencia local de los órganos.

METCHINIKOFF escribió: "Todos los elementos vivos pueden adquirir una cierta inmunidad".

Dice BESREDKA: "La inmunidad, que nosotros llamamos local, es la que se obtiene por vacunación de un sólo órgano, pero que se acompaña, lo más a menudo, de la inmunidad del organismo entero; es la inmunidad sin anticuerpos".

El mismo autor combate la creencia tan arraigada, de la influencia de los anticuerpos en el mecanismo de la Inmunidad. Ya lo dijo BORDET: "La producción de anticuerpos es el tramo esencial en la Inmunidad adquirida".

Cita el caso, conocido actualmente, de que numerosos microbios patógenos no son influenciados por los anticuerpos existentes en los sueros específicos correspondientes; se refiere a la existencia de aglutininas, en el suero de convalescientes de fiebre tifoidea, que no siempre traduce un estado de inmunidad, y, concluye dudando de la relación, de causa y efecto, entre los anticuerpos y la inmunidad.

BESREDKA, explica la inmunidad local mediante la existencia de células receptivas en diversos órganos, entre las cuales y los mi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

crobios existe cierto quimiotactismo, cierta analogía que les permite —a nuestro criterio — alcanzar, más fácilmente, la afinidad entre sus fermentos respectivos; de esto se deduce el hecho de observación diaria, de la colectividad microbiana, ejemplo palpable de la cual tenemos en el carbón, cuyo agente causal, ataca la piel y sólo la piel.

"Para resumir, existe, en diversos órganos de animales superiores, células especializadas con funciones de fagocitos locales; éstas no entrarían en relación sino con virus determinados, contrariamente a los leucocitos o fagocitos móviles, que se arrojan — indistintamente — sobre todo cuerpo extraño, aninado o no."

DELATER, uno de los entusiastas por la obra de BESREDKA, comentando la electividad de las enfermedades infecciosas para su localización, escribe: "Se dice hoy, que ellas, tienen un tropismo positivo para tal o cual órgano".

BESREDKA, sostiene que el órgano que es el sitio único de la infección, ordinariamente, elabora, también, la inmunidad; y así en lo referente a la piel sostiena la triada de la cuti-infección, cuti-vacunación y cuti-inmunidad.

Si la lesión radica en un órgano dado, a él hay que hacer llegar la vacuna respectiva, ya que sólo dicho órgano se defenderá y creará su inmunidad; la vía subcutánea, tan usada hoy debe ser abandonada, al menos en el tratamiento de lesiones claramente localizadas como las dermitis, osteo-mielitis, etc.; si la lesión es cutánea la inyección de vacuna se hará por vía intradérmica; si reside en el intestino, se administrará la vacuna por la boca o por medio de enemas.

Aunque no se puede tomar como concepto absoluto, la conclusión de que, mediante la inmunidad de un órgano, se obtenga la del organismo entero, tenemos de ello un elocuente ejemplo en la vacunación antivariólica; siendo la piel al órgano receptivo, mejor dicho el sólo órgano receptivo, es también un órgano de llamada y "es sobre ella según CALMETTE y GUERIN que viene a fijarse el virus, aún cuando se le haya introducido por la vía venosa".

De esta receptividad de la piel, se infiere su aptitud para conferir la inmunidad, que sólo se alcanza cuando el virus vaccinal ha sido puesto en contacto con ella, previamente sensibilizada mediante las excoriaciones: inmunizada la piel, se inmuniza el organismo todo.

Hechos curiosos hace notar DELATER: si se introduce el virus vaccinal, en pequeñas dosis, y sin haber traumatizado previamente la piel, el animal queda expuesto a la infección y presentando anticuerpos virulicidas en su sangre; los mismos que desaparecen — cuando la inmunización se hace por el método corriente — en tanto que la inmunización se hace más sólida, hecho que demuestra, ampliamente, que la presencia de dichos anticuerpos virulicidas no guarda relación con la inmunidad.

Los estudios de BESREDKA relacionados con la inmunidad local, han originado variadas investigaciones, utilizando diversidad de gérmenes; la bacteridia carbonosa, estafilococo, estreptococo, bacilo tífico, paratíficos, disentéricos, coco-bacilo de Yersin, vibrión colérico, etc.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Pasteur, fué el iniciador del método de inmunización por vía bucal, el año 1880, al realizar sus experiencias con el cólera de las gallinas.

Le siguió Ehrlich, en 1891, trabajando con la abrina y ricina.

Con Metchnikoff, Besredka realizó desde el año 1911, interesantes experiencias, respecto a la posibilidad de obtener la infección paratífica en los antropides y la inmunidad respectiva, por vía bucal.

Courmont y Rochaix, realizaron experiencias en el hombre, cobayo, conejo y cabra, utilizando bacilos de Eberth, para obtener la vacunación por vía digestiva, habiendolos introducido tanto por la vía bucal, como por la anal.

Lumiere y Chevrotier, hicieron en 1914, análogas experiencias en cobayos y conejos.

Con anterioridad, en Alemania, aparecieron publicaciones sobre la inmunidad por vía bucal, pertenecientes a Loeffler, 1906 y Wolf, 1908, quienes emplearon bacilos tíficos; Kutscher y Meinicke, 1906 y Brucker, 1910, que utilizaron bacilos paratíficos, habiendo todos obtenido la inmunidad.

A raíz de la guerra, durante los años de 1914 a 1917, Besredka, tuvo oportunidad de obtener buenas razas de bacilos tíficos y paratíficos de enfermos provenientes de la Argonne y del Woevre; como consecuencia, reanudó sus estudios sobre la vacunación anti-paratífica, con Basseches y utilizando conejos. He aquí el resumen de sus experiencias: "Dos conejos, A y B, absorven por la boca, en las mismas condiciones, cultivos paratíficos, muertos por el calor, con esta diferencia, que uno de ellos A, es previamente sensibilizado por la bilis; tres semanas después los dos conejos A y B, así como un tercero, testigo C, son sometidos a la prueba intravenosa, con una dosis mortal de virus, después de la sensibilización previa, medinte la bilis. El testigo C, muere de infección paratífica, muere, igualmente, uno de los conejos B, que había ingerido los bacilos calentados, sólos, sin bilis. Sólo sobrevive el conejo A, que había recibido bilis antes de la absorción de los bacilos calentados.

De tan interesantes experiencias se deduce que es posible obtener la infección paratífica, en los conejos, por vía bucal y la inmunidad correspondiente, siempre que la administración de virus y vacuna sean precedidas de la ingestión de bilis, que al descamar el endotelio intestinal, hace posible la absorción de ambos; este procedimiento de vacunación es muy rápido, pues el animal en experiencia adquiere la inmunidad, a los tres días de vacunado.

Dicha inmunidad se obtiene sin la intervención de anticuerpos; Besredka, refiere, que haciendo injerir a los conejos bacilos paratíficos, vivos, sin bilis, se obtiene anticuerpos; la ingestión de los mismos, muertos, con bilis previa, no es seguida de la presencia de los mencionados anticuerpos.

La inmunidad se hace difícil de obtener sin la administración previa de bilis, pues el intestino presenta condiciones de llenura, variaciones en el tenor de los fermentos, gruesa capa de moco, que son otros tantos obstáculos para la absorción del virus y vacuna; la bilis, mejor administrada en ayunas, destruye la capa de moco y

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

descama el endotelio, permitiendo ponerse en contacto a las células receptivas del intestino con los microbios vivos y muertos.

Como hace notar el tantas veces mencionado profesor BESREDKA, el mecanismo de la inmunidad es, así, idéntico al de la infección; los dos procesos sólo difieren en su intensidad.

El procedimiento de vacunación por vía bucal, asociado a la administración de bilis, en sustitución del conocido por vía subcutánea, ha sido empleado en algunas epidemias, habiéndose obtenido halagadores resultados.

El 8 de Abril de 1918, se inició en la Fleché (Sarthe), Francia, una epidemia de tifoidea, con caracteres graves; se procedió a la vacunación en la siguiente forma:

253 individuos recibieron vacuna T.A.B. por vía subcutánea y 268 vacuna biliada por la vía bucal; entre los primeros contrajeron la enfermedad diez y entre los segundos sólo cinco.

En Julio de 1924, se procedió en Moreni, Rumanía, a vacunar a la población para defenderla de la epidemia, que de Septiembre de 1923 a Julio del año siguiente, había originado cincuentaicuatro casos de fiebre tifoidea, de los cuales nueve fueron mortales; se obtuvo los siguientes resultados:

5,576 no vacunados: 90 casos, de los cuales 6 mortales.

8,673 vacunados por la vía subcutánea: 3 casos, los 3 mortales.

2,286 vacunados por la vía bucal: 6 casos, ninguno mortal.

Las experiencias realizadas con los bacilos disentéricos, comprueban ampliamente las ideas de BESREDKA, respecto a la inmunidad local; con dichos órganos se demuestra, claramente, su electividad por el intestino, la receptividad de este órgano, y sólo de él, para los mencionados gérmenes y para las vacunas respectivas, al punto que dicho autor ha escrito: "La afinidad del bacilo de SHIGA por la pared intestinal, es tal, que ella triunfa de todas las distancias".

Empleando conejos y utilizando bacilos de SHIGA, vivos, por inyección intravenosa, a la dosis de 1-10 de cc. de emulsión de cultivo de 24 horas sobre gelosa, BESREDKA ha alcanzado interesantes resultados. Realizada dicha inoculación, la muerte del animal se obtiene al siguiente o subsiguiente día; los sembríos de sangre, orina y órganos quedan estériles, en tanto que se encuentra abundantes bacilos de SHIGA en el intestino y vesícula biliar, en cultivo absolutamente puro, excento de gérmenes de asociación.

Las lesiones anatomo-patológicas, radicadas exclusivamente en el intestino, atestiguan que la inyección de los bacilos disentéricos en la circulación general no conduce a la septicemia, sino a la infección localizada solamente en el intestino.

Análogos resultados se obtienen con la inyección de los mismos gérmenes en el tejido celular subcutáneo; se les encuentra en el sitio de la inoculación y en el intestino.

Para BESREDKA, las cosas se realizan del siguiente modo: los bacilos acantonados en el tejido celular subcutáneo producen un derivado soluble, tóxico, que al difundirse gana el intestino por afinidad especial, siendo seguido por los bacilos, que a la autopsia se encuentra única y exclusivamente en el intestino.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La vacunación antidisentérica, por vía bucal, ha dado lugar a investigaciones de DOPTER, en conejos y ratones, CHEVOSTEK en conejos y SHIGA en el hombre, habiendo alcanzado buenos resultados.

BESREDKA constata, que la ingestión de bacilos disentéricos, muertos por el calor, es seguida de aparición breve de aglutininas, que desaparecen rápidamente; "parece, dice, que como resultado de la primera absorción de bacilos, la pared intestinal, rehusa absorver otros, se ha hecho impermeable". Para dicho autor, la ingestión de los bacilos, origina en el intestino una lesión específica, un esbozo de disentería, que al curar confiere la inmunidad, pero que permite, por erosiones determinadas en la pared intestinal, el paso a la sangre de parte del antígeno, que origina la presencia rápida de aglutininas específicas. Mediante la ingestión de bacilos calentados, sólos o mejor biliados, ha obtenido la inmunidad de los animales en experiencia.

Iguales resultados ha observado DUMAS y COMBIESCO.

NICOLLE y CONSEIL, consiguieron aplicar al hombre los conocimientos adquiridos en los conejos, haciendo ingerir a dos voluntarios, bacilos disentéricos calentados a 72° y 75°; cuarentiocho horas después se les administró, por vía bucal, también, bacilos de SHIGA vivos, no habiendo experimentado el menor trastorno, en tanto que los dos testigos sufrieron de disentería grave, con bacilos en las heces.

Aplicación práctica tuvo el método de vacunación antidisentérica, por vía bucal, en el mes de Julio de 1923, a raíz de una epidemia que se presentó en la guarnición de Versalles, habiéndose hallado los siguientes resultados:

de 586 soldados no vacunados, contrajeron la disentería 253 o sea el 40%;

de 546 vacunados, presentaron trastornos disentéricos 42 o sea el 7.6.%.

Dirante el mes de Julio del mismo año, se presentó una epidemi de Disentería en Petrogrado, que obligó a vacunar a la población de un asilo. De los 2,768 asilados, no se vacunaron 1768, entre los cuales se constató, el último día de la epidemia, 15 de septiembre, 56 casos de disentería con una morbosidad de 3,11 %; de los 1.000 restantes, vacunados, contrajeron la disentería sólo 12, de los cuales 9 en los diez primeros días que siguieron a la vacunación, con una morbosidad total de 0,3%.

En el Hospital BOTKINE, de la misma ciudad, se vacunaron 257 personas, por vía bucal, de las cuales sólo una presentó la disentería 0,4%, en tanto que entre los 105 no vacunados, hubo cuatro casos, 3.8 %.

Demostrativos son los datos proporcionados por la comisión de Epidemias de la Liga de las Naciones, bajo cuyos auspicios se realizó la vacunación antidisentérica en Grecia: vacunados 30.000 refugiados en la isla de Hydra, Lazareto de San Jorge, Phalere y Kokinia, se detuvo casi inmediatamente la epidemia que se presentó con caracteres verdaderamente alarmantes.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Son las experiencias realizadas con la infección carbonosa, las más convincentes de las teorías de BESREDKA.

En 1921, publicó éste en los *Annales del Institute Pasteur*, una interesante memoria titulada "Cuti-infección, cuti-vacunación, cuti-inmunidad", que al decir del propio autor, constituyó la base de todas las investigaciones que se prosiguieron después sobre la inmunización local.

Si el procedimiento clásico de vacunación anticarbonosa, proporciona buenos resultados en los animales de gran talla, fracasa lamentablemente en los animales de laboratorio, conejos, cuyes, etc. que no resisten más de 1/10 a 1/100 de c.c. de la segunda vacuna, por cualquier vía, subcutánea, intraperitoneal o intravenosa. BESREDKA, atraído por el modo cómo el aparato cutáneo reacciona frente a dicha infección, concibió la idea de hacer actuar la vacuna sobre la piel, directamente, ya que ésta es el órgano de predilección de la bacteridia.

A un cobayo le frota la primera vacuna sobre la piel depilada, originándose, durante cuatro o seis días, una reacción inflamatoria localizada, al cabo de los cuales desaparece, restableciéndose el animal rápidamente.

A un segundo cobayo, le frota, sobre la piel depilada, también, la segunda vacuna, originándose una reacción inflamatoria grave, que se generaliza rápidamente y mata al animal.

Al primero, que sobrevive, se le aplica, siempre frotándole en la piel, la segunda vacuna, que fué mortal para el segundo animal, la que origina reacción inflamatoria, circunscrita, que desaparece rápidamente. Y como comprobación evidente de que dicho animal, mediante la aplicación de la primera y segunda vacuna, ha adquirido inmunidad para la bacteridia, BESREDKA frota, sobre la piel depilada siempre, un cultivo vivo de la indicada bacteridia carbonosa— mortal para el testigo no vacunado—presentando el animal reacción local, induración y edema, pero restableciéndose.

La inmunidad anticarbonosa, tan sólida que el animal de experiencia resiste cualquier dosis de cultivo, por cualquier vía, se obtiene, pues, fácilmente, haciendo llegar la vacuna directamente a la piel, sea depilándola y cubriéndola con apósitos embebidos en dicha vacuna o inyectándola en el dermis.

Para demostrar que la inmunidad de los animales de experimentación, no guarda relación con la presencia de anticuerpos, BESREDKA extrae el suero de un animal inmunizado contra la bacteridia, por el procedimiento descrito, lo centrifuga e inyecta a dos cuyes, bajo la piel, en dosis de 1 c.c. cada uno; al primero le inocula, al día siguiente, un cuarto de centímetro cúbico de la segunda vacuna y al segundo un centésimo de c. c. de virus; dos testigos son inoculados en esta última forma. Los cuatro animales mueren con bacteridias en la sangre, con lo que se demuestra, que el suero de los animales vacunados no posee propiedades preventivas.

BESREDKA, explica la inmunidad del cobayo del siguiente modo: "Nosotros admitimos que en el cobayo existe un órgano de predilección, por el cual la bacteridia posee una real afinidad; un órgano en el cual ella puede implantarse, en el seno del cual puede

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

crecer y segregar toxinas: es la piel; por fuera de la piel, la bacteridia se comporta como un gérmen saprofito".

En comprobación de su aserto, electividad de la bacteridia por el revestimiento cutáneo y para contrarestar las objeciones de que el cobayo sucumbe a la inoculación intraperitoneal, subcutánea, etc, BESREDKA, demuestra que en cualquier inoculación se compromete siempre la piel, y basta una dosis mínima de toxina en contacto con las células de ella, las únicas sensibles, para que el animal sucumba.

Ahora bien, esta extrema receptividad de la piel para la bacteridia, explica que cuando ella es vacunada lo sea tan sólidamente, que confiere inmunidad general al animal, al punto, que resiste, impunemente, enormes dosis de cultivos vivos, por cualquier vía.

A la cuti-infección, sigue la cuti-inmunidad, lo que quivale a decir la inmunidad general del organismo, debida a dos factores: la inmunidad de la piel, adquirida por vacunación de la misma y el estado refractario de otros órganos.

BALTEANO, en el Instituto de Higiene de Estrasburgo, utilizando conejos y cobayos, ha comprobado las experiencias de BESREDKA de la electividad de la bacteridia por la piel y la no receptividad del peritóneo, tejido celular subcutáneo, etc.

Para desmentir el concepto tan arraigado, de ser el buey refractario al carbón experimental, VALLEE, inoculó cinco terneros por vía intradérmica, con 1/10 de cultivo de bacteridia, en caldo; dos murieron a las 65 horas y los restantes presentaron temperatura de 41° y la lesión correspondiente a una pústula maligna.

MAZUCHI, ha observado idénticos resultados en el carnero.

El rol preponderante de la piel en la infección carbonosa, ha sido demostrado, ampliamente, en investigaciones realizadas por BOQUET, que hace ingerir a cobayos, esporas carbonosas, las que existentes en la sangre (6 hemocultivos positivos sobre 10), no ocasionan ningún trastorno al animal, pero éste muere, al puncionársele el corazón, hallándose edema, en el punto mismo de penetración de la aguja. Como comprobación de lo expuesto, el propio BESREDKA, ha conseguido, mediante técnica especial, inocular bacteridias en el peritóneo, sin tocar la piel, y sin ocasionar, naturalmente, al animal en experiencia, el menor trastorno; éste muere, al extraérsele líquido peritoneal, mediante pipetas afiladas, que infectan la piel.

PLOTZ y HALOBOU, introducen bajo la piel ampollas de gelatina o vidrio, conteniendo 1 a 3 cc. de virus; tres o cuatro días después, realizada la cicatrización de ésta, rompen las ampollas por presiones ejercidas a través de la misma, quedando las bacteridias libres en el tejido celular subcutáneo e inofensivas.

PLOTZ, ha conseguido la inmunidad de los cobayos mediante inyección intradérmica de vacuna, habiendo resistido hasta 500 dosis mortales; el mismo autor, utilizando la vía subcutánea y BROQ, ROUSSEAU y URBAIN la traqueal para la vacunación, han demostrado la ninguna resistencia de los animales, así vacunados, para contraer el carbón.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Son las células receptivas existentes en la piel, las únicas aptas para contraer la infección y para conferir la inmunidad; por fuera de ellas, tanto una como otra son imposibles.

Los ensayos de vacunación anticarbonosa, intradérmica, y sus halagadores resultados obtenidos en los animales de laboratorio, animaron a BROQ-ROUSSEAU y URBAIN a hacerlos extensivos a los bóvidos, habiendo obtenido resultados semejantes; a Nicolás a los caballos, habiendo vacunado 8,912 animales, entre los que la mortandad fué apenas 0,45 por mil; y a los carneros, por MAZUCHI y VELU.

Las estafilococias y estreptococias son infecciones cuyo tratamiento ha variado, completamente, desde los estudios de BESREDKA.

Si la infección carbonosa ha sido de difícil prevención, pues antes de ahora los ensayos de vacunación fallaron siempre, mediaba la circunstancia de tratarse de un gérmen de gran virulencia. El estafilococo y el estreptococo (es cierto que este último tan virulento como la bacteridia, pero no así el primero) han tenido con aquella la similitud de ser igualmente difícil inmunizar a los animales de laboratorio.

Tanto el estafilococo como el estreptococo no tienen aptitud antigénica o la tienen insignificante. No se ha conseguido demostrar la presencia de los anticuerpos en el suero del hombre y animales infectados y curados; y, son de todos conocidas las fallas frecuentes de la vacunoterapia y seroterapia estafilocócica y estreptocócica, al punto que BESREDKA, dice que dichos gérmenes "ocupan un sitio aparte, tanto por las resistencias que ellos oponen a las tentativas de vacunación, como por su incapacidad para engendrar anticuerpos".

El mismo autor, hace notar que aunque no es la predilección del estafilococo por la piel, tan precisa como la de la bacteridia, es posible explicarse la inmunidad antiestafilocócica por un proceso local, semejante al ya explicado de la infección carbonosa, dejando a un lado el concepto de la inmunidad con anticuerpos de BORDET y WRIGHT.

BESREDKA, inocula a un cobayo, por vía subcutánea, 1 c.c. de cultivo de estafilococos, en caldo, de 24 horas, y le origina infiltración, edema y escara extensa. Si la dosis es dos o tres veces mayor, el animal muere.

Si la referida inoculación ha sido precedida de la inyección intradérmica de cultivos calentados (una hora a 60°) o de cultivos filtrados a la bujía, que también pueden ser colocados embebiendo apósitos sobre la piel depilada, el animal presenta una lesión superficial, pequeño absceso que cura rápidamente. Se consigue la inmunidad a las 24 horas y nunca se encuentra anticuerpos en el suero de los animales así vacunados.

URBAIN ha obtenido idénticos resultados empleando conejos.

FRANS de POTTER concluye de sus experioncias que las inyecciones subcutáneas de estafilococos muertos, no inmunizan, en tanto que confieren inmunidad las inyecciones de los mismos, por vía

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

intradérmica, sea que se realice la infección por ésta vía o por la subcutánea.

Si hasta hace poco, se ha empleado las vacunas, haciendo la emulsión de los microbios y atenuándolos a 56°-60°, BESREDKA ha modificado el procedimiento, utilizando filtrados de cultivos a través de las bujías, en los que pasan perfectamente las exotoxinas del gérmen pero no los cuerpos bacterianos, lo que hace que la absorción del filtrado por los poros de la piel, sea mucho más fácil.

Cuando se filtra, mediante la bujía, un cultivo de estafilococos, en caldo, se obtiene un caldo transparente, semejante al caldo estéril, en el cual sembrado el mismo estafilococo dá cultivo incipiente o no da ninguno, en tanto que, otro gérmen distinto allí sembrado germina abundantemente. El autor del métodos dice, que los estafilococos sembrados en el filtrado conservan su vitalidad, pero no pueden desarrollarse.

La inoculación de dicho filtrado, simultáneamente, con un centímetro cúbico de cultivo de estafilococo, en caldo, con 24 horas de sembrado, ocasiona lesiones insignificantes en la piel del animal, en tanto que muere el testigo, al que se le inoculó estafilococos solos o mezclados con caldo estéril.

Para BESREDKA, se trata de una sustancia específica, pues sólo actúa sobre el gérmen que la origina; termoestable, ya que resiste temperaturas de 100° y 120° durante 30 y 20 minutos, respectivamente; de marcada electividad por la piel, tal como el gérmen de que proviene; existe en el estafilococo, al lado de un virus termolábil, adherente y tóxico, la sustancia en referencia, que es atóxica, que se desprende fácilmente y que actúa de modo antagónico: BESREDKA, la denomina *Antivirus*.

Es tan definitiva la acción del antivirus, tiene tanta importancia llevarlo al sitio mismo de la lesión, para ponerlo en contacto con las células respectivas, que cuando se vacuna con cultivos atenuados por el calor y por vía subcutánea, intramuscular, etc., se obtienen resultados notablemente inferiores a los que se alcanzan con los cultivos filtrados; éstos proporcionan su máximum de beneficios, cuando son inyectados directamente en el dermis, por varios puntos, realizándose la llamada inyección en capa, o son aplicadas gasas embebidas en el filtrado, sobre la epidermis del sitio lesionado, después de haber sido desprovista de pelos. Dice el autor del método: "El apósito (pansement) específico, a base de cultivos filtrados, actúa, a la vez, sobre los microbios y las células; detiene la pululación de unos y activa las funciones defensivas de las otras. Reúne las ventajas del apósito antiséptico y del aséptico, sin tener sus inconvenientes; y, ofrece, además, la ventaja, que no se encuentra en ninguno de los dos, de actuar, de un modo específico, sobre las células y los microbios".

De lo expuesto, se desprende, que son saltantes los caracteres de similitud, de las experiencias realizadas con la bacteridia y el estafilococo.

La vacuna estafilocócica—sea atenuada por el calor o filtrada—actúa sólo en presencia del órgano sitio de la infección, en este caso la piel. Todo hace pensar, en la existencia de células receptivas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

suceptibles de ser infectadas, en determinadas circunstancias, y que al ser receptivas para la vacuna respectiva, satisfacen su afinidad y no lo son para los microbios, impidiendo, por consiguiente, la fijación de éstos y su pululación.

Broq-Rousseau y Urbain, éste y Besredka han repetido en los animales de laboratorio, las experiencias anteriores utilizando el estreptococo. Los cultivos de éste, muertos por el calor, inoculados bajo la piel, no confieren la inmunidad, en tanto que la inyección intradérmica de la misma, inmuniza perfectamente, siendo más sólida la inmunidad obtenida con el empleo de apósitos embebidos en filtrados de estreptococos en caldo, siguiendo técnica idéntica a la descrita con el estafilococo. Los resultados alcanzados, hacen suponer, igualmente, en la existencia de un antivirus estreptocócico.

Gay, utilizando estreptococos, ha hecho algunas experiencias de laboratorio, como resultado de las cuales concluye, en la existentencia de una inmunidad local al lado de la general.

Carrere, empleando filtrados de estafilococos, estreptococos y neumococos, ha conseguido inmunizar animales contra infecciones de la córnea y de la cámara anterior del ojo.

La aplicación a la terapéutica humana, de los conocimientos adquiridos con los animales de laboratorio, en las estafilococias y estreptococias ha tenido benéficos resultados.

Los primeros ensayos en el hombre fueron realizados por Mlle Bass, el año 1923.

Al año siguiente, la misma autora en colaboración con Soupalt y Brouet, publicaron el resultado de sus ensayos realizados en la Clínica quirúrgica del Profesor Hartmann, habiendo obtenido curaciones definitivas, mediante el empleo de caldo-vacunas o caldo filtrados, según el método del Prof. Besredka, en una serie de casos de: flemones difusos, linfangitis, abcesos linfangíticos, fístulas parieto-abdominales, fístulas pleurales, osteomielitis crónicas, heridas fistulizadas, abscesos articulares tabicados, fístulas osteopáticas, fracturas infectadas, etc. Dichos autores concluyen: "Resumiendo: que se trate de linfangitis o de fístulas lentas para curar, que se trate de supuraciones superficiales o profundas — abcesos, forúnculos, ántrax, osteítis, osteo-mielitis, etc., — el empleo de vacunas específicas, aplicadas directamente a nivel de la región afectada, origina la cesación rápida de los fenómenos inflamatorios, seguida de cicatrización no menos rápida de los tejidos enfermos y de su restitución ad-integrum".

"Estos primeros ensayos de vacunoterapia en el hombre, por medio de apósitos, vienen a completar los hechos constatados ya, en el curso de lesiones experimentales en el cobayo, que se explican fácilmente, a la luz de las nuevas concepciones de la inmunidad a que se ha hecho referencia al comienzo de este artículo".

Igualmente se ha obtenido completas curaciones en casos de: forúnculo del oído externo con rinofaringitis; foliculitis agminada del labio inferior (Observación del Prof. Bernard Ballet); ántrax del mentón (Observación de Mlle. Bass y Albert Levy); piodermi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tis de recién nacido (Ob. de Ribadeu Dumas y Debray); pleuresía a estreptococos (Ob. del Prof. Rieux).

En el campo de la Oftalmología, igualmente se ha obtenido éxitos favorables con la aplicación del método de Besredka; la vacunoterapia local se ha realizado mediante instilaciones, lavados del saco lagrimal, apósitos específicos, en casos de conjuntivitis catarral crónica; dacriocistitis purulenta; flemón del saco lagrimal, edema del párpado y quemosis; herida de la córnea por alambre metálico; blefaritis úlcero-costrosa de ambos ojos; dacriocistitis bilateral.

Levy Solal y Simard, publicaron en 1925, el resultado de la aplicación del método de Besredka, en varios casos de infección puerperal. Refieren, que mediante hemocultivos sistemáticamente realizados, han constatado — contrariamente a la opinión clásica — que la primera elevación brutal de temperatura, coincide ya con la fase septicémica; razón que explica el fracaso del curetaje.

Por el contrario, utilizando filtrados de varias razas de estreptococos, embebiendo mechas de gasas en los mismos y colocándolas como apósitos intrauterinos, durante cuatro o seis días, renovables cada 24 horas, han visto yugularse procesos septicémicos, con caida de la temperatura, vuelta del pulso a la normal, cesación de fenómenos dolorosos, en fin, curación definitiva.

Los mencionados autores declaran, haber obtenido éxitos favorables constantes, con aplicación del método referido de un modo precoz, y, que en toda circunstancia la curación ha sido de una inocuidad absoluta. Creen en la conveniencia de aceptar dicha curación, a título preventivo después de todo parto laborioso y concluyen, que la profilaxia y curación de la infección puerperal, en su primer período, son realizables.

Han realizado estudios de inmunidad local, utilizando el bibrión colérico y han demostrado, claramente, el entero-tropismo de este gérmen; Emmerich y Buchner, Isaeff y Kolle, Chiazalanza y Hess; Ribadeau-Dumas y Harvier, Breton, Bruyant y Mezie, Sanarelli, Cantacuzene y Marie, Mazaki, Glotoff y Golvanoff.

Breton y Petit han obtenido la inmunización contra la difteria, por vía oral.

Han realizado estudios realacionados con la posibilidad de obtener la inmunización contra la peste, por vía oral, Mercatelli, Fornacio, Noc, Leger y Baury.

L. Goldemberg, ha publicado los buenos resultados alcanzados con la vacunoterapia local de la piorrea alveolar y de la ozena; el mismo autor reclama para sí, haber sido uno de los creadores del método de vacunación intradérmica, en la piorrea alveolar, con buen éxito.

Publicaciones recientes preconizan las bondades de la vacunoterapia en el chancro blando y sus complicaciones, mediante el empleo de vacunas por vía endovenosa, habiéndose obtenido mejores resultados cuando — en el tratamiento del bubón chancroso, especialmente — se emplea, además, la inoculación de vacuna local, es decir en pleno bubón.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Como lógica consecuencia de la gran cantidad de experimentos realizados en animales de laboratorio, utilizando gérmenes variados, y de la aplicación práctica que en la Terapéutica humana han hecho numerosos investigadores, BESREDKA, ha planteado los fundamentos de su ingeniosa teoría para explicar los modernos conceptos sobre la inmunidad local.

En un artículo publicado en el año 1924, titulado *De la Inmunidad local*, el autor tantas veces mencionado, escribe: "En los seres altamente diferenciados, en el conflicto entre el virus y el organismo, interviene un cuarto factor: la célula receptiva".

Dichas células dotadas de afinidad electiva y específica, no atacan sino a aquellos gérmenes de que están ávidas, probablemente, añadimos nosotros, por cierta similitud en sus fermentos.

Esta electividad celular se ha demostrado en experiencias realizadas con la bacteridia carbonosa, a que hemos hecho referencia extensa anteriormente, como consecuencia de las cuales se ha demostrado que la receptividad está limitada, únicamente, a las células de la piel y que la inmunidad se realiza, mediante la vacunación de las mismas, y, con la ausencia de anticuerpos. De aquí se deduce la importancia de la vía de entrada de la vacuna. Tiene razón BESREDKA, cuando critica a WRIGH, que decía que la vía subcutánea ofrece ventajas, pero la vía intravenosa debe ser preferida.

Utilizando la piel, como sitio de aplicación de la vacuna en infecciones de la importancia del carbón, estafilococias, estreptococias, el estudio del rol de la misma ha motivado interesantes investigaciones, mediante las cuales se le ha despojado de su papel de simple revestimiento cutáneo, con funciones simplemente mecánicas, para elevarla al rango de un órgano especial, autónomo, dotado de funciones propias y que apto para inmunizarse, mediante la vacunación de sus células, llega a inmunizar al organismo entero.

El estudio histológico de la piel nos hace conocer la gran cantidad y variedad de elementos que la forman: nerviosos, vasos sanguíneos, linfáticos, tejidos conjuntivos y musculares, a los que se suman la gran cantidad de fagocitos fijos y móviles, que tienen función preponderante en la defensa de las agresiones exteriores.

Es verosímil que sí, como hemos visto anteriormente, la vacunación contra la bacteridia y con menor especificidad, contra el estafilococo y el estreptococo, se realiza por vía cutánea, es verosímil, repetimos, que dichos gérmenes segreguen sus toxinas respectivas, solamente, en contacto con las células de la piel.

Algo semejante se puede decir de las toxinas tífica, paratífica, disentérica, colérica, respecto a las células del intestino, que son las receptivas, en contacto con las cuales, solamente, se realiza la infección y la vacunación.

Para BESREDKA, la vacunación de la piel se hace en las células fijas receptivas, de la capa retículo endotelial, que desempeña funciones de fagocitos locales; ellas en contacto del virus, son vacunadas lentamente, al acostumbrarse a él, perdiendo su sensibilidad e inmunizándose. Producida la infección, las células receptivas, acostumbradas al virus, se comportan, como si dichos gérmenes — por virulentos que sean — fueran saprofitos; a continuación,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

los fagocitos móviles intervienen y los destruyen. La inmunidad de las células, reposa, pues, en su inaptitud para entrar, de nuevo, en reacción; están saturadas por las inyecciones repetidas de vacuna.

Al emplear vacunas se inyecta cuerpos bacterianos, los que no inmunizan por sí mismos, sino mediante el derivado soluble o antivirus, a que hicimos referencia anteriormente; éste es puesto en libertad mediante la disgregación de los cuerpos microbianos, labor que desempeñan los glóbulos blancos, los que al mismo tiempo que liberan el antivirus, digieren el estroma proteico, que constituye la armazón de los microbios y ponen en libertad a las sustancias denominadas por BESREDKA citolisinas microbianas: aglutininas, precipitinas, etc.

Tal es el proceso de la vacunación local, que para el autor mencionado es idéntico al mecanismo de la vacunoterapia; son las células receptivas sanas, situadas cerca de la infectadas, las que en contacto con el virus se insensibilizan y se hacen invulnerables para los microbios. "La vacunoterapia, así contemplada, se reduce, pues, a la profilaxia de las células receptivas sanas".

La electividad de los microbios y de los organismos celulares, ha hecho variar el concepto de la virulencia. Para TURRO, la inmunidad es función de dos factores: del gérmen mismo y del terreno en que actúa. Esto presupone la existencia de células receptivas, que le permitan al gérmen actuar mediante sus toxinas, desarrollarse y originar trastornos; de no existir células así caracterizadas, el gérmen es un saprofito, digerido rápidamente por los fagocitos.

BESREDKA, no niega toda importancia a los anticuerpos en la génesis de la inmunidad; hace notar, simplemente, que en el carbón, estafilococias, estreptococias, etc., la inmunización se obtiene y sólida si guarda relación con la presencia de los referidos anticuerpos. No siempre la presencia de éstos, asegura al suero propiedades preventivas, siendo la inversa, no menos frecuente. Cita, el autor mencionado, el caso del colérico curado, que apenas posee anticuerpos en su sangre, resiste mucho mejor la infección, que aquel que artificialmente inmunizado, posee gran cantidad de aglutininas, etc. Para el mismo los anticuerpos están desprovistos de la importancia que se les atribuye y su rol es secundario.

La seroterapia, se explica, de acuerdo con la teoría de BESREDKA, del siguiente modo: Acabamos de exponer, que en el suero de los animales vacunados, al lado del antivirus existen los anticuerpos, habiendo sido liberados unos y otros por los leucocitos. Ahora bien, la seroterapia, consiste, como es sabido, en inyectar a un animal sano, el suero específico de un animal, inmunizado, mediante la vacunación.

Para BESREDKA, el antivirus contenido en el suero, se dirije a las células receptivas del animal nuevo, vacunándolas, y los anticuerpos continúan circulando en el mismo, interviniendo, solamente, en el momento en que el animal se encuentra infectado; los anticuerpos sensibilizando a los virus, los hacen aptos para sufrir la fagocitosis. Esto explica que la inmunidad pasiva se adquiera con menos rapidez que la activa, porque el animal no puede utilizar el antivirus antes de haber desintegrado los cuerpos microbianos, lo que

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

requiere cierto tiempo; esta misma lentitud para la liberación del antivirus explica, que duren más tiempo sus efectos.

Sintetizando: creemos que el concepto de la inmunización local de Besredka, se explica como un proceso de nutrición inmunógena realizado entre los microbios y ciertas células del organismo, dotadas de marcada receptividad para aquellos, explicándose ésta — a nuestro criterio — por cierta similitud entre los fermentos de unas y otros, que les permite alcanzar, más fácilmente, la homología sin la cual el proceso nutritivo de inmunización es irrealizable.

Prensa Médica Cubana

TRATAMIENTO DEL ABSCESO APENDICULAR por el Dr. R. Núñez Portuondo (*Vida Nueva*, Habana Julio 1927).— Desde que el problema de la apendicitis está sobre el tapete se viene discutiendo la bondad del método conservador y del médodo radical, sin poder llegar a un acuerdo los defensores de las dos tendencias. Para los sostenedores del tratamiento conservador la operación se efectúa con mayor rapidez y con menor riesgo; el procedimiento radical quita desde el primer momento el foco de infección sin esperar que la necrosis elimine el apéndice infectado. El Dr. Núñez Portuondo sostiene este último procedimiento, consagrado por su experiencia lo que no quiere decir que desconozca que los casos tratados por la incisión y drenaje del absceso tiene también saludables resultados en muchas ocasiones. Pero siendo el uno, un método radical, y el otro, un método paliativo con los mismos riesgos ambos, opta por el primero, que no deja un apéndice causante más tarde de un nuevo ataque, quizás mortal.

Prácticamente, los abscesos apendiculares los clasifica el autor en dos clases: aquellos en cuya formación entra la pared abdominal anterior y aquellos en que dicha pared no forma parte, tales como los posteriores, medianos y pélvicos de la clasificación de Sonnemberg. En el tratamiento de ambos se procede de distinta manera al incidir el peritoneo, ya sea porque se cae en la cavidad abdominal libre, o porque se cae en plena colección purulenta en el caso de abceso en cuya formación toma parte la pared abdominal anterior.

En el primer caso, después de localizar el abceso, lo rodea de gasa completamente, aislándolo de la gran cavidad abdominal, sin dejar intersticio alguno; incinde, en seguida, el abceso, para después de evacuado el pus, hacer la extracción del apéndice. Si se infecta la cavidad abdominal, es ligeramente, y hay que tener en cuenta que se trata de un peritoneo que al formar absceso ha demostrado saberse defender. La cavidad se drena y se termina la operación dando un solo punto de crín que comprenda todas las capas de la pared en la parte media de la incisión.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En el segundo caso, cae diretamente en el absceso y le vacía; después se destruyen las adherencias paulatinamente,sustituyéndolas por compresas que forman una verdadera pared. Ya en esta situación se puede con confianza buscar el apéndice y extirparlo. Se termina la operación como en el método anterior. Se coloca el paciente en la posición de Fowler, y una vez trascurrido el tiempo necesario para la formación de adherencias, se empieza a retirar gradualmente las gasas. Después de haber retirado todas, queda una gran cavidad mamelonante que disminuye de tamaño en pocos días.

Tal procedimiento en manos expertas, como tratamiento de los abscesos apendiculares, dá, al decir del Dr. Núñez Portuondo, los mejores y más definitivos resultados.

LEUCOPLASIA DE LA PELVIS RENAL por los Drs. Gonzalo Pedroso y Pedro Lequerica (*Vida Nueva*, Habana Agosto 1927). La leucoplasia de la pelvis renal es una afección rara, siendo reducido el número de casos observados. Desde la primera mención de Rokitansky, en 1861, solo se registran 47 casos, habiendo tenido los autores ocasión de observar, cada uno, un enfermo, lo que hace un total de 49.

La lesión se encuentra generalmente asociada a distintas afecciones renales (tuberculosis, cáncer, calculosis, etc). Sus síntomas son los habituales de las otras lesiones, a excepción de la expulsión de membranas carnificadas. Una característica notable es la cronicidad. Los síntomas vesicales son los corrientes en las afecciones infecciosas de las vías urinarias. El examen microscópico del sedimento es el que hace el diagnóstico, cosa no fácil, porque la expulsión de membranas dista mucho de ser constante.

La etiopatogenia es desconocida, opinando los autores que existen dos factores: uno congénito, constituído por la inclusión de restos del ectodermo en la pelvis renal y un factor irritativo que despierta la proliferación de ese tejido.

La lesión se considera incurable; con el tiempo experimenta una degeneración maligna, originando el carcinoma no papilar de la pelvis renal. El hecho de considerarse la leucoplasia como una lesión precancerosa, es la indicación más firme para la extirpación quirúrgica.

DR. ERNESTO EGO AGUIRRE.

Prensa Médica Francesa

CANCER DEL SENO. RADIOTERAPIA PROFUNDA.— Charles BUIZARD resume la discusión que ha seguido su comunicación anterior: pronóstico siempre grave del cáncer del seno; cáncer operable: operar inmediatamente, sin radiación prévia; cáncer inoperable: primeramente radiación,pudiendo permitir una operación

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

secundaria; si las radiaciones son útiles: discutir, para cada caso, el empleo de rayos X, del radium, o de los dos, y emplear siempre campos de radiación muy largos.

LA ARTRODIOSIS DEL PUÑO.—MASSART (relación de M. Gasne) preconiza esta operación en los casos de parálisis radial definitiva. El relator prefiere los aparatos de ortopedia para las profesiones que necesitan la habilidad de la mano.

CALCIFICACIONES SUB-ACROMIALES POST-TRAUMATICAS. SU TRATAMIENTO POR LA DIATERMIA.—VIGNAL (relación de M. AUBOURG): Frecuencia de estas calcificaciones; Cuatro casos tratados con éxito por la diatermia.

FRACTURA ABIERTA DE LOS DOS HUESOS DEL ANTEBRAZO.—TRICOT (relación de M. TREVES): resultado excelente obtenido despés de la aplicación de un aparato de extensión contínua de tipo Judet, fabricado con piezas de "Meccano".

LA RAQUIANESTESIA EN LA HERNIA ESTRANGULADA.—LEMERCIER (relación de M. Bonamy) reprueba ésta clase de anestésia bajo la influencia de la cual el anza herniario se contrae violentamente, puede perforarse o reducirse antes de la operación. El relator preconiza la anestésia local.

UN CASO DE MIOMECTOMIA ANCHA.—PAPILLON (relación de M. DARTIGUES): mujer de treinta años; miomectomía con abertura de la cavidad uterina; curación.

LA HISTERECTOMIA VAGINAL. TECNICA E INDICACIONES. 123 CASOS CONSECUTIVOS.—Raymond PETIT describe su técnica: sin pinzas, con cerradura del peritoneo y exteriorización de los muñones de los dos ligamentos anchos. Estadística de 123 casos operados por él consecutivamente sin ninguna defunción. Ningún choque post-operatorio. Contraindicaciones: exceso de volumen de un fibroma; adherencias muy extensas; apendicitis concomitante.

LA COXA-VARA ESENCIAL DE LOS ADOLESCENTES. SU TRATAMIENTO.—JUDET. Cuatro observaciones. Tratamiento: reducción al cloroformo y grande aparato plástico en abducción y rotación internas; más tarde, se autoriza la marcha con un aparato ortopédico, lo que permite reducir la permanencia en la cama, Tres éxitos completos.

SOBRE TRES FORMAS ANORMALES DE APENDICITIS.—PERAIRE. Accidentes meningíticos que ocultaban los síntomas apendiculares; apendicitis neta seguida de meningitis; apendicitis con tuberculosis granulosa del peritoneo, concomitante.

HEMO-LINFANGIOMA QUISTICO DEL GRAN EPIPLON.—M. ISELIN comunica el décimo tercer caso conocido de esta varie-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

dad de tumor. Masa que pesaba varios kilos, extendida del estómago al fondo del Douglas y desarrollado sin conocimiento del enfermo Extirpación fácil. Tumor benigno: curación.

TUBERCULOSIS DEL CUELLO FEMORAL.—M. Treves Observación de un niño de seis años curado después de la operación Estas yuxta-coxalgias deben ser operadas para evitar que la articulación sea invadida y para apresurar la curación.

A PROPOSITO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—Para Petit de la Villeón, las indicaciones de esta operación son las más raras. El emplea siempre la via alta, que sólo permite controlar el diagnóstico y practicar una cirugía conservadora. Desde el punto de vista estético mismo, con la incisión curvilínea suprapúbica, la histerectomía abdominal no le cede en nada a la vaginal.

R. Petit dice que él ha querido simplemente aportar algunas mejoras a la técnica de Histerectomía Vaginal, operación que debe ser conservada al lado de la Histerectomía Abdominal.

DE LA OSTEOMIELITIS CRONICA.—Peraire comunica 4 casos: osteomielitis eberthiana; forma condensante con secuestro; forma condensante sin secuestro; forma tomada por una osteomielitis tuberculosa con abceso intra-óseo de los dos maleolos. En todos estos casos, trepanación amplia y esterilización de los focos. Para los huesos cortos, al contrario, es necesario dar la preferencia a la resección.

UN CASO DE DIVERTICULO DE MECKEL ESTRANGULADO EN UNA HERNIA UMBICAL.—Duclaux hace una relación sobre una observación de M. Muller concerniente a una hernia datando de 24 años y estrangulada desde hace 3 días. En la operación se encuentra un divertículo estrangulado que se reseca y hunde. Curación.

ESTOMAGO BILOCULAR, GASTRO-ENTEROSTOMIA POSTERIOR. SINCOPE. MASAJE DEL CORAZON. RESULTADO FUNCIONAL DESPUES DE 11 AÑOS.—Lavenant comunica una observación de estómago bilocular por úlcera por el cual él ha hecho una gastro-enterostomia posterior sobre la bolsa superior. Introducción de éter en el abdómen al fin de la operación, síncope respiratorio que cede al masaje del corazón. Cuatro días después, el autor debió hacer una Jejuno-Jejunostomia por un "círculo vicioso", cuya causa era el empleo de una asa larga. El enfermo visto 11 años después, está en excelente estado. Al exámen radioscópico, la boca anastomótica funciona bien, dejando pasar los 9|10 de la solución baritada, y el piloro siendo permeable deja pasar 1|10.

(*Bull. et Mem. de la Societé de Chirurgiens de París.* No. 12 y 14. 1927).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Noticias

LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE BUENOS AIRES HA CREADO UNA BECA DE PERFECCIONAMIENTO PARA GRADUADOS.—Con fecha 3 de setiembre último, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, ha creado una beca de perfeccionamiento para graduados de las Universidades Americanas, en el Instituto de Anatomía y Fisiología Patológicas, con la asignación mensual que permitan los recursos fijados anualmente en el Presupuesto Universitario. El becado gozará de ella desde el primero de marzo de cada año hasta el 28 de febrero del año siguiente al de su nombramiento y estará sujeto a la reglamentación interna del Instituto.

Para los efectos de este acuerdo se abrirá un concurso cuya inscripción se realizará del 1 al 31 de diciembre de cada año, previa comunicación a los Decanos de las diferentes Facultades de Medicina Americanas y a las legaciones acreditadas ante ese país.

La adjudicación de la beca, la efectuará el Decano por sorteo entre los inscritos. Cuando se trata de un solo candidato se le adjudicará sin más trámites.

Esta resolución de la Facultad de Medicina bonaerense, es la prueba mas tangible del verdadero Americanismo que anima a la gran nación del Plata, ideal de confraternidad que pudo apreciar el Dr. Carlos A. Bambarén cuando estuvo en la República Argentina el año pasado y que orientó particularmente al visitar a las autoridades de la Universidad de Buenos Aires, de acuerdo con la finalidad del dato que consignamos.

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE MENTAL.—Este Congreso se celebrará en Washington, en el mes de abril del año 1929, según acuerdo tomado en la reunión del *Organizing Commitee* habida en París el día 3 de junio pasado, a la que concurrieron delegados de 14 países.

Se acordó que el *International Commitee for Mental Hygiene*, en fase de formación, se funde definitivamente en una de las sesiones del Congreso, y que el Sr. Clifford W. Beers, el cual ha llevado los trabajos del *Organizing Commitee* sea nombrado Secretario General permanente del *International Commitee*, cuando éste se constituya. La Secretaría residirá en los Estados Unidos, lo que permitirá al Sr. Clifford W. Beers continuar como Secretario del *National Commitee for Mental Hygiene*, el cual tiene su oficina principal en *New York City*.

Beers informó que en más de 20 países se han establecido o se están organizando comités, ligas, juntas o sociedades de higiene mental, y que todo país de alguna importancia estará sin duda representado por sus asociaciones cuando se celebre el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Primer Congreso Nacional de Medicina

15-23 DE DICIEMBRE DE 1927

Por primera vez se ha celebrado un Congreso nacional de Medicina en el país. En esto no se había seguido el buen ejemplo de las demás naciones del Continente, que ya llevan celebrados varios certámenes de esa naturaleza, con brillo y éxito rotundo.

No han faltado iniciativas para llevar a cabo la reunión de congresos médicos en el Perú; la Academia Nacional de Medicina quizo hacerlo en 1921, pero parece que se presentaron insalvables dificultades para su realización.

Le ha tocado al "Círculo Médico Peruano", que hoy preside con gestión aplaudida el Dr. Fortunato Quesada, iniciar y llevar a buen término la celebración del Primer Congreso Nacional de Medicina. La reunión de esta primera asamblea médica peruana, tiene inmenso significado, porque encarrila a la profesión en el sendero de estas reuniones, hoy tan frecuentes en América; porque inicia un verdadero acercamiento entre todos los que se dedican al ejercicio de la medicina en el país; porque exterioriza por primera vez la opinión colectiva de los médicos peruanos; porque ha dado oportunidad de concretar conceptos de gremialismo médico, que urge canalizar debidamente, para perfeccionar el ejercicio de la profesión, ordenando debidamente a sus cultores, para la conquista de las posiciones que por derecho le pertenecen en el agregado social; porque ha iniciado el debate de muchas cosas de nuestro ambiente médico-social que deben estudiarse a la luz del Sol, si es que se siente con toda su plenitud la necesidad de perfeccionar muchos de nuestros vetustos organismos sanitarios; porque, en fin, los médicos han decidido su colaboración en todo lo que se refiere a la salud pública, rompiendo las prácticas tradicionales entre nosotros, que siempre quisieron poner en primera fila la acción caritativa, en lugar del imperativo que hoy lleva sobre sí la sociedad moderna, con una mejor comprensión de las cosas de la salud y de la vida de las colectividades.

La celebración del Primer Congreso Nacional de Medicina, tiene que producir alegría a todos los miembros de la profesión y despertar aplausos para sus organizadores; Fortunato Quesada que puso todas sus prestancias al servicio de la empresa y que tomó sobre sí toda la responsabilidad de la obra, merece parabienes y frases de elogio porque supo llevar a buen término la primera reunión pública del cuerpo médico del país.

El desarrollo del Primer Congreso Peruano de Medicina ha tenido sus peculiaridades, si se le compara con otros acontecimientos análogos, de los que periódicamente se celebran en el Mundo. Trató

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

cuestiones gremiales, sin habérsele convocado exclusivamente para debatir esos temas, como se acostumbra en otras partes; contempló asuntos técnicos, siguiendo las prácticas de las reuniones académicas; visitó los hospitales pidiendo a los prácticos algún fruto de su labor nosocomial, como lo inició entre nosotros la Academia de Medicina al celebrar lo que ha llamado "Semana Médica" y que en otros países son las «Jornadas Médicas». Ha ofrecido, pues, diversos aspectos, fusionando de modo circunstancial y feliz muchos géneros de la actividad médica de nuestros tiempos.

Hay que desear que la dedicación del Congreso por los estudios gremiales rinda resultados, ya que es urgente adaptar la profesión médica peruana a los nuevos derroteros de la sociedad moderna; debe mirarse la labor científica, como su deseo de estimular la investigación médica, que imperiosamente hay que elevar en el país, y conviene abrigar la esperanza que la visita a los hospitales, sirva para darles un soplo de vivificación humana, que quiere en todas partes fusionar la ciencia con los imperativos de la asistencia.

«La Crónica Médica» deseando contribuír a que sea perdurable la labor del Primer Congreso Nacional de Medicina, dedica este número al certámen. La información que sigue no tiene otro propósito que colaborar en la obra de los que con fé y entusiasmo trabajaron por hacer la primera reunión de los médicos nacionales, que debe ser un esfuerzo continuado de superación.

SESION INAUGURAL DEL 15 DE DICIEMBRE

El doctor Fortunato Quesada, presidente del Círculo Médico y de la comisión organizadora del Congreso, dió principio al acto con la lectura del siguiente discurso:

Señor Presidente:

Señores:

Momento lleno de emoción y de sugerencias el que pasamos hoy en esta casa. El cuerpo médico se reune por vez primera compacto y fuerte, en congreso profesional, con el objeto de relievar su espíritu, balancear sus esfuerzos y preparar días mejores en su fecundo girón, vificando de propósitos hace tiempo sentidos y constantemente reclamados por nosotros y que ahora vamos a llevar a la práctica, felizmente, sin más méritos que el de haber llevado solos y en silencio las duras horas de prueba en la gestión de este bello ideal y el de no haber consentido—apesar de las inexplicables resistencias de algunos y del cómodo indiferentismo de muchos—en abandonar un credo que encontranos bueno para todos, salvador para la medicina y útil para el país, reconfortándonos con la única e inefable compañía del ideal mismo, soberano y subyugador.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Al romper en este instante con el conformista e improductivo negativismo de tiempos que dejamos ya por siempre y al celebrar alegres la aurora que libre y amplia despunta en nuestro ambiente, quiero que estas iniciales palabras de saludo vayan dirigidas al primer magistrado de la nación, que honra con su presencia el presente acto, casi íntimo, comunicándole el más alto prestigio y una singu-



DR. FORTUNATO QUESADA
Presidente del Primer Congreso Nacional de Medicina

lar solemnidad. Que sirvan ellas para expresarle en nombre de la colectividad que represento, nuestro agradecimiento profundo y también nuestro júbilo intenso por todo lo que el supremo gobierno ha hecho en favor del proyecto en marcha del Círculo Médico Peruano. No me refiero únicamente a la digna convocatoria oficial producida a repetición y con predilecta deferencia para nuestra personal solicitud, ni insisto tampoco en la generosa resolución gubernativa concediendo licencia y pasajes a los colegas que de fuera han viajado a la capital con tan fausto motivo. Todo eso con ser bastante en la mecánica humana de la verificación de nuestra iniciativa, no ha sido lo mejor que hemos reportado. He de referirme principalmente al decir estas frases de verdad y de justicia, al entusiasmo de alma, al ímpetu comprensivo, la fe absoluta y el optimismo desbordante con que hemos sido acogidos siempre por el señor presidente de la república en nuestras demandas idealistas y al comunicarle nuestras fervoro-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sas esperanzas, devolviéndonos aquí—cuando habíamos ido en misión de convencerlo y cuando distaba mucho de estar asegurado nuestro éxito—con una mayor suma de convencimiento en el cerebro y con una seguridad incrementada a fondo en nuestros corazones. Con toda excelsitud encuentro de mi deber dejar constancia pública en la preciosa página de la Historia Médica Nacional que suscribimos con la actuación de hoy, que encontramos el más encumbrado, el más decidido y el más eficaz patrocinador para nuestro grande ensueño congresal, en la personalidad superior que con tanto lustre actualmente nos preside, nos anima y nos enaltece.

Pretendo estar en lo cierto al pensar que nuestro cometido va a corresponder a tan elevado estímulo. Ved que espectáculo más edificante y promisor. Las generaciones fernandinas de todas las épocas contemporáneas: los viejos maestros de mente experimentada y de corazón encendido que gozan de un respeto bien ganado y cuyo consejo escuchamos con unción; los brillantes médicos y cirujanos en funciones, pletóricos de luz y de auge, que nos tonifican provechosamente con su ejemplo; los noveles colegas, a cuyo lado nos hallamos empujados por nobleza, que bregan y se preparan para alcanzar una posición de honor activo y de ventura cabal; los muchachos selectos y estudiosos que en las aulas escolares gestan el porvenir con una sonrisa y un denuendo incomparables, para quienes son íntegras nuestras simpatías y nuestros desvelos; los hermanos de las provincias y los compañeros de Lima, saturados de sacrificios sin par y ahitos de fraternidad de veras los unos, contagiados con la bonhomía del ambiente y engreídos con la superioridad del medio los otros; los preeminentes bien calificados, como los esforzados bien distinguidos; los profesores que enseñan con devoción y los prácticos que ejercen con eficacia; los triunfadores a quienes encumbró la vida social, como los humildes que brindan su existencia por una idea o la rinden ante la quietud investigadora: todos, juntos, puestos de pié, conmovidos ante la llamada sencilla pero insistente y llena de fé formulada al despliegue de una bandera médica buena y apacible, portada por quienes le entregamos todo calor sin esperar nada de ella. Hago esta anotación únicamente para subrayar el caso encomiable de un ideal que se impone solo y saludar alborozados esta clase de médicos, odontólogos y farmacéuticos, que se movilizan ante el inmenso y nítido plan de mejoramiento que hemos trazado y que se agitan por estas cosas de la ética que están muy lejos de ser de las llamadas del positivismo.

Deseamos declarar desde luego, que no consideramos la vida profesional—como ha propuesto equivocadamente alguno—al través de una H. T. M. (hora de trabajo médico) que anteriormente combatimos en esta misma sala por posponer a la fatalidad de la cantidad las excelencias de la calidad y que yo ahora redimo en tan propicia ocasión traduciéndola así: Honradez, Trabajo, Moralidad. Como ha escrito el deontologista Legendre: "el médico que acepta la moral profesional del comerciante, que admite la legitimidad de todo provecho, aún cuando este no se oponga a la ley, y sólo admite dinero, no su estimación, deja de ser discípulo de Esculapio; su Dios no es Apolo, protector de los grandes artistas, sino el equívoco Mer-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

curio, patrón de los mercaderes". No nos reunimos, pues, para contemplar lo que podía denominarse: nuestros intereses egoístas. La verdadera profesión médica, comparada con acierto a un auténtico sacerdocio, no está destinada a fomentar una especie negociante o expoliadora, que busque en sus relaciones con la sociedad tan solo o principalmente el resultado económico o el encumbramiento personal. La legítima medicina,—y de ahí su sublimidad, en mi concepto en la cúspide de las profesiones humanas,—está en la obra cultural y altruista que desarrollan personas poseídas vocacionalmente de los secretos del mundo orgánico y cósmico y fisio-patológico para defender la vida de los demás, sosteniendo la salud que es el primordial de nuestros bienes y el que basamenta a todos los otros, no tanto por lo que ésta se muestra en una espléndida conformación vegetativa, sino porque ella acompaña siempre y condiciona muchas veces esa otra función de salud que es la euforia espiritual, superior gerárquicamente a la euritmia del cuerpo y que resulta, como podemos constatarlo a porfía, la característica providencial de los seres predestinados. Yo sigo creyendo con peligro quizás de ser tachado de retrazo por alguno de nuestros guías avanzados, que el tipo de médico imperecedero, bueno por lo que resulta eficaz al servicio de sus semejantes y plausible por la decisión que pone en el ejercicio de su ministerio, no es el médico erudito o el médico ingenioso, ni el médico tribuno o el médico politicastro, sino el médico gentil o el médico humanitario, el hombre sencillo y genuínamente médico, digamos, que ofrece completamente su espectativa y su voluntad a la tarea profesional con sentimientos caritativos y solidarios, poniendo al conjuro de esa directiva el genio y la sabiduría si los posee, la influencia personal y política si las tiene. La carrera hipocrática se desenvuelve así en la conquista de una posición de honor y de desprendimiento que nada debe supeditar. Los que tomaron otro camino que no sea el de abnegación y de sacrificio para llegar a diversas posiciones, si más lucidas y convenientes en lo exterior, menos perfectibles y meritorias en lo interno, simplemente se han equivocado.

No nos reunimos tampoco para reclamar una situación de auge o de predominio individual o de grupo que en medicina particularmente ha de laborarse con paciencia, no siquiera en la clientela civil, sino en la intensidad de la formación, en el recato de la iniciación, en el laboratorio investigador, en la sala hospitalaria o en el campo insalubre, buscando la resolución del enigma diagnóstico, tratando de aliviar al enfermo anónimo y yendo a exponer la propia vida en el seno de la epidemia cegadora de vidas. En vez de aspirar a constituir por la propaganda, por el anuncio mercenario o el avisaje desmesurado, uno de esos focos con bujías más o menos, que se extorsionan por brillar en medio de la penunbra que siembra la noche gremial cuando reina, para que se les admire mejor y se les reconozca la potencia de su radiante iluminación; este otro certamen profesional, tan sencillo, tan poco ruidoso, semeja ese moderno procedimiento de alumbrado que se luce en las construcciones de buen gusto, donde no se perciben los zoquets con los hilos incandescentes y entre tanto los rayos luminosos se reflejan por todos los rincones con

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

gran delicadeza y discreción y el ambiente se perfuma por doquiera de suavidad, de homogeneidad, de acogimiento, vale decir de confianza, de solidaridad, de humanidad. Este congreso, señores, debo proclamarlo sin reservas, es el primer grito del espíritu profesional como grande y benefactora directiva en una santa égida de renovación. Es la regeneradora vía del éxito por el propio discernimiento y la propia exposición, abierta de par en par a todas las voluntades templadas por la educación y la experiencia sobre la base ineludible de la personalidad cultivada, a sabiendas que representa el camino, si más limpio, también más difícil de recorrer. Es la eclosión de una profesión más que necesaria, indispensable, que va a resurgir entre principios y empeños seleccionados y tamizados, para tomar definitivamente el derrotero del bien y de la virtud

Nos reunimos para remarcar conjuntamente ese superior sentido de la vida del médico que es su orientación hacia la luz y la bondad. Lo hacemos con material modestia porque hemos querido desenvolvernos limitadamente dentro de los cortos medios del Círculo Médico Peruano, sin recargar los gastos de la nación, cuyos dineros tienen necesidades mayores que atender. Nos alienta el pensamiento de que así, en rincones modestos como éste, dieron sus primeros gritos eternos, nuestras más grandes gestas nacionales. Pero no hemos omitido llevar a cabo este congreso con toda amplitud espiritual. Hasta ahora la contribución médica peruana, salvo muy raras excepciones, estuvo condicionada por la incorporación de los profesionales a las sociedades sabias, a los institutos docentes o de investigación, o a los establecimientos hospitalarios o gubernamentales. En adelante, por obra de esta clase de certámenes, todos los médicos sin exclusión, tendrán iguales derechos de iniciativa y de presentación, esto es, la ocasión será idéntica para que cada médico consciente y observador, digno de su envidiable situación, luzca su propia personalidad, científica o socialmente hablando, ante la corporación de hombres de ese mismo espíritu, lo que esperamos que sea un poderoso estímulo de actividad y de producción para la totaliead de los colegas y que con el progreso constituya un nuevo timbre de satisfacción para la nacionalidad.

Esperamos, por otra parte, que se fortalezca asi el mutuo conocimiento de los médicos, odontólogos y farmacéuticos, creando una elevada fraternidad incrementada al acerbo glorioso del país y ocupando el sitio de preferencia que corresponde a nuestra profesión. Sobre todo, anhelamos demostrar prácticamente lo que ya es la medicina entre nosotros y lo que el Perú, ese gran Perú que por todas partes bulle en esta época de resurgimiento, puede y debe esperar solo de sus hijos legítimos, de los que queremos esta tierra sobre todas las otras, que tenemos aquí arraigo ancestral y que aquí fincamos nuestro porvenir y el de las futuras generaciones, que aquí sentimos la honda vinculación del patriotismo de veras y el formidable interés de formar parte de la patria misma, hecha en el aspecto médico por los médicos peruanos. No deseamos hacerlo teórica o ficticiamente, sentando principios o fórmulas, cosas o empresas, que llamen únicamente la atención y conquisten por doquiera a los neó-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

fitos. Deseamos planear una obra de verdad. Los queridos colegas que han venido de los distintos sectores de la república, licenciándose momentáneamente de su clientela, dejando sus comodidades y distanciando sus afectos, para quienes mi elogio es poca retribución, pero que se lo entrego de todo corazón, nos han traído cuidadosamente las palpitantes lecciones de la realidad médica nacional, que han de servir de base estupenda para el nuevo edificio profesional peruano. Quisimos en un gesto de sincera cortesía y como una manifestación de que la ciencia debe unir a todos y no separar a nadie, procurar la colaboración de los médicos de todas las nacionalidades que ejercen en el territorio, imprimiendo en nuestras bases que "los profesionales extranjeros diplomados en la Facultad de Medicina de Lima" podían adherirse a nuestro congreso. Lo publicamos así en todos los diarios y lo hicimos circular. Ni uno solo ha correspondido a nuestro llamamiento con alguna contribución, por pequeña que fuera. Aparte de una leal competencia, lo menos que se puede exigir a los médicos extranjeros que nos acompañan a ejercer la medicina, es que dediquen unos momentos de su existencia a rendir a la nación que los alberga el fruto de su experiencia y colaboren a constituír un Perú médico científico y profesional. Entre tanto, los compañeros nacionales nos dedicaremos enseguida a estudiar sobre datos concretos los grandes problemas sanitarios del país, no para quedar satisfechos con la deliberación, sino para lanzarnos luego de nuevo al campo de la lucha con estos legionarios de la salud pública, y volver otra vez a la brega con el enemigo enfermedad o epidemia, única escuela que enseña, única disciplina que forma y única labor que merece justo premio.

Nos reunimos para afrontar el arduo problema del ejercicio profesional, no con el criterio puramente retórico de antiguos teorizantes. Es lo más importante en nuestro empeño de purificar y ennoblecer la profesión. Lo conceptuamos doblemente, como un problema de autoridad y un problema de organización. La autoridad, bien lo sabemos, incumbe designarla al Estado y, sabemos perfectamente también que aparte de las condiciones de competencia y de experiencia, por encima de las cualidades de energía y de actividad, se encuentra inconmovible el postulado de la autoridad moral. A nosotros nos corresponde establecer las bases de la organización. Nada más desastroso que el aislamiento, terreno en el que se han implantado el exotismo y la charlatanería, triunfantes en nuesrro medio más que en parte alguna. Nuestro gran esfuerzo debe ser de asociación, no puramente social, ni exclusivamente científica. La asociación deberá estar caracterizada fundamentalmente por la comunidad ideal, sin perder el contacto de la realidad. Marcados los postulados prácticos que han de obedecerse y las reglas de conducta a las que conviene sujetar la actividad profesional, libremente esperamos seleccionar a los adeptos que deseen desenvolverse con arreglo a una severa reglamentación, sin avisos periodísticos ni luminosos, sin planchas llamativas ni propagandistas, etc. etc. vigilando atentamente el cumplimiento a lo prometido y castigando sin contemplaciones las faltas. Desde luego, el público aprenderá a distinguir entre lo bueno y lo malo, entre el ejercicio legal y honesto y el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ilegal e incorrecto. El éxito sin salirse de la ruta de los propósitos selectos hará escuela para demostrar su eficacia en la profesión y también servirá para convertir con el ejemplo a muchos desorientados. Se creará así una limpia conciencia gremial, incrementada si se establece toda clase de estímulos para fortalecer la orientación correcta y si se traba una ligazón poderosa entre todos los que escojen la vía santa. Pero esto no sería suficiente. Es menester combatir el daño, desarraigarlo. Por eso abrimos campaña contra los curanderos o falsos médicos y en general contra los filibusteros de la buena fe criolla, los explotadores del ansia de sanar de los enfermos. Son especies nefastas que la sociedad entera, lejos de protejer con una idea primitiva de la medicina empírica, debe contribuir a su exterminio como defensa y garantía de sus más caros intereses.

Traemos de otra lado con nosotros un ideal de mejoramiento de la clase médica y en tal sentido serán propuestas muchas saneadas medidas. No lo esperamos por la fácil conquista de posiciones o merced a la explotación benévola de alguna prebenda. Creemos que la manera de mejorar es por la intensificación del esfuerzo personal y por la iniciación de fundaciones que ordenen el trabajo, faciliten la formación de competencias, nutran de elementos la labor diaria, amplifique el horizonte del beneficio colectivo y social, pulan las relaciones entre el médico y el cliente, quitándole el prejuicio rentado, y elevando y dignificando el devenir profesional, ofrezca a los asociados una situación honrosa y de sólido auge. Nadie sospecha como interesa a la sociedad el sostenimiento de un ambiente tranquilo, sereno, en que han de moverse aquellos en cuyas manos puede estar en un momento cualquiera la decisión definitiva de una vida, hombres que deben estar lejos de las graves discensiones y aún de los perturbadores conflictos espirituales. Y es de suponer las magníficas proyecciones que para el adelanto de nuestra ciencia significará el que los médicos no pasen por la existencia al modo de guerreros en campaña o de labriegos en época de cosecha, sino como adalides de la salud, preocupados de un solo fin diagnóstico y terapéutico, solidarizados humanamente con su paciente, cual engranajes de la gran máquina del bien común, sostenidos por un solo impulso que emane de su especial educación. El dia en que tales fundaciones permitan la especialización intensiva y que tal sistema de vida se implante en todos nuestros institutos, el número de profesionales que ahora parece tan excesivo por la identidad de cometido, no lo será tanto, por obra de la división del trabajo, la regulación de las dedicaciones y la satisfacción de múltiples necesidades sociales aún inmanentes.

Traemos, en fín, a esta reunión un anhelo peruanista de justicia. Ojalá tenga ocasión de conocer el país la opinión que se tiene en los más acreditados centros extranjeros de algunos de nuestros distinguidos compañeros. Por ahora, para estimular el sentimiento nacionalista que con tanta razón se empeñan actualmente las instituciones gubernamentales en proteger y levantar, nos basta recalcar que más allá del concepto de competencia, nos interesa demostrar que está muy arraigado entre los médicos la noción del esfuerzo por cumplir con los más peligrosos deberes. En reciente ocasión se

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ha celebrado justamente a los grandes generales de las campañas sanitarias que blasonan nuestra historia profesional. Yo quiero recordar en este instante a los soldados desconocidos de esas batallas contra enemigos amenazantes de las poblaciones. Hace tiempo cayeron Belaúnde y Villacorta; recientemente Valcárcel.

En Cerro de Pasco ocurrió un episodio semejante al de la sucesión heroica en el comando del "Huascar"; estalló una epidemia de tifus, fué a combatirla Patrón y cayó; lo reemplazó Barrios y cayó también infectado por la mortífera epidemia; enseguida fué enviado Tataje, que murió teniendo la misma suerte de sus compañeros. Hace pocos días el parlamento nacional, respondiendo al proyecto de un diputado, hombre de corazón al par que hombre de estado, dió una ley en favor de esos sanitarios, que estamos seguros el supremo gobierno acogerá con júbilo y altura de miras, con que ha tomado todas nuestras cuestiones. Que los manes de Unanue y de Carrión envíen sus hálitos de gratitud que sólo débilmente puedo pronunciar.

Señor Presidente:

Una vez más nuestro agradecimiento por vuestro patronato y vuestra concurrencia. Si la inmensa labor de reconstrucción nacional en que estáis empeñado, abriendo trochas, saneando poblaciones, regenerando al indio, en una palabra, puliendo todos los sistemas del organismo peruano, necesita la colaboración no sólo de los hombres de gobierno sino de todas las fuerzas vivas del país que quieren sencillamente el progreso, el bienestar y la dignificación nacionales, aquí están los médicos para contribuir en su esfera con el mas grande ardor y el más puro patriotismo. Por eso estamos reunidos en un congreso, que el ambiente exigía y nos felicitamos que haya sido en tan empeñosa época. Declaro que tuvimos vuestro apoyo para esta obra de amor y de fe, que nada ha podido contener. Ya no basta el esfuerzo mental, que en otro tiempo edificó una escuela puramente intelectualista. Ni es suficiente tampoco el escareo sentimental que en otras épocas determinó un movimiento únicamente romántico. Es menester que sobre la base de la idea que es luz y del sentimiento que resulta inspiración, se construya una escuela deberista en la que se dignifique la acción, se esgrima la fuerte palanca de la voluntad y en la que triunfe el soberano impulso del querer; infatigable la acción, firme la voluntad, noble y elevado el querer. A esa escuela pertenece este certamen. Moralizar, educar y organizar, con la preocupación única de hacer el bien, defender la salud y ser justos; he ahí nuestro escudo.

El intelecto, la iniciativa y el éxito, no para el negocio o para sobresalir, sino para la virtud, punto central hacia el que deben converger nuestras miradas y nuestros brazos. ¡Qué grande y sincera satisfacción, después de haber procedido así, poder exclamar para desazón de quienes hasta ayer sostenían que no había congreso, porque no han aprendido sino a decir el "no" de los fracasados;—poder exclamar, digo, dentro de la afirmativa norma de los tiempos, que si hay congreso médico, no internacional sino criollo.

¡Señor: aquí está ese Congreso y en nombre de él os saludo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

A continuación, hizo uso de la palabra el jefe del Estado, quien pronunció el siguiente discurso:

Señor Presidente, señores:

Vengo, con particular satisfacción, a inaugurar las sesiones del primer Congreso Nacional de Medicina, cuya importancia nacionalista, tan magistralmente señalada por el doctor Quesada, no excluye, desde luego, la importancia, cada vez mayor, de los certámenes internacionales. A los Congresos nacionales les toca estudiar los problemas médicos relacionados con un país y a los internacionales tócales unificar los conocimientos del saber universal y resolver problemas vinculados al bienestar de la humanidad.

Yo he patrocinado con entusiasmo, la idea de provocar esta asamblea, penetrado de su importancia, sobre todo, en esta hora de resurgimiento en que el Perú, este Lázaro de los pueblos sudamericanos, se incorpora no por virtud exclusiva de un solo factor de renacimiento, sino por la acción conjunta de todas las fuerzas vitales que alientan la nacionalidad.

Es una verdad vieja, como el tiempo, pero siempre nueva por su utilidad, la que afirma que la ciencia y el progreso se hermanan y de todas las ciencias la más eficaz al bienestar de los pueblos es la que profesáis vosotros los médicos, entregados por entero el culto de la vida, que como todos los cultos tiene héroes y mártires porque en la lucha con el dolor y la muerte, unos vencen y otros sucumben.

Colocado por la Providencia en el puesto de honor que ocupo, mantenido allí por la confianza renovada de mis conciudadanos, no podía olvidar a los médicos que han sido diligentes colaboradores en mi obra reconstructiva. Si quisiera hacer en un breve resumen la filosofía de mi gobierno diría que he logrado la prosperidad nacional apoyando, ya simultáneamente, ya en orden sucesivo, mi gestión pública, en esas dos sólidas columnas: nuestros médicos y nuestros ingenieros. Sin los médicos habría sido imposible defender a nuestro escaso capital humano de los flajelos que lo diezmaban, y sin los ingenieros no habría podido vencer, ni aún penetrar en sus misterios las resistencias que ofrece una naturaleza tan hermosa, tan fiera pero tan exhuberante y agreste como la nuestra. En ese sentido el ingeniero que construyó un camino y el médico que salvó una vida humana, laboraron por la eternidad, porque no somos nosotros sino las generaciones futuras las que derivarán el provecho de tan fecundo esfuerzo.

En otra oportunidad, cuando los médicos de todos los países de América me felicitaron por mis esfuerzos en favor de la política sanitaria, dije: "la medicina, sobre ser una función social, es un sacerdocio y el médico no es tanto un profesional que egresa del claustro para ganar un salario, sino un sacerdote investido de la facultad de practicar un culto". En tal virtud, hacéis bien, señor Presidente, al poner a la entrada de esta casa, el rótulo que indica que vuestras labores están presididas por un espíritu de honradez, trabajo y moralidad, digno de verdaderos apóstoles.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La conciencia del apóstol está iluminada por la llama del ideal. Y la salud, así como la vida de las generaciones, para fructificar en la tierra necesitan el auxilio del ideal que todo lo ennoblece y santifica.

Pero la medicina, como todo sacerdocio, debe huir del exclusivismo. Los médicos como los sacerdotes, tiene por su origen, la patria en donde nacen; pero, por su ministerio, no pertenecen a un grupo ni siquiera a un pueblo: pertenecen a la humanidad. Desde que se imponen el heróico deber de luchar contra el dolor y la muerte son ciudadanos del mundo porque el dolor y la muerte son consustanciales a la especie humana. En ese sentido, no hay que reducir sino ampliar los horizontes de la solidaridad médica.

Doctor Quesada:

Vuestro admirable discurso revela una poderosa mentalidad y un gran corazón que hacen honor al país. Hombres superiormente dotados como vos, son una esperanza para el Perú de mañana.

Hago votos muy sinceros por el éxito de vuestras deliberaciones y estad seguros de que encontraréis en mí y en mi gobierno el apoyo más resuelto para lograr vuestros nobilísimos propósitos.

Quedan inauguradas las sesiones del primer Congreso Nacional de Medicina.

ACTUACIONES DEL DIA 16 DE DICIEMBRE

En la mañana

VISITA AL HOSPITAL «ARZOBISPO LOAYZA»

1°.—Discurso del inspector doctor Augusto Pérez Araníbar.

2°.—Saludo del director doctor Juvenal Denegri.

3°.—Presentación de la farmacia.

4°.—Servicio de Cirugía del Pabellón 5. "Indicaciones de la histerectomía", por el doctor Eduardo Bello.

5°.—Fábrica de productos gaseosos.

6°.—Pabellón de tuberculosos.—"Neumotorax en el tratamiento de la tuberculosis", por el doctor Monge Otaiza.

7°.—Desinfectorio y lavandería.

8°.—Baños.

9°.—Anatomía Patológica—"Organización del departamento" por los doctores Mackehenie y Weiss.

10°.—Cocina—Presentación del aparato que estiriliza 4,000 piezas por hora.

11°.—Escuela de Enfermeras.—"Historia y organización del instituto", por el profesor doctor Leonidas Avendaño.

12°.—Rayos X—"Funcionamiento del instituto y presentación de casos de radioterapia y radiodiagnóstico", por el doctor Oscar Soto.

13°.—Pabellón de Medicina N°. 3—"Esclerosis lateral amiotrófica", por el doctor Pardo Figueroa.

14°.—Departamento de Fisioterapia—"Indicaciones fisioterápicas y presentación de aparatos", por el doctor Morante.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

15°.—Pabellón de Medicina N°. 1—"Infecciones criptogenéticas", por el doctor Raúl Rebagliati.

16°.—Pabellón de Medicina N°. 2—En nombre del doctor Carlos Monge—"Organización del servicio médico", por el doctor Juan Francisco Valega.

17°.—Pabellón de Cirugía Infantil—"Nuevos tratamientos quirúrgicos de la luxación congénita de la cadera", por el doctor Constantino Carvallo.

18°.—Pensionado.

19°.—Pabellón de Cirugía N°. 6—"Demostraciones operatorias: apendicitis y quiste del ovario" por el doctor Miguel Aljovín.

20°.—Consultorios.

21°.—Depósito de Medicina.

En la tarde

MEDIDAS PARA EVITAR LA DESNACIONALIZACION DE LA MEDICINA PERUANA

Por el Prof. L. Avendaño.

Ha querido la Comisión Organizadora de este Primer Congreso Nacional de Medicina, aprovechar de la congregación de muchos y muy connotados miembros del gremio médico, que ejercen las diversas ramas de la profesión en el Perú, para contemplar algunos interesantes problemas de ética profesional, que tienen íntima relación con el ejercicio austero, correcto y provechoso de nuestra actividad, tanto en el altruísta terreno de la asistencia médica, de la práctica diaria, como en el atrayente y fecundo campo de la investigación científica y en el no menos profícuo de nuestra participación en todas las obras de bien, individual y colectivo, que constituye el grandioso acervo de la medicina social, de la medicina pública.

Entre los temas de esta índole recomendados por la Comisión Organizadora, se consigna con el número II, el siguiente: —«*Medidas para evitar la desnacionalización de la Medicina Peruana*», y, habiendo tenido a bien la Comisión Organizadora designarme papara presentar una ponencia sobre tan sugestivo tópico, me cabe la grata complacencia de ofreceros la siguiente exposición. No es una conferencia la que voy a dar: nó, es únicamente una modesta conversación; voy a repetir y a condensar lo que otrora dijera en la Cátedra de Medicina Legal; voy a añorar los inolvidables momentos en que conversaba en el aula con mis queridos discípulos; y, como quiera que para mayor satisfacción mía, lo son la mayoría de los que componen este selecto auditorio, creo muy oportuno comenzar haciendo mías, como lo verificara año tras

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

año al iniciar el curso de Deontología médica, las siguientes bellas frases del Prof. SARDA de Montpellier: — « Todos los años abro « mi curso con una lección sobre una cuestión de deontología o de « medicina social. Sé por las confidencias de los que os han prece- « dido en esos bancos, que nuestros estudiantes, a pesar del prejui- « cio corriente de que la juventud de estos tiempos sólo anhela « encontrar en el ejercicio de la profesión médica un medio para « adquirir riquezas, escucha con placer y aún con emoción las pala- « bras de un maestro que les enseña la senda del deber. ¿Dependerá « esto, como algunos lo suponen de que la generación actual menos « utilitaria y menos egoísta que las generaciones anteriores, com- « prende que una gran nación necesita, para merecer el respeto del « mundo, que sean más brillantes sus virtudes y su ideal que las « pruebas materiales de su fuerza y su riqueza?. Me regocijo en creer- « lo así; tanto más cuánto que las virtudes y el ideal son más nece- « sarias a la profesión médica que a cualquier otra». Hermoso pá- rrafo éste del Prof. SARDA, de uno de los eminentes maestros de la medicina legal francesa, que resume el evangelio del ejercicio de las profesiones médicas; pues en verdad todas las calamidades que aquejan a la profesión se remediarían, sólo con que sus miembros procurasen conservar las virtudes y el ideal y no exageraran el egoís- mo y el utilitarismo que, desgraciadamente, informan en los momen- tos actuales los actos de la humanidad.

Antes de abordar el punto materia de esta disertación, creo conveniente hacer dos advertencias. Es la primera, que como en el curso de esta conversación tengo que referirme a hechos en los que he intervenido o que he presenciado, me veré obligado a citarme con frecuencia a mí mismo; lo que se justifica porque estoy obligado a trasmitiros el fruto de mi observación y de mi experiencia de muchos años en la práctica diaria y en el magisterio; sin que ni por asomo tenga la necia pretensión de suponer que mis ideas hayan alcanzado la cúspide de la perfección, limitándome sí a declarar que las expon- go con honradez y con convicción. Es la segunda, que como al tra- tar el tema apuntado, tendré que alabar lo bueno y fustigar lo malo que hay en nuestro ejercicio profesional, me veré precisado, con harto sentimiento, a formular críticas, que desde luego lo declaro, con toda lealtad, no tendrán en modo alguno carácter personal: nó, serán únicamente observaciones a procederes que creo perjudiciales para el prestigio de nuestro gremio y para afianzar la nacionaliza- ción de nuestra medicina pátria. El silencio en estos momentos sería criminal; nosotros sabemos que los males tanto individuales como sociales, sólo se remedian procediendo con actividad y energía; y, que como lo afirmé en 1901 en la tribuna de la Universidad de San Marcos, en el discurso académico de apertura, que versó sobre la «Despoblación nacional», el «cauterio para destruir la producción patológica, tiene que avanzar algo en el tejido sano». Se me censura- rá por algunos; se me creerá un retrogado, un visionario; no im- porta: «Omnia munda mundis», para los limpios todas las cosas son limpias.

Entro en materia.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Hacer medicina nacionalista, fué preocupación muy seria de los padres de la medicina peruana y de no pocos de sus continuadores. Cosme Bueno, echando los cimientos de la geografía médica de nuestro territorio, en sus magníficas disertaciones sobre las condiciones peculiares de cada región; — Unanue, estudiando el clima de Lima, formulando los preceptos fundamentales de la política sanitaria, creando los institutos de enseñanza profesional, describiendo con mano maestra el pavoroso cuadro de la práctica médica en el siglo décimo-octavo; — Tafur, aprovechando de su actuación en el protomedicato para encarrilar por los rumbos de la necesaria moralidad la práctica del arte de curar; — Davalos, presentando ante la Universidad de Montpellier, al optar el grado de doctor su notable estudio sobre las enfermedades reinantes en Lima; — Valdez, publicando el resultado de sus observaciones sobre algunas enfermedades y sus características especiales en nuestras localidades, y llamando la atención sobre el grave problema de la excesiva mortalidad infantil; — Heredia, enviando, a costa de su peculio, a cuatro jóvenes a Europa para que se perfeccionaran y vinieran — como sucedió — a reformar totalmente la enseñanza médica, hecho que le permitió fundar la Facultad de Medicina; — los creadores y entusiastas sostenedores de la benemérita Sociedad Médica y de la interesante Gaceta Médica, de brillante actuación a mediados del siglo anterior; — muchos de los venerables maestros de San Fernando, que se han esforzado por exponer todo lo referente a la medicina autóctona; — los que lograron reconstruir la prensa y las instituciones médicas, oficiales y particulares, después de la hecatombe de 1880 y siguientes: — Carrion, el heróico estudiante que se sacrificó al pretender estudiar y resolver un serio problema de la patología nacional, que asombró al mundo cuando estóicamente siguió la marcha de la fatal dolencia y expiró recomendando se continuaran los estudios por él iniciados; —los selectos cultores de la patología autóctona y de la historia médica nacional, de ese pasado grandioso de nuestra intelectualidad médica;—los farmacéuticos que han laborado—y laboran—en la preparación de productos químicos y medicamentos, tanto para utilizar los grandiosos recursos del empleo científico de las materias primas de la flora peruana, como para contribuir a la formación de la farmacopea nacional e independizarnos de los preparados similares extranjeros; mereciendo una mención especial el Dr. Angel Maldonado, no sólo por la buena calidad de los productos que elabora, sino también por haber extremado su espíritu nacionalista al exornar las etiquetas de dos de sus preparaciones con las venerandas efigies de Unanue y de Carrion; — todos ellos han realizado obra de prestigio y de provecho para la medicina y para la patria, y merecen el agradecimiento de la generación actual que ha encontrado reunidos muchos y muy valiosos elementos para el cultivo y engrandecimiento de la medicina peruana. Todos esos ilustres varones comprendieron que si es cierto que la medicina es una, ya que su objetivo fundamental es conseguir el bienestar del hombre y la conservación de su salud; como quiera que las condiciones de la vida humana varían notablemente en las diversas

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

localidades del planeta, influenciada como lo está por las características del medio ambiente, distintas de uno a otro de los lugares habitados,es evidente,de toda evidencia, que los procesos patológicos ofrecerán cuadro clínico que los tipifique en las divisiones que artificialmente ha hecho el hombre para constituir las naciones. Cada país, tiene, pues, su patología propia; y, los que ejercemos la medicina lo primero que debemos conocer son esas peculiaridades que caracterizan al medio ambiente y su influencia en el estado fisiológico y en los trastornos patológicos de sus moradores. Innecesario me parece descender a detallar las diferencias existentes en muchos procesos morbosos según los países: aquello me llevaría muy lejos; basta con recordar que hay enfermedades que sólo se las observa en una localidad dada, la Enfermedad de CARRION, por ejemplo.

Huelga, pues, no sólo la conveniencia, sino también la indiscutible necesidad de ser incansables en el cultivo de la medicina peruana para conseguir su permanente progreso, para lo que precisa utilizar de las enseñanzas de todas las ramas de la medicina, principales y accesorias, al perfecto conocimiento de la medicina autóctona; y, por lo tanto es laudable todo esfuerzo encaminado a alcanzar el más amplio conocimiento en la materia. ¿Cuáles son los medios más prácticos para llegar al fin enunciado?: paso a indicarlos aunque sea someramente.

1.—*Conocer, apreciar y enaltecer a nuestros antepasados médicos.*—Lo primero que interesa conocer al hombre, cualesquiera que sea la rama de los conocimientos a que dedique su actividad, es la personalidad moral de sus antepasados, para poderse inspirar en las grandes obras por ellos realizadas y seguir la estela mas o menos brillante que hayan dejado a su paso. Y a este respecto, los médicos peruanos tenemos un ilustre abolengo, tan ilustre como quizás no lo puedan mostrar igual otras naciones latino americanas.

Tres nombres, tres astros de primera magnitud a cuyo alrededor se agruparon las eminencias médicas de su tiempo, bastan para corroborar lo dicho:—UNANUE, que, con el concurso de DAVALOS, de TAFUR, de PEZET, &., creó, como es ya bien sabido, en las postrimerías del siglo XVIII y en los albores de la decimonona centuria el Anfiteatro de Anatomía y la Escuela de Medicina;—HEREDIA, que a mediados del siglo anterior, con la valiosa colaboración de SOLARI, de DOUGLANS, de ARANDA, de LORENTE, de RIOS, de CORPANCHO (J.), de BRAVO, de ORNELLAS, de SEGURA, de JOSE M. MACEDO, de AROSEMENA QUEZADA, y de otros más, entre los que se destaca JOSE CASIMIRO ULLOA, restableció la enseñanza médica, anémica y languideciente y fundó la Facultad de Medicina;—y, MANUEL ODRIOZOLA, que cuando se realizó por un enemigo aleve y artero, después de 1880, la destrucción del local y de casi todos los elementos materiales de la Escuela de Medicina, auxiliado por un grupo de maestros abnegados "supo portarse como experto piloto y conducir a buen puesto la averiada nave que conducía el sagrado y tradicional depósito de la medicina nacional". Cada uno de es-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tos hombres corresponden a uno de los tres períodos durante los que ha evolucionado y se ha trasformado la medicina peruana; y, por eso es indeleble la huella que han dejado en nuestro pasado. Los que acompañaron a UNANUE y a HEREDIA, pertenecen ya a la historia; su nombre está grabado en nuestro panteón médico. Delos que laboraron con MANUEL ODRIOZOLA, que todos fueron mis maestros y a quienes me ha cabido la satisfacción de exteriorizar, en varias ocasiones, la gratitud de los estudiantes de ese entonces, solo vive uno: el profesor BELISARIO SOSA, el patriarca de la medicina nacional, a quien tengo la alta honra de tributar, en esta solemnidad, el homenaje de mi respeto y de mi agradecimiento.

El maestro JOSE CASIMIRO ULLOA, en un discurso que pronunció el día en que la Academia Libre de Medicina se transformó en institución nacional y que dedicó a los estudiantes de la Facultad de Medicina, hizo un «*Resumen histórico de los progresos de la Medicina en el Perú*» que terminó con el siguiente párrafo, que aproveché para finalizar el discurso de orden que pronuncié el 1°. de octubre de 1911 en la conmemoración del centenario de la fundación de la Escuela de Medicina de Lima. Dijo así ULLOA:—«No son sólo « la nobleza de la sangre y la que se obtiene por el éxito feliz de las « armas, las que deben enorgullecernos».

« Hay otra nobleza superior a esas; la que constituye el talento « y su empleo en el adelanto de la ciencia y en beneficio de la hu« manidad».

« De esa nobleza estáis llamados a formar parte en el por« venir y para lograrlo, bueno es que conozcáis a vuestros proge« nios y que os inspireis en los grandes ejemplos de vuestros pro« genitores».

« No tenéis porque avergonzaros de nada y al poner los ojos en « el árbol genealógico que he presentado ante vosotros, habéis visto « destacarse nobles figuras, que consagraron la más bella existen« cia a trazaros la senda en donde os encontráis y en cuyo término « encontraréis, como ellos, honores y gloria».

« *Nobleza obliga*. Recibís una gloriosa herencia. Tenéis, pues « el deber no sólo de conservarla, sino de enriquecerla, grabando en « vuestro corazón los nombres de los que, desde la cuna de la Medi« cina Nacional, desde RENEDO hasta MANUEL ODRIOZOLA, os han « enseñado el amor a la ciencia, al progreso y al bien del género « humano ».

Rápidamente reseñaré como se ha rendido homenaje a nuestras eminencias médicas. La veneranda efigie de HEREDIA, se ostenta en uno de los corredores de la Facultad de Medicina, merced al empeño del señor decano Prof. GASTAÑETA que, en ceremonia solemne, lo inauguró el día en que se cumplieron setenta años de la fundación de la Facultad. La memoria de ERNESTO ODRIOZOLA, se perpetúa en la sala del Hospital «Dos de Mayo», en la que dictó, por muchos años, sus sabias lecciones clínicas, que hoy lleva su nombre, y en el busto allí levantado para vigilar él, cómo se observan las gloriosas tradiciones de su escuela, y en la placa conmemorativa colocada

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

por el alumnado de la Facultad, en uno de los corredores del edificio en el mismo sitio en que cayó fulminado cumpliendo con sus deberes como decano de la institución. ¡Esa placa, con el retrato del maestro, dirá a las generaciones futuras como se apreció la obra y la espartana muerte de ERNESTO ODRIOZOLA!. A PEREZ ROCA, sus compañeros del claustro, acordaron poner su busto en el vestíbulo del laboratorio de Fisiología, cuyo edificio donó a la Facultad.

La glorificación de UNANUE ha sido algo tardía, no obstante de ser la figura más magestuosa de nuestro panteón médico. Quizás si las incidencias de la política han influído notablemente en tan injustificado retardo, que ha hecho exclamar a un conocido escritor, MORENO, «De UNANUE, hasta ahora, ni un solo estudio, ni uno solo se ha escrito en el Perú». Cierto que, como lo dice juiciosamente VALDIZAN. «Los médicos no hemos olvidado al glorioso precursor»; y son muchos y de relevantes méritos los estudios que se han hecho sobre tan excelsa personalidad. Unicamente citarlos, demandaría tiempo de que no dispongo, limitándome a dejar constancia de que corresponde a ULLOA el haber sido el primero, en 1859, en cumplir debida justicia a la memoria del sabio. La juventud universitaria, como lo he dicho en otra ocasión, resolvió, en 1875, levantarle una estatua, cuya primera piedra se colocó en julio de ese año, en el sitio en que hoy se yergue la efigie de RAIMONDI. En 1899, cuando me opuse al concurso para proveer de catedrático principal a la cátedra de anatomía descriptiva, indiqué la necesidad y justicia de perpetuar en el mármol y en el bronce, en el anfiteatro anatómico de la Escuela, a UNANUE y a BAMBAREN, que tanto prestigiaron la referida cátedra. En 1911, en las fiestas habidas en la Facultad para celebrar el centenario de la fundación de la Escuela de Medicina, volví a ocuparme de UNANUE y de la urgencia de pagar la deuda pendiente. erigiéndole un monumento digno del sabio y de la patria agradecida Como se ve, hoy por hoy, no obstante de que en Lima no escasean las estatuas, lo positivo es que falta la de UNANUE; y, si es verdad, como se ha dicho, que los monumentos de índole moral, de recordación intelectual, significan más para los espíritus selectos que las moles de granito o de cualquier metal, es innegable que para el grosso público, para los turistas, lo que les impresiona es el hecho material que perciben por los sentidos. Y tratándose de los homenajes de índole moral, si se ha hecho algo por UNANUE: — su imagen preside desde hace mucho tiempo las deliberaciones de la Facultad de Medicina, y desde su fundación las de la Academia Nacional de Medicina: — su gran obra científica, es recordada en todas las solemnidades médicas y por los refinados cultores de la medicina nacional; — el Observatorio meteorológico fundado por la Academia libre de Medicina, a raiz de su instalación como instituto científico lleva el nombre de UNANUE; — en la carátula de la Revista médica creada por el Prof. VALDIZAN para hacer conocer la historia médica nacional, se ostenta como lábaro sagrado el nombre de «UNANUE»; en 1924, como número especial del programa del Tercer Congreso Científico Pan Americano, se hizo el apoteósis del sabio, en el recinto de la Facultad de Medicina, por los plenipotenciarios científicos de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

toda la América; —, y, finalmente, cuando la reunión en esta capital de la Sexta Conferencia Sanitaria Pan Americana, el Supremo Gobierno ordenó que los venerandos restos de UNANUE se trasladaran al Panteón de los Próceres, al augusto recinto en que yacen los grandes campeones que nos dieron patria y libertad: ceremonia aquella en la que también participaron todas las naciones del Continente. La América toda, ha entonado ya el merecido himno de inmortalidad para el esclarecido creador de la enseñanza médica en la tierra de Colón.

Si algunos médicos peruanos han cumplido con honrar debidamente la memoria del mártir de la ciencia, de CARRION, que desde el 5 de octubre de 1885, ocupa sitial de primer orden en el Templo de la inmortalidad, no ha sucedido lo mismo con los Poderes públicos que hasta hoy se muestran rehacios para exteriorizar de modo tan gible la gratitud nacional hacia el modesto estudiante de la escuela médica de Lima, que supo arrebatar sus laureles a la Gloria dignificando la ciencia médica peruana y enrolándose en la benemérita falange de los héroes de su patria. En las columnas de nuestra prensa médica, en los anales de nuestras corporaciones técnicas, en las pacientes investigaciones de los que cultivan la medicina tropical, en libros y folletos, se consigna el como se ha cumplido el testamento científico de CARRION y se perpetúa su excelsa memoria Pero en cambio cuanto obstáculo se ha presentado para erigirle un monumento, en un lugar público, que perpetúe su memoria y recuerde su gloriosa hazaña. A poco de su lamentado deceso, el 5 de octubre de 1887 se trasladaron sus restos al modestísimo mausoleo levantado mediante erogación popular iniciada por la redacción de «*El Monitor Médico*», realizándose con tal motivo una solemne ceremonia en la que se pronunciaron por los voceros de las instituciones y de la prensa médica muy sentidas oraciones fúnebres. Los gestores de tal iniciativa nunca creyeron que allí permanecerían esos venerandos despojos por tanto tiempo, pues supusieron, con harto fundamento, que el reconocimiento de la voluntad popular había de exteriorizarse en forma más grandiosa. No ha sucedido así, y a ese pobrísimo túmulo aureolado por los destellos de la fama, van anualmente, el 5 de octubre, en santa peregrinación los descendientes de Unánue a rendir pleito homenaje al saber, a la abnegación y a la modestia. Algún tiempo después, el Coronel Tafur, comisario de policía se propuso conseguir que se diera el nombre de CARRION a la avenida que conduce al matadero general, y que en esa calle se erigiera un busto del héroe; la generosa aspiración del Coronel Tafur no pudo llevarse a la práctica. El 5 de octubre de 1906, ante la Sociedad Médica «Unión Fernandina», después de relatar todo lo hecho en el estudio de la Verruga después de la muerte de CARRION, indiqué el imperioso deber que tenía esa sociedad para trabajar a fin de que la estátua del mártir se ubicara en el patio de la Facultad de Medicina. Esta idea fué auspiciada en el V Congreso Médico Latino-Americano, por el Prof. Domingo Cabred y en el VI Congreso, reunido en la Habana, por el Dr. Aróstegui; habiéndose resuelto en ambas asambleas que se gestionara la cooperación de todos los

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

intelectuales médicos de la América Latina; pero a pesar de los esfuerzos desplegados, no ha sido posible dar cumplimiento a los votos de dos Congresos Médicos. Finalmente las gestiones del Círculo Médico Peruano han resultado también ineficaces. Es por demás doloroso, por decir lo menos, que la grandiosa figura de CARRION no haya merecido hasta hoy un homenaje genuinamente nacional.

Además de los nombrados existen muchos esclarecidos profesionales acreedores a que se perpetúe su actuación en bien de la humanidad doliente, con algún signo que represente que no se han echado en olvido los servicios que prestaron a la nobilísima causa del progreso de la medicina nacional. Como ejemplo me limito a citar un nombre: MANUEL ODRIOZOLA; de cuyo recuerdo sólo existe su retrato en los locales de la Facultad de Medicina y de la Academia Nacional de Medicina, y un busto, diríase escondido, en un rincón de la secretaría de la Facultad. Urge que su busto u otro si es que aquel no corresponde a su finalidad, sea instalado en el sitio adecuado y con los honores a que tiene derecho la excelsa personalidad de MANUEL ODRIOZOLA.

Y a propósito: es de inaplazable realización completar la galería de retratos de los que fueron profesores de la Facultad: ya se han colocado algunos, muy eminentes y de muy grata recordación; pero aún faltan muchos, que tienen legítimamente ganado tan justo homenaje y cuya efigie debe ostentarse en el recinto de la Corporación al lado de sus ilustres compañeros. La Facultad de Medicina debe realizar esta obra de reparación a la memoria de los que fueron, y dar el ejemplo de cómo se labora por la nacionalización de la medicina peruana.

2. — *Necesidad de que la historia médica nacional sea enseñada en la Facultad de Medicina.*—Pero para poder conocer, apreciar y enaltecer a nuestros antepasados médicos, es indispensable que la juventud, que los estudiantes de la Facultad de Medicina, escuchen de labios de sus maestros la vida y los hechos de sus predecesores, que se les exponga cuál ha sido la evolución de la ciencia en el Perú, cuál la parte que a cada uno corresponde en la obra realizada, en una palabra, que se escriba y que se enseñe la historia crítica de la medicina peruana.

Con tal motivo conviene saber que no han sido pocos los profesionales que, en radio más o menos amplio, han dedicado su actividad y su entusiasmo al cultivo de esta interesante disciplina de las ciencias médicas; recordando que «La historia es la memoria de las ciencias y es a la vez, tradición, gloria, y experiencia»; y que nada hay más eficaz para alcanzar un objetivo en tal estudio determinado, que inspirarse en la obra de bien realizada por los que nos han precedido en el cultivo de la ciencia y en la práctica del arte.

UNANUE, DAVALOS, PASTOR DE LARRINAGA, VALDEZ, BRAMDIN, ULLOA (J. C.), RIBEYRO (Juan Antonio), LAVALLE (José Antonio), PATRON (Pablo), MUÑIZ, TAVARA, LAVORERIA, ODRIOZOLA

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

(Ernesto), MATTO, EYZAGUIRRE, ARCE, (Julián), OLANO, TELLO, HERCELLES, TORRES (José Darío), ESCOMEL, BAMBAREN (Carlos), PAZ-SOLDAN, QUESADA han laborado en la investigación de nuestro pasado médico; unos con trabajos de gran aliento, otros con noticias de mayor o menor importancia, algunos con nutridas y bien documentadas biografías: todos han aportado su grano de arena para la erección del magestuoso edificio de la historia médica nacional. Pero quien ha avanzado más en esta materia, desentrañando lo existente en obras, pergaminos, manuscritos, &., &., de los tiempos pretéritos, y publicando trabajos de gran aliento, fruto de pacientes y provechosas lucubraciones, es el Profesor VALDIZAN, quien tiene legítimamente ganado el primer puesto entre los historiadores médicos peruanos.

El establecimiento de la enseñanza de la Historia de la Medicina Peruana, es tanto más urgente cuanto que hasta hoy no se ha hecho la crítica de la evolución de la ciencia en el Perú, ni de las opiniones de los escritores médicos; nada se sabe respecto a la influencia que han ejercicdo en nuestro medio las doctrinas médicas que han luchado por el predominio durante los siglos XVIII y XIX, en que se han realizado tan profundas modificaciones en los fundamentos de la ciencia y en sus aplicaciones prácticas. Unicamente, José Darío TORRES, en su notable estudio sobre la «*Sumaria labor de las asociaciones médicas anteriores a la «Unión Fernandina»*, publicada en el número conmemorativo de las bodas de plata de «La Crónica Médica» (31 de enero de 1909), al reseñar las discusiones habidas en la antigua Sociedad de Medicina con motivo de la presencia en Lima de la Fiebre amarilla y de otras enfermedades reinantes, hace la crítica de las opiniones expuestas por los dos grupos antagónicos que sostuvieron con ardor y convicción sus respectivos puntos de vista.

E insisto sobre la necesidad de que se verifique la enseñanza de la historia médica nacional, como uno de los medios de evitar la desnacionalización de la medicina peruana, porque como me ha sido dado presenciar el cómo se ha efectuado la evolución de las ciencias médicas durante los cincuenta años que hace ingresé como alumno a la Escuela, he podido y puedo apreciar cuanta es la diferencia que hay entre la medicina del último tercio del siglo anterior y la del momento actual, en que se han conmovido totalmente los cimientos del antiguo edificio. Pero esta transformación no se ha efectuado a tontas y a locas; nó, pues precisamente ha sido el resultado de la acción persistente, conjunta y bien orientada de todos los competentes cultores de la ciencia, que sucesivamente han ido modificando y encauzando por mejores rumbos las observaciones en la clínica, las investigaciones en el laboratorio, las aplicaciones de los adelantos realizados en el dominio de las ciencias auxiliares, &. &., para obtener en un todo armónico la medicina actual, que tantos sacrificios representa, que tantos elementos necesita para su correcta aplicación y que tantos provechos reporta a toda la humanidad. Y como quiera que no es de menor cuantía el contingente aportado

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

por los cultores médicos peruanos, a la grandiosa evolución realizada — sea por investigaciones originales o por juiciosa adaptación a nuestro medio de los progresos alcanzados en otros centros científicos — evolución que ha repercutido tan hondamente en los fundamendo básicos de la medicina; es necesario que las generaciones presentes y futuras conozcan la marcha progresiva de nuestra disciplina en el Perú y la participación que en esa marcha les corresponde a nuestros preclaros talentos médicos.

3. — *Conveniencia y necesidad de que los Hospitales, sus pabellones y sus salas, los hospicios, los establecimientos dedicados a la asistencia de los enfermos, sean designados con los nombres de los médicos que han dejado alguna huella notable de su paso en tales asilos.*— En todos los países del mundo se rinde tributo a la memoria de los profesionales que han ejercido su altruista misión, asistiendo con caridad, con devoción y con asiduidad a los desgraciados que acuden en busca de salud a los nosocomios de diversa índole,nominando con tan ilustres nombres los hospitales y sus salas. Entre nosotros, desgraciadamente no se ha seguido esta práctica; pues fundados los hospitales, al menos en su mayoría, en la época del coloniaje, en que dominaba en todos los actos sociales el espíritu religioso, era lógico que las casas de caridad se fundaran bajo la advocación de los santos, de la Virgen Santísima o de algún suceso que recordara los grandes hechos en la religión católica. Es por eso que todos los antiguos hospitales en el Perú, tienen nombres escogidos en la forma indicada. Es necesario llegar a los tiempos modernos, para que se comience a abandonar estas viejas prácticas, para iniciarse en una senda más justiciera y más conforme con la finalidad de los establecimientos hospitalarios. Es así como en 1868 se decreta la erección en Lima, de un nosocomio moderno con el nombre de Hospital «Dos de Mayo», para reemplazar al vetusto de San Andrés; y, en Arequipa se construye el «Hospital Goyeneche», en memoria del que fué Obispo de Arequipa y Arzobispo de Lima, merced a la munificencia de la acaudalada familia del ilustre extinto. Pero esta feliz iniciativa no se cumple con la deseada amplitud, pues siempre se persiste en que las salas tengan nombres escogidos en el santoral de la Iglesia.

En efecto, sí tiene explicación plausible que estando aún frescos los laureles del glorioso combate del 2 de mayo, se resolviera perpetuarla —fuera de las otras conmemoraciones realizadas y por realizar — bautizando con esa fecha heroica el primer gran hospital moderno instalado en el Perú; es por demás lamentable que no se hubiera aprovechado de esa coyuntura, para que las salas del Establecimiento tuvieran los nombres de Miguel E. de los Ríos, José Julián Bravo y otros tantos que ejercieron su sagrado ministerio en el derruído Hospital de San Andrés.

Le corresponde a Chiclayo el haber sido la primera ciudad en el Perú en que se ha designado las salas de su hospital, con los nombres de algunos de los profesionales que prestaron sus servicios en

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

esa localidad. En 1897, desempeñando la inspección del Hospital de Nuestra Señora de las Mercedes, aproveché de la completa reparación que se verificó en la sala de cirugía para denominarla «Sala Puccio», en memoria del inteligente y caritativo médico italiano que tantos beneficios dispensó a toda la sociedad chiclayana y a su clase menesterosa. Dos años después habiéndose reconstruido y dividido en dos la antigua y destartalada sala de medicina — de la sección hombres — resolvió la Sociedad de Beneficencia llamarlas «*Sala Encarnación Salazar*» y «*Sala Avendaño*»; la primera como homenaje a la virtuosa matrona que en su condición de Presidenta de la Hermandad Terciaria de N. P. de San Francisco, logró restablecer el funcionamiento del hospital clausurado hacía mucho tiempo; y, a la segunda como muestra de agradecimiento a la actuación del que habla como inspector del nosocomio, que se esforzó por el mejoramiento de su servicios hospitalarios secundando la labor del director de la Sociedad de Beneficencia, Dr. Ugaz. Posteriormente con los donativos de los señores Juan Cuglievan y Santiago L. Gonzáles, se construyeron los nuevos pabellones, que tienen los nombres de los donantes y las antiguas instalaciones han desaparecido por tal motivo.

En noviembre de 1902 la Facultad de Medicina, a pedido de la Sociedad de Beneficencia Pública, nombró en comisión a los profesores Martín Dulanto, Ernesto Odriozola y L. Avendaño, para que estudiaran la mejor ubicación que debía darse al sanatorio para tuberculosos que se proponía construir la mencionada corporación. Como término del informe emitido, la Comisión pidió que la Facultad gestionara ante la institución benefic'ente se diera el nombre de Byron al proyectado sanatorio, teniendo en cuenta que este notable médico peruano había fallecido en New York víctima de una inoculación tuberculosa, después de haber tenido brillante actuación en las Escuelas Médicas de Lima y de Nápoles y ejercido con deslumbrador brillo en el Laboratorio Loomis, en la urbe Newyorkina. Como fundamento de su pedido la Comisión se expresó así: — «Si « las grandes hazañas de los guerreros que derraman su sangre en « defensa de la patria, se perpetúan en grandiosos monumentos; « si las atrevidas exploraciones de los geógrafos se inmortalizan « uniendo sus nombres a los pedazos de tierra que logran encauzar « a la corriente civilizadora; es muy lógico — y así se practica en « otras naciones — que los establecimientos de caridad se pongan « bajo el patrocinio de los que se sacrifican en bien de sus semejan- « tes, en la lucha permanente contra los elementos patógenos ».

He dicho en párrafo anterior que la feliz iniciativa de presindir de los santos para la denominación de las salas de los hospitales no se ha cumplido con amplitud y constancia, y voy a probarlo haciendo algunas consideraciones al respecto.

Cuando en 1916, el cuerpo médico del Hospital «Dos de Mayo» resolvió colocar, en la sala de las Mercedes, en el sitio en que se verefició la inoculación, una placa que recuerde permanentemente a las presentes y a las futuras generaciones médicas, la heroicidad del

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

gesto de CARRION, se pretendió también cambiar el nombre de la sala imponiéndole el de CARRION en lugar del de las Mercedes que hoy tiene. Las gestiones emprendidas fracasaron por completo, ante la resistencia de los señores de la Sociedad de Beneficencia que se negaron a acceder al cambio solicitado. Más felices fueron los encargados de colocar en la antigua sala de Sto. Toribio, del mismo nosocomio, un busto del recordado maestro ERNESTO ODRIOZOLA, pues consiguieron que en adelante la sala se denominara con tan ilustre nombre. Sé que se proyecta dar el nombre del gran cirujano LINO ALARCO, al departamento de operaciones que pronto se inaugurará en ese hospital. Pero la obra debe terminarse; y corresponde al Sr. Director del establecimiento trabajar sin descanso para conseguir que salgan del olvido los apellidos de los talentosos médicos que prestaron sus servicios en ese establecimiento, entre ellos: LEONARDO VILLAR, AURELIO LEON, LUIS EUSEBIO VILLARAN, MANUEL ADOLFO OLAECHEA, JUAN C. CASTILLO, AURELIO ALARCO, &.

Con un merecido aplauso se recibió por el cuerpo médico y por toda la culta sociedad de Lima, el acuerdo en virtud del qué se denominaría Hospital «ARZOBISPO LOAIZA» al grandioso nosocomio que había de sustituir al secular y anti-higiénico Hospital de Santa Ana; pues nada más justo que perpetuar la excelsa personalidad del virtuoso prelado, que invirtió todo su caudal en edificar y sostener esa renombrada mansión de la caridad y que, al sentir que se aproximaba el término de su santa vida, se hizo conducir al hospital para morir en una covacha, entre los indigentes que se habían beneficiado con su altruista y evangélica conducta. Algo más debió haberse hecho, conservar esa covacha, aureolada con la gloria y la inmortalidad, como un histórico monumento recordatorio de la ascendrada virtud, de la inagotable caridad y de la gran abnegación del Ilustrísimo señor LOAIZA; procediendo con ese muro santificado por la estada y la muerte de ese santo y ese justo, al igual de lo que se hizo en la República Argentina con el edificio en que funcionó el Congreso de Tucumán, y en la Habana con el lienzo de pared en que fueron inicuamente fusilados los estudiantes de medicina, mártires de la terrible lucha que se libraba por la independencia de la Gran Antilla, en la que sucumbieron castigados por un delito que nunca cometieron. Pero ha sucedido algo extraño con motivo del funcionamiento del «ARZOBISPO LOAIZA»: en el antiguo nosocomio de Santa Ana había una sala denominada «*Corpancho*», nombre que ha desaparecido en el nuevo establecimiento y que debe restablecerse, ya que es representativo de toda una competente generación médica. Los donativos hechos por los señores ANTERO ASPILLAGA y PEDRO MARCIONELLI, se han agradecido y perpetuado en los pabellones de Radiología y Cirugía infantil, que llevan los nombres de tan magnáninos y cultos caballeros. Pero al igual de lo que he dicho respecto al Hospital «*Dos de Mayo*», urge que se bauticen todos los pabellones del establecimiento con los nombres de los médicos que han prodigado sin tasa ni medida el contingente de su ciencia y de su amor al prójimo en las antihigiénicas salas del viejo «Santa Ana», en la que el virtuoso JULIO BECERRA contrajo la terrible

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tuberculosis que lo condujo a la tumba. Junto con BECERRA deben figurar MANUEL SOLARI, ESPINOSA, JOSE MANUEL MACEDO, RAMON MORALES, los CORPANCHO, GOMEZ SANCHEZ, &. &. A CONSTANTINO CARVALLO ya se le ha cumplido justicia, pues uno de los pabellones se denomina «*Clínica Ginecológica Dr. Carvallo*», añadiéndose que allí trabaja su predilecto discípulo Miguel Aljovin autor, tengo seguridad de ello, de este homenaje. En la sala también se ostenta el retrato del maestro.

Desde que la Maternidad era una dependencia del Hospitade Santa Ana, se grabó el nombre de «RAFAEL BENAVIDES», el insigne tocólogo, el amable práctico, que enseñó a innúmeras generaciones, al frente de una de sus salas. Ese ilustre nombre se conserva hasta hoy; pero, no con poco asombro ha sabido que las otras salas se han denominado con los apellidos de algunos parteros extranjeros como Pinard, Bumm y otros. En nombre de la medicina nacional protesto de ese hecho, pues sobran parteros peruanos para auspiciar con sus relevantes méritos las salas de una Maternidad, por encumbrada que se suponga. Tenemos a CAMILO SEGURA, IGNACIO ACUÑA, MARIANO BENAVIDES, MORALES ALPACA (inventor de uforceps), RAMON MORALES (fundador de la Clínica Tocológica) y, como hermosa tradición, a la señora PAULINA FESSEL, la fundadora de la Maternidad, en 1826, que formó escuela y publicó un interesante folleto con casos prácticos.

Estas consideraciones son aplicables a los demás nosocomios de Lima y a los hospitales de las demás ciudades de la República, y hasta a los hospitales que sostienen la Sociedades de Beneficencia extranjera; pues entre los distinguidos extranjeros, italianos y franceses, que han ejercido entre nosotros, ha habido hombres como Petit y Delgar, Solari y Douglans, Bertonelli, Mazzey, Dodero, Azzali, Agnoli, &.

4. — *Prestigiar las instituciones médicas nacionales, docentes y científicas, manifestando no solo complacencia sino orgullo de haber sido instruidos y educados en el Perú, y de poseer el título expedido por la Facultad de Medicina de Lima.*—Existe la práctica arraigada en algunos miembros del cuerpo médico de indicar a guisa de reclamo en los avisos que publican en los diarios — *avisos*, que, en más de un cincuenta por ciento de los casos, se redactan con completo desconocimiento de los preceptos de la deontología profesional — el hecho de haber realizado estudios en Europa, en EE. UU. &., con lo que los interesados se proponen exaltar su suficiencia, ante el espíritu tornadizo de la masa popular, que sólo considera como bueno lo extranjero o lo que se le ofrece con el sello de extranjerismo, aunque sea falsificado. Los que así proceden son los más activos y eficientes gestores de la desnacionalización de la medicina peruana.

Conviene sí dividir a los profesionales, desde el punto de vista de los avisos en cuestión, en dos grupos: — en el primero están comprendidos los médicos extranjeros o peruanos que han hecho sus

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

estudios fuera del Perú, y que ejercen entre nosotros previa revalidación legítima, es decir autorizada por la Facultad de Medicina, o ilegítima, otorgada por autoridad incompetente, que procede por defectuosa interpretación de los tratados internacionales vigentes. Estos no se apartan en lo menor del camino correcto, puesto que dicen la verdad y guardan el respeto debido a la nación, en cuyo nombre se les ha expedido el título correspondiente. Quizás si completarían su buen proceder, anunciando también que han revalidado su título en el Perú, ante la autoridad debidamente constituída; puesto que sin este requisito, es ilegal el ejercicio de la profesión médica, tanto aquí como en todos los países civilizados del mundo;— pertenecen al segundo grupo, los médicos que han hecho sus *estudios* en la Facultad de Medicina de Lima, y que después de un viaje de perfeccionamiento, de mucho o de ningún provecho, ofrecen sus servicios al público engalanándose con el pomposo y llamativo mérito de haber realizado *estudios* fuera del Perú. A este segundo grupo se refieren las consideraciones puntualizadas en los párrafos siguientes:

He dicho ya que los que así proceden son los más activos gestores de la descionalización de la medicina peruana, y voy a procurar probarlo:

La primera falta en que incurren es aseverar un hecho inexacto puesto que los *estudios* mediante los qué obtuvieron el título profesional los han efectuado en Lima, escuchando las lecciones de los maestros peruanos, asistiendo a las clínicas nacionales, aprendiendo en los laboratorios dirigidos por profesionales peruanos; y, en una palabra, nutriéndose con la ciencia médica enseñada, con la palabra y con el ejemplo, por los profesores nacionales en el aula, en los laboratorios, en los hospitales, &.&. La medicina autóctona, la que les sirve y les servirá para el ejercicio concienzudo y provechoso de la profesión la han aprendido en Lima, en donde se les ha instruído sobre las peculiaridades de la patología nacional, sobre las características de nuestro clima, con sus grandes variaciones de una a otra región de nuestro extenso territorio, sobre los grandes recursos terapéuticos que hay en la flora y en la fauna peruanas, &. &. Cuando han terminado sus *estudios en Lima*, bien completos, desde luego — como lo probaré más adelante, y si tienen voluntad para ello —, los que hacen viaje de perfeccionamiento, a donde quieran que vayan, no van a adquirir conocimientos para ellos desconocidos, sino únicamente a rectificar y reafirmar lo ya aprendido en Lima; pues si no fuera así, de nada les serviría escuchar las mas elocuentes lecciones de los más eminentes maestros del mundo puesto que los unos, los oyentes no podrían aprovechar, ni siquiera comprender, ni los otros los docentes cosechar si el terreno no estuviera ya preparado y, hasta, sembrado con muy buena semilla. Los estudios básicos, los fundamentales, que orientan y perfilan la personalidad científica y moral del profesional, los han hecho en Lima. En Europa, en la Gran República del Norte &., han podido aprender algo más porque allá fueron convenientemente preparados; y, tan cierto es esto, que los deficientes, por inactivos o por carencia de dotes intelectua-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

les regresan del extranjero en la misma condición en que salieron de Lima. Sean pues, veraces, anuncien que han estudiado algo en el extranjero, pero tengan la hombría de bien se anunciar al mismo tiempo que han obtenido previamente su título profesional en Lima.

Otra responsabilidad gravitan sobre los facultativos que motivan estas consideraciones, contribuir a arraigar en el ánimo del vulgo — y no tengo inconveniente en declarar que tratándose de asuntos médicos, todo el mundo es vulgo, inclusive algunos charlatanes diplomados — arraigar digo el prejuicio de que sólo los médicos extranjeros son los sabios, son los competentes, son los caritativos, son el *non plus ultra* de la profesión; y, que los médicos peruanos, cuál más, cuál menos, somos una nulidad porque nunca podemos ponernos a nivel de los facultativos extranjeros. Quiere decir que acuden a un medio que conduce al desprestigio del cuerpo médico nacional; que significa una competencia desleal para los profesionales que no han podido o no han querido salir del país, pero que cumplen con los preceptos de la deontología médica; y, que en último término repercute muy hondamente en la respetabilidad y el buen crédito de nuestra primera institución docente, la Facultad de Medicina, una vez que los que así proceden declaran implícitamente que no han obtenido provecho alguno de las enseñanzas allí recibidas. No niego que hay y ha habido algunos individuos que, no obstante de obtener su título profesional, abandonan las aulas de la Escuela desconociendo en absoluto los más triviales fundamentos de la ciencia médica; pero esta ignorancia — cuya génesis me abstengo de analizar en este momento, porque aquello me llevaría muy lejos — en modo alguno puede atribuirse a deficiencia en los métodos de enseñanza o a incompetencia de todos los profesores de la Facultad de Medicina.

No señores, este absurdo no puede sostenerse, pues la Facultad de Medicina ha sido siempre, desde 1856 en que la fundaron los eminentes Cayetano Heredia y Jose Casimiro Ulloa, y continúa siéndolo una institución modelo, en la que los señores decanos eficazmente secundados por una respetable mayoría de selectos maestros, han procurado y lo han conseguido, que la enseñanza se mantenga a la par de el incesante y vertiginoso progreso de la ciencia médica. No pretendo en modo alguno aseverar que todos los que han actuado como catedráticos en la Facultad, han sido grandes lumbreras científicas o eminencias pedagógicas; no, ha habido de todo, como es natural y como sucede en todas las universidades del mundo, en que juntos con verdaderas competencias hay indiscutibles mediocridades y hasta uno que otro verdadero fracasado; pero lo que sí ha informado siempre la labor docente de una respetable mayoría de los maestros de San Fernando, ha sido esforzarse para que los alumnos hayan egresado de la Escuela perfectamente capacitados, en ciencia y en moralidad, para ejercer con provecho la medicina al día siguiente de haber recibido su título profesional.

Entre nosotros no se ha necesitado del *post graduado* ni del internado después de la obtención del diploma, como es de práctica

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

en casi todas las facultades médicas del extranjero, para colocar a los noveles facultativos en condiciones de poder abordar de lleno todas las dificultades del ejercicio diario, pues siempre han egresado con conocimientos bastantes para desempeñar tal labor con bastante corrección, hasta el punto de codearse con sus maestros en las consultas y manifestarse como sus dignos discípulos. Esto se ha obtenido, porque siempre ha predominado en la enseñanza el criterio pedagógico de las excelencias del aprendizaje práctico, realizado de preferencia en los hospitales mediante la observación diaria de los enfermos. Para conseguirlo los estudiantes de nuestra Escuela, hemos concurrido a la visita en el hospital desde el primer día de la apertura de los cursos, lo que nos ha permitido observar *de visu* la marcha de las enfermedades y adquirir paulatinamente conocimientos de gran valer; pues así como para el aprendizaje de la anatomía, como lo decía mi sabio maestro Celso BAMBAREN, no hay mejor libro que el cadáver, de igual modo para el aprendizaje de la patología no hay ni puede haber libro más excelente que el enfermo Refiriéndome a este asunto, me parece oportuno trascribir lo que dije en 1909, en la lección inaugural del curso de Clínica Médica:

« Y a este respecto vale la pena hacer resaltar un hecho por « demás significativo. Los maestros franceses consideran como un « gran paso dado en el mejoramiento de la enseñanza médica en « Francia el haberse dispuesto, en el novísimo decreto expedido por « el presidente de la República el 11 de enero del año en curso « (1909), que reorganiza los estudios médicos, el que los estudian- « tes de medicina concurran a los hospitales desde el primer año de « su ingreso a la Facultad. Recién al terminarse la primera década « del siglo XX, se pone en práctica en la culta Francia una medida « adoptada en nuestra Escuela desde los remotos tiempos del Cole- « gio de la Independencia, desde la época de Solari, Heredia, « Dounglas, Aranda, Lorente, Faustos, Ríos &. &., mucho antes « de que se estableciera la actual Facultad de Medicina. Y esta « circunstancia, baladí a primera vista, ha sido y es de grandísi- « mo provecho para la juventud estudiosa; porque el alumno en « Lima se acostumbra a ver enfermos y a observarlos desde el día « de su incorporación en la falange estudiantil, y paulatinamen- « te, diríase sin darse cuenta de ello, va acumulando en su men- « te un gran caudal de conocimientos que utiliza conveniente- « mente en los postreros años de la vida escolar, cuando cursa « las variadas ramas de la patología y hace su práctica hospi- « talaria. Esto, unido al tiempo que dura el aprendizaje, mayor « que en otras escuelas médicas, permite a los alumnos de San Fer- « nando ejercer correctamente la profesión al día siguiente de la « obtención de su diploma ».

Se me dirá que más de uno de nuestros especialistas han necesitado, para perfeccionarse como tales, adquirir los conocimientos indispensables en otros centros, en donde ejercen las verdaderas notabilidades en la materia, y que es innegable que en tal coyuntura han verificado estudios en Europa o en otras naciones de este continente. Pero el argumento no tiene mucha solidez, puesto que —aún prescindiendo de que no han faltado, ni dejan de haberlos en la ac-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tualidad, especialistas peruanos, y muy encumbrados, que se han formado únicamente en el Perú, — un médico dado no puede convertirse en buen especialista si no posee a conciencia y con corrección y amplitud todos los conocimientos de la medicina general; pues es imposible alcanzar perfección en una parte si se desconoce la estructura y composición del todo: conocimiento éste, que sólo se adquiere después de algunos años de continuada y bien orientada práctica. Anunciarse como especialista — háyase estudiado en el Perú o en el extranjero — a raiz de obtenido el diploma facultativo, es hacer obra de charlatanería profesional.

Y como corroboración de lo dicho en los párrafos anteriores, anotaré el hecho muy significativo de que Cayetano Heredia, Miguel E. de los Ríos, Leonardo Villar, Aurelio León, Manuel A. Olaechea, Ignacio Acuña, Julio Becerra, Juan C. Castillo, y muchos otros, no necesitaron salir del Perú para pertenecer al selecto grupo de nuestras eminencias médicas; — que Ricardo Flores muchos años después de su regreso de Europa, realizó en Lima muy serias y provechosas investigaciones en bacteriología, estudios que lo capacitaron para dictar un curso libre de esta materia en la Facultad de Medicina, mucho antes de que se creara la asignatura oficial, y para intervenir a establecer el diagnóstico bacteriológico del primer caso de tuberculosis quirúrgica que se estudió en el Perú con sujeción a las normas de la ciencia de los infinitamente pequeños; — que David Matto, cuando fué a Europa para perfeccionarse en la bacteriología — para cuya cátedra se le nombró profesor titular antes del viaje — ya había desempeñado con lucimiento la comisión que le dió el Gobierno de estudiar el cólera asiático que grasó en Chile en 1887, y expuesto con harta competencia ante la Sociedad Médica «Unión Fernandina» todo lo referente a la biología del bacilo virgula, que nos enseñó en gota colgante en el campo del microscopio: que Nestor Corpancho y Constantino Carvallo, resolvieron ír en busca de mayores luces al viejo mundo, después de haberse iniciado en la práctica de la ginecología en los hospitales y en las clínicas de Lima, en donde verificaron los correspondientes estudios, diríase preliminares; — y, que no son tan pocos los actuales prestigiosos y talentosos prácticos, que sólo se han instruido, educado y perfeccionado en el Perú, poniendo a contribución su amor al estudio, sus relevantes dotes intelectuales su afán incesante de investigación y su gran espíritu nacionalista. De mí se decir, que tengo orgullo en declarar que lo que se — tanto de medicina general como de medicina legal y disciplinas conexas — lo he aprendido en Lima, y que si algo valgo se lo debo a la buena voluntad y competencia de mis maestros, que en el aula y en el hospital me enseñaron con devoción y con cariño, como se cultiva la ciencia y como se ejerce el sagrado sacerdocio de la medicina. Con la más efusiva gratitud ofrendo un sentido recuerdo a mis maestros de práctica Tomás Salazar, Aurelio León, José C. Ulloa, Federico Dodero, Enrique C. Basadre, Ricardo Moloche, Joaquín Andueza, Néstor Corpancho y Ramón Morales.

Se contribuye también a estabilizar sobre sólidos cimientos la nacionalización de nuestra medicina autóctona, colaborando en la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

prensa profesional, en cuyas columnas deben publicarse todos los resultados de las investigaciones y de las observaciones realizadas, sea en los laboratorios, en las clínicas o en la práctica civil. Todo lo que acaece en el ejercicio profesional, en sus múltiples actividades, es digno de la publicidad porque en cada caso práctico se encierra una lección objetiva de gran valer; y, también porque de la reunión de estos aportes, cualesquiera que sean su novedad y su trascendencia, resulta a la larga la formación de un todo armónico y magestuoso, el edificio de la medicina nacional. Colaboradores de la prensa médica deben ser todos los profesionales de la medicina, pues todos pueden y tienen obligación moral de participar en la gran obra de cultura nacionalista que cumple la prensa en general, y la prensa médica para este caso particular. Eso sí, en la redacción de los correspondientes artículos, siempre debemos tener presente el sugestivo lema de la antigua Sociedad Médica de Limà: — «Verdad en la ciencia, moralidad en el arte».

Finalmente, la Facultad de Medicina puede también acordar, entre los eficaces procederes pedagógicos con que labora por el lustre de la medicina nacional y por su perenne nacionalización, el que las tesis para el grado de doctor, se refieran precisamente a estudios originales sobre temas de la medicina actóctona. Es lo menos que se puede exigir al que aspira a que se le declare *Docto*.

Solidaridad y fraternidad entre los miembros del cuerpo profesional.—Respecto a la propiedad de los colegas: literaria y de los cargos rentados.—Innecesario me parece recordar que estas cuestiones, y otras similares, están comprendidas en el capítulo de la de ontología médica que trata de los deberes que tenemos los profesionales de la medicina para con todos los incorporados en el gremio médico: deberes cuya finalidad es no sólo mantener el respeto y la consideración reoíproca entre todos los asociados sino también la cooperación de todas las voluntades y de todas las energías para emplearlas en la defensa contra la competencia desleal, contra el charlatanismo, contra la ingratitud y hasta, contra la malevolencia de los necios o malvados que, olvidando lo que es y lo que significa la altruista labor del facultativo, procuran desprestigiar y vilipendiar a la profesión y a los que la ejercen. Por muy importantes que sean los tópicos a que estos deberes se refieren, mutualidad, obras de beneficencia, sindicalismo, seguro contra accidentes, invalidez, vejez, &., &.—no me es posible abordarlos en este momento, ya que la resolución de estos problemas no ejerce influencia alguna en la nacionalización de la medicina: no son problemas de órden local sino de radio mundial: afectan por igual a los profesionales de todos los países; y, como quiera que mi actuación, hoy por hoy, tiene que mantenerse en los límites del tema señalado por la Comisión Organizadora, voy a ocuparme únicamente de dos cuestiones que sí contribuyen a mantener y reforzar la nacionalización de nuestra medicina, a saber: — el respeto que debemos tener a la propiedad literaria de nuestros colegas, y a la propiedad de los cargos rentados que desempeñan.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

a)—Las publicaciones científicas—en el libro, en el folleto, en la prensa—que exteriorizan el resultado de las observaciones y de las investigaciones de los cultores del saber, constituyen una propiedad inalienable, amparada por las leyes y por la moral—de la que nadie puede apropiarse, ni en todo ni en parte, sin hacerse reo de un delito previsto y penado por el código, y, lo que es más serio, sin incurrir en gravísima falta infringiendo las normas que rigen la conducta de los hombres honestos en la convivencia social

En la medicina, al igual que en las otras ciencias que constituyen el grandioso acervo de los conocimientos humanos, mediante esta publicidad se contribuye al adelanto de la ciencia, se difunden por todos los ámbitos del planeta los descubrimientos realizados, se favorece y se estimula la labor de los que se dedican a idéntico género de investigaciones, se perfila la personalidad científica de los que, dotados de intelecto privilegiado, logran colocarse en posición espectable, en la primera fila, entre los obreros del saber; y, lo que es de mayor valer para la tesis que sostengo, se va paulatinamente acumulando el aporte de los más laboriosos, de los mejor capacitados, aporte con el que se ha de constituir, paulatina pero sólidamente, la medicina autóctona. En esa grandiosa obra, la de hacer medicina nacionalista—en la que figuran, como he tenido oportunidad de mencionarlo, muy encumbradas personalidades profesionales— la parte que corresponde a la publicidad es factor de capital importancia; y por lo tanto es muy natural que los que se esfuerzan para colaborar en tan magna empresa, dedicándole sus mejores energías, procuren mantener incólume su derecho a tan sagrada propiedad; que no sólo representa el resultado de su meritoria labor, sino la parte que le corresponde en la creación y engrandecimienro de la medicina patria.

Atentar, pues, contra esa propiedad es—prescindiendo de toda otra consideración—poner una valla a la nacionalización de la medicina; porque es muy lógico que el que se encuentra así lesionado, reclame, rectifique, defienda la originalidad o la propiedad de sus trabajos: incidentes estos que repercuten en desmedro de la respetabilidad de los que en ellos intervienen y desprestigio de la profesión, empañando el brillo de la medicina autóctona.

Tres faltas pueden cometer los médicos contra la propiedad literaria de sus colegas, las que califico así;—cuando se escribe y se publica un trabajo sobre un tema científico, no citar en la bibliografía correspondiente los estudios publicados sobre el mismo tópico, es cometer un atentado contra la verdad histórica;—hacer la cita incompleta, o desnaturalizando la letra o el espíritu del trabajo ya publicado, es cometer una infidencia para con el colega así lesionado;—y, aprovechar de la producción agena, sin nombrar a su autor, es cometer una piratería científica.

b)—Es un hecho por demás sabido que el ejercicio de la profesión médica se ha transformado sustancialmente de los tiempos pretéritos a los actuales. Antaño, la medicina era casi exclusivamente individual; ogaño, actúa con tanta eficacia y frecuencia en el restringido campo de la asistencia individual, como en el amplio

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

y siempre novedoso del tratamiento de los males que afligen al organismo social; con el aditamento de que las conquistas de la medicina pública ejercen muy favorable influencia en la salud de cada uno de los componentes del agregado social, lo que nada tiene que extrañar ya que todas las ramas de las ciencias médicas—entre las que la medicina pública es una de las de más trascendental importancia—cumplen idéntica finalidad: propender al bienestar del hombre y a la conservación de su salud.

Este notable ensanche en el radio de acción de la medicina y su incesante progreso que ha ido hasta conmover por su base los fundamentos de la ciencia, cuyas tesis sustentadas por los más excelsos cultores, por los más competentes investigadores, se suceden unas a otras con vertiginosa rapidez y con duración por demás efímera; este incontestable alud en las aplicaciones de la medicina a todas las actividades del hombre, ha creado las especialidades y los especialistas que las ejercen; ya que, hoy por hoy, es imposible que un hombre llegue a poder dedicar sus energías por igual a todas las ramas de la medicina.

La intervención de los médicos en las actividades de la medicina pública, ha traído como consecuencia obligada la formación del grupo de los *funcionarios médicos*, que participan en las labores de las dependencias administrativas, sanitarias, judiciales, comunales, de asistencia social, &., &., como empleados técnicos a los que incumbe el estudio y la resolución de múltiples cuestiones de índole profesional, que sólo pueden solucionarse por los diplomados que para adquirir la preparación indispensable, necesitan verificar estudios *ad hoc*, además de los conocimientos de medicina general que deben previamente poseer a perfección. Así se han formado los médicos higienistas, los médicos sanitarios, los médicos legistas, los medicos demógrafos, los médicos militares y varios otros grupos cuyos miembros constituyen poderosos y eficaces auxiliares de la administración pública.

Para desempeñar estos cargos—y en general todos aquellos que deben ser servidos por los profesionales de la medicina—se requiere, además de las condiciones personales de moralidad exigibles para el ejercicio de la medicina en general, preparación especial que, si bien es cierto que en otros países se verifica en institutos especialmente montados para cumplir con tan importante misión —institutos cuya organización data de poco tiempo en el Perú, en que sí aún no existen todos los necesarios no es por falta de iniciativa de los que se dedican a éstas disciplinas, sino por otras causas que intencionalmente me abstengo de indicar—, entre nosotros se ha llegado a obtener mediante el establecimiento de algunas dependencias administrativas y el esfuerzo personal de los que hemos trabajado para orientarnos en tal sentido.

Estos cargos en el ejercicio de la medicina pública, rentados como lo son los de todos los empleados de la nación, constituyen una indiscutible propiedad de los que han llegado a obtenerlos, mediante sus conocimientos especiales, su competencia y su laboriosidad; y, la permanencia del facultativo en el puesto que desempeña, significa por una parte una buena contribución a la marcha or-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

denada de todo el complicado mecanismo de la máquina adminsistrativa, y por otra la subsistencia del profesional que le dedica toda su actividad, todas sus energías: es el interés del capital empleado para obtener el diploma facultativo. Despojar, pues, a un médico de un cargo rentado que ha logrado conseguir merced a sus relevantes dotes personales, valiéndose de procederes reñidos con la moral y la justicia, es cometer un atentado contra la propiedad del damnificado y contra la estabilidad de las instituciones, para cuya buena marcha es de imprescindible necesidad el concurso de los conocimientos técnicos del destituído; y, en lo que a la medicina se refiere, es obstaculizar las investigaciones que engrandecen el prestigio de la medicina nacional, dentro y fuera del país. Algún daño se ha hecho ya a la medicina patria con este censurable proceder.

Y ahora bien, ¿que calificativo merece la conducta del facultativo que no sólo se presta a servir de dócil instrumento para reemplazar a un colega a quien una autoridad ignorante, inconsciente o mal intencionada destituye del cargo que ha desempeñado con toda corrección, sino que él mismo usufructúa de sus influencias personales o de la política para subrogarlo, careciendo de los conocimientos indispensables para actuar en lugar del despojado, cuya competencia para el cargo es harto reconocida, impulsado únicamente por su pretensión, su desmedida ambición o su sed de lucro?: dejo la respuesta correspondiente, a la conciencia de los que han incurrido en tan grave infracción de los preceptos de la deontología profesional, limitándome a hacer presente que no hay diferencia álguna entre penetrar al domicilio de un colega y apropiarse de los objetos allí existentes, y arrebatarle el empleo con que gana honradamente su subsistencia, pues ambos hechos son delitos contra el patrimonio y como tal punibles; incurriendo en responsabilidad legal por el daño realizado, tanto el favorecido con el empleo como los que han actuado como coautores del delito, sean autoridades o particulares. Ojalá que estas ligeras reflexiones influyan en el ánimo de los que se sienten inclinados a pretender la destitución injustificada de un colega, para reemplazarlo en el cargo rentado que desempeña sabiendo que tal hecho constituye una usurpación de la propiedad agena.

Pero para el asunto que motiva estas consideraciones, no basta con la propiedad del cargo, es indispensable también que exista la inamovilidad; pues como fácilmente se comprende a medida que se prolonga la permanencia de un facultativo en un puesto técnico, va acrecentándose el caudal de sus conocimientos, cada día adquiere mayor experiencia y, como tal, sus producciones científicas se perfeccionan más y más. Véase lo que ha sucedido con los médicos titulares, empleados que no obstante la importancia y multiplicidad de sus funciones nunca han contado con la segura permanencia en el puesto, pues han sido siempre las víctimas propiciatorias de las rencillas lugareñas o de la desmedida fatuidad de los políticos; habiendo llegado lo inconcebible hasta el extremo de que hubo una época en que se trasladaba a los médicos titulares de una provincia a otra—de Sullana a Huancané, pongo por caso—cual si fueran

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

militares y sin motivo justificado: acuerdo inconcebible, porque si el empleado era bueno no había porque alejarlo del lugar en que cumplía con su deber, y si era malo, lo que procedía era la destitución y no la traslación. Y sin embargo los médicos titulares son los modestos y eficientes obreros de la nacionalización de la medicina, pues mediante la paciente y no interrumpida observación diaria, llegar a acumular datos de excepcional valer sobre las características de los procesos morbosos en cada provincia, sean o no propios de la localidad, sobre la utilización de los recursos terapéuticos que en cada una de ellas existen, &.,&.,. Si se hubiera respetado siempre la inamovilidad de estos empleados, hace mucho tiempo que tendríamos una completa geografía médica peruana, confeccionada con las indicaciones consignadas en sus memorias anuales; en las que he tenido oportunidad de encontrar, en las publicadas en el Registro de Fomento, muy valioso y muy aprovechable material para esta obra.

Felizmente ya se vislumbra el remedio para las anomalías señaladas, pues son ya algunos los cargos técnicos de los profesionales médicos que disfrutan de la propiedad: los puestos subalternos en la Facultad de Medicina, los de los médicos militares y navales, todos los cargos en la actualidad dependientes de la dirección de salubridad. &.; pero urge que la propiedad se haga extensiva para todos, o lo que sería más conveniente y más conforme con la justicia, que todos los cargos desempeñados por los profesionales de la medicina se provean por concurso, sea por las pruebas correspondientes o por la apreciación de las obras realizadas y de los méritos contraídos por los solicitantes. Que los médicos y demás profesionales de la medicina que dedican su actividad a las árduas y fatigosas labores de la administración pública, gocen de idénticos derechos y sean tratados con las mismas consideraciones que los demás servidores de la Nación.

6. — *Estricto cumplimiento de los preceptos del Código de Moral médica aprobado por el Círculo Médico Peruano.*—Cuando se fundó el Círculo Médico Peruano, en 1922, la Junta Directiva que organizaba la instalación del Círculo, se preocupó, con buen criterio, de formular los preceptos deontológicos que debían normalizar la marcha de la institución y la conducta de sus asociados, a fin de que fueran conocidos y consentidos antes de que entrara en funciones el nuevo organismo. Al efecto se encomendó a una Comisión integrada por los Dres. Miguel A. Morante, Prof. Hermilio Valdizán, José M. Ramos Ocampo y Prof. Ricardo Palma, para que estudiára el punto y propusiera lo que fuera más conveniente para alcanzar el fin indicado. La Comisión presentó su informe con fecha 19 de agosto de 1922, recomendando la fórmula para el compromiso que debían firmar todos los socios del Círculo, y proponiendo que, para la reglamentación de las obligaciones de los asociados, se adoptara el Código Deontológico aprobado por el Congreso Médico de Colombia de 1919. Ese informe de la Comisión fué aclamado en una solemne asamblea que se reunió en setiembre del mismo año; y, desde entonces tanto el Compromiso como las disposiciones del

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Código constituyen, diríase, el decálogo de la profesión média en el Perú.

Es tan serio el compromiso, está redactado tan en conformidad con las máximas de la moral universal, que en último término son las que informan los preceptos de la moral médica, que creo oportuno reproducirlo a continuación, a fin de que sea de todos conocido y pueda apreciarse cuán puros fueron los ideales que animaron a los fundadores de esa institución. Dice así:

« Yo, el infrascrito ME COMPROMETO bajo palabra de honor y « por mi fé de caballero, como condición para pertenecer al Círculo « Médico Peruano, a vivir en estricta armonía con todos sus prin- « cipios, declaraciones y reglas ».

« ME COMPROMETO a ejercer la medicina con toda lealtad y a « colocar el bienestar de mis enfermos por encima de todos; a velar « escrupulosamente por los intereses de mis compañeros de profe- « sión y, en mis dudas, a pedirles consejo; a prestar a mis colegas « la ayuda que necesiten y a impedir, a todo trance, se desacrediten».

« ME COMPROMETO, cuando la solidaridad profesional lo exija, « a no prestar mis servicios a la entidad pública o privada, a la cual « el Círculo le niegue o le suspenda la colaboración facultativa ».

« ME COMPROMETO a evitar los pecados del egoísmo, a evitar « la publicidad innecesaria, el comercialismo y la adquisición des- « honesta de honorarios; a rehusar enérgicamente toda transación « secreta de dinero con mis colegas; a enseñar al paciente sus debe- « res financieros para con el médico y a hacer que el honorario guar- « de relación con el servicio prestado y la situación del cliente ».

« ME COMPROMETO a combatir el charlatanismo en todas sus « formas y a impedir por cuantos medios estén a mi alcance, el ejer- « cicio ilegal de la medicina y no violar por ningún motivo, el se- « creto profesional».

«Finalmente, ME COMPROMETO a hacer cuanto me sea posible « por acrecentar el prestigio y la influencia del Círculo Médico Pe- « ruano ».

Cuanto al Código de Moral Médica, lo considero tan conforme con las enseñanzas de la deontología profesional, que en los últimos años de mi actuación como catedrático de Medicina Legal, mis lecciones sobre la deontología en el ejercicio profesional las reemplazé con el comentario que hacía de cada uno de los artículos de ese Código: pues pensaba, como sigo pensando, que nada es más conveniente para los futuros médicos que conocer a fondo la letra y el espíritu de esa legislación privativa. Algo más diré al respecto: en el VI Congreso Médico Latino Americano que sesionó en la Habana, en noviembre de 1922, el Prof. Emilio Ochoa, delegado de Venezuela, solicitó, y su solicitud fué atendida, que el Congreso recomendara a las naciones representadas en esa asamblea, la adopción del Código de Moral Médica presentado a nombre y por encargo de la Academia de Medicina de Caracas; y, que hay plena conformidad entre ambos códigos, el colombiano y el venezolano.

Desgraciadamente no se ha hecho, ni por la institución ni por los profesionales, cuanto hubiera sido de desear para conducir por buenos rumbos la conducta de todos los que ejercemos la profesión

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

en el Perú; pues el Compromiso no lo han firmado sino unos cuantos; los preceptos del Código se han infringido a diario; y, el Círculo no ha ejercitado las correspondientes sanciones con los infractores de los estatutos fundamentales de la corporación. Ya en 1925, en la sesión celebrada por la Academia Nacional de Medicina el 10 de noviembre, al reseñar las labores de la corporación, en mi carácter de secretario perpétuo, me expresé así:—

« Se ha fundado una nueva sociedad médica, el Círculo Médico Peruano, con una cuádruple finalidad, científica, social, deontológica y filantrópica. Hasta hoy se ha ejercitado, muy bien, con evidente provecho y con el aplauso de todas sus actividades científicas y sociales. En la tribuna del Círculo se han sustentado por competentes y eruditos profesionales, muy interesantes y novedosas conferencias. Tiempo es ya de que entre de lleno a cumplir con su misión deontológica, y también que se preocupe del sindicalismo médico, cuya organización interesa por demás a todo el gremio ».

Creo firmemente, que si todos los profesionales cumplieran concienzudamente con lo dispuesto en el articulado del Código de Moral Médica, estaríamos mejor armados de lo que estamos en la actualidad para defendernos de las asechanzas que por todas partes nos rodean, y contribuiríamos a evitar la desnacionalización de la Medicina peruana.

7.—*El papel del Estado en la nacionalización de la medicina.*—A los poderes del Estado y a todas las autoridades constituídas les corresponde tambien rol preponderante en la nacionalización de la medicina. No he de detenerme mucho-alargando innecesariamente esta disertación y repitiendo postulados de antaño universalmente conocidos—en hacer resaltar cuán inmensos son los beneficios que la humanidad reporta del progreso y del concienzudo ejercicio de la medicina, y cuán obligados están los individuos y las colectividades, cualesquiera que sea su jerarquía, a contribuir por todos los medios a su alcance a la estabilidad y conveniente organización de las corporaciones técnicas, docentes y científicas, y al mayor bienestar de los que dedican su actividad al cultivo de la más excelsa de las ciencias y al ejercicio de la más noble de las profesiones. Para el objeto que me propongo, es suficiente que sintetice lo que pueden y deben hacer los personeros de los poderes de la nación para coadyuvar al progreso y al encumbramiento de la medicina autóctona.

a)—Suministrar a la Facultad de Medicina todos los recursos, pecuniarios y otros, indispensables para que pueda cumplir su elevada misión— formar a los profesionales médicos — con la amplitud y eficiencia que la sociedad tiene derecho de exigirle; pues no obstante de que nuestra prestigiosa corporación docente ha funcionado y funciona con toda normalidad, amoldándose los procedimientos pedagógicos que emplea a las modernas orientaciones de al ciencia, y esforzándose por impulsar las investigaciones que han

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de traducirse en la mejor solución de muchos problemas de nuestra patología autóctona; es lo cierto que su situación económica dista mucho de ser holgada, lo que la obliga, entre otras deficiencias, a retribuir la labor docente de maestros y auxiliares con sueldos por demás mezquinos. Veinte libras mensuales, que es el haber que se abona a las catedráticos de la Facultad, es un haber no sólo ridículo sino vergonzoso: veinte libras gana un maestro por disipar las tinieblas de la ignorancia, y es casi esa misma cantidad la que paga a su chofer por los servicios materiales que le presta. Y con todo, el cuerpo docente de la Facultad, casi en su totalidad, cumple su deber con abnegación por demás encomiable, no obstante las deficiencias apuntadas, difundiendo la ciencia e inculcando la moralidad en el cerebro y en el corazón de sus jóvenes discípulos, y hasta sacrificando a las veces los provechos que podía obtener del austero ejercicio de su profesión.

El dia que los catedráticos de la Facultad de Medicina gocen de buena situación económica, es decir cuando disfruten de renta que les permita subvenir decorosamente a sus necesidades y dedicar únicamente toda su actividad a la labor docente, entonces el acervo de la medicina pátria se enriquecerá de modo asombroso, porque se utilizarán para la investigación científica las energías que hoy se encaminan por otros rumbos.

b)— Idénticas consideraciones pueden hacerse respecto a la Academia Nacional de Medicina, que no obstante de ser corporación oficial y cuerpo consultivo de los poderes públicos, sólo recibe del tesoro fiscal, como subvención para su sostenimiento, la módica suma de diez libras mensuales. Huelgan los comentarios al respecto, máxime cuando lo mismo acontece con las otras asociaciones médicas: todas ellas esperan el santo advenimiento de la proteción oficial, que con tanta prodigalidad se dispensa a otras instituciones técnicas oficiales y particulares. Este Congreso labora sin haber merecido el más insignificante óbolo del dinero de los contribuyentes.

Cuando todas las asociaciones médicas hoy existentes, cuenten con recursos suficientes para cumplir con los fines de su institución, entonces colaborarán con más eficacia que en el momento actual a la nacionalización de la medicina: harán mucho más de lo que hacen hoy con tanto provecho y mejor buena voluntad.

c)— Precisa que se promulgue cuanto antes la legislación especial para el ejercicio de las profesiones médicas que hoy en verdad no existe. Hace un año, en esta tribuna, al ofrendar a la Semana Médica de la Academia Nacional de Medicina mi contribución sobre *El ejercicio de la medicina en el Perú*, tuve oportunidad de ocuparme de este tópico de vital importancia para la profesión médica, desde cualquier punto de vista que se le comtemple; y, como quiera que la situación actual es idéntica a la que existía en 1926, nada me parece más conveniente para reforzar la tesis que sostengo, que reproducir algunos párrafos de esa comunicación que comenzaba así:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

« El ejercicio de la profesión médica en el Perú atraviesa, en « los momentos actuales, por un gravísimo periodo de crisis; no « hay autoridad alguna, en el pleno de sus funciones, que la vigile; « y efectuándose, como se efectúa, sin control alguno, tal anomalía « ocasiona serios inconvenientes en la práctica diaria y algo más « que apreciables desmedro para la dignidad profesional. »

« Algunas reminiscencias históricas sobre tan trascendental « cuestión de medicina social, ilustrarán el punto, y me permitirán « llevar al ánimo de Uds. el convencimiento de que nunca ha exis- « tido en el Perú, una reglamentación al respecto correctamente « inspirada y enérgicamente cumplida, capaz de cautelar los valio- « sos intereses de la humanidad doliente y, al mismo tiempo, dete- « ner los incesantes e insolentes avances del charlatanismo docto « e indocto, más peligroso el primero que el segundo.».

Despues de reseñar todo lo acaecido con la reglamentación del ejercicio profesional, desde los remotos tiempos del establecimiento del protomedicato hasta el fracaso de la Comisión Inspectora del Ejercicio de la Profesión Médica y de la Obstetricia, creada por suprema resolución de 6 de Abril de 1923, cuyas atribuciones se detallaron en el Reglamento expedido en 10 de Agosto de 1923, emití los siguientes conceptos:

« Hoy por hoy no existe autoridad alguna que vigile el ejer- « cicio de la medicina y de la obstetricia; la Facultad de Medi- « cina ha terminado con su mandato al respecto — no obstante « que no ha habido correcta derogación de la ley de 28 de noviem- « bre de 1888 — porque el gobierno ha ordenado que es la Dire- « cción de Salubridad la entidad a quien corresponde la supervi- « gilancia del ejercicio de la medicina y de la obstetricia; y la Di- « rección de Salubridad tampoco puede hacer cumplir el reglamento « respectivo, porque le falta el organismo que norma sus relaciones « con los profesionales médicos y obstétricos, la Comisión Inspec- « tora, que virtualmente ya no tiene vida. Estamos en el caos, sin « ley alguna protectora de nuestra derechos, sin tener como defen- « dernos de las asechanzas del charlatanismo y sin que nos sea fac- « tible extirpar a los malos elementos que atentan contra nuestra « nobilísima profesión».

« Esta situación no puede prolongarse mucho tiempo; urge « que el congreso y el gobierno se preocupen seriamente del asunto, « que no olviden que están obligados a laborar por la conservación « y mejoramiento de la salud pública; y que para alcanzar tal obje- « tivo, son factores de capital importancia: la competente instruc- « ción y esmerada educación de los futuros prácticos; otorgar « eficaces y tangibles garantías a los profesionales egresados de los « centros oficiales de la docencia médica; y, vigilar el ejercicio le- « gal de la medicina, persiguiendo con energía su ejercicio ilegal. « El ejercicio de las profesiones médicas no es ni puede ser libre. « Aquí y en todos los pueblos cultos, sólo tienen derechos a ejer- « cerlas los que prueban su competencia, adquiriendo el corres- « pondiente titulo, previo cumplimientos de todos los requisitos « prescritos por la ley. Esto es un axioma, como tal indiscutible « pues el cuidado de la salud individual—que precisamente se refle-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

« ja de modo bien ostensible en la salud pública—, el dón más pre-
« ciado de la vida, no puede dejarse entregado a las manos inex-
« pertas de la ignorancia y del empirismo »

« Procédase, pues, a derogar con la tramitación ritual la ley
« de 28 de noviembre de 1888, formulándose una nueva Ley de
« Ejercicio de las Profesiones Médicas; bien meditada, en la que se
" contemplen todas las exigencias de los tiempos presentes, y se
" detallen con toda claridad los derechos y las obligaciones recípro-
" cas de las autoridades y de los diplomados, en cuanto concierne al
" ejercicio profesional, concordando sus preceptos con los del novísi-
" simo Código Penal, en cuyo articulado se considera como delito,
" no sólo el ejercicio ilegal de las diferentes ramas de la medicina,
" sino la extralimitación en las funciones que confiere el título.
" Mientras se establezca el Ministerio de Higiene y &., o siquiera se
" promulgue la ley sanitaria, es natural que la supervigilancia del
" ejercicio de todas las profesiones médicas corresponda a la Direc-
" ción de Salubridad: la autoridad más encumbrada que actualmen-
" te existe en conexión con la salud pública".

En los párrafos siguientes expuse las bases fundamentales que, en mi concepto, debían orientar la nueva ley y la nueva reglamentación; y, en seguida me ocupé de las reformas que es urgente llevar a la práctica para amparar el derecho de los profesionales nacionales, emitiendo los siguientes conceptos:

«b).—Las necesidades siempre en aumento de la vida moderna, y las dificultades, también en crecimiento incesante que se presentan, hoy por hoy, para adquirir los medios materiales como satisfacerlas, el elevado costo del aprendizaje profesional, y el enorme desembolso que representa la adquisición del material, de todo género indispensable para la práctica diaria, influyen poderosamente para que sea por demás árdua y dispendioso el ejercicio de las profesiones médicas».

«Cierto que este ejercicio en el Perú está virtualmente amparado por la ley, que preceptúa de modo preciso y categórico, que "Nadie podrá ejercer ramo alguno de la profesión médica si no obtiene el diploma respectivo de la Facultad de Medicina de Lima"; pero también es cierto que en la práctica, la competencia desleal de los empíricos y de los charlatanes es muy poderosa: ya que se ejercita en todas las esferas sociales y en todas las localidades, grandes o pequeñas, del territorio nacional; que está ampliamente protegida por la indolencia de las autoridades, por la falta de hábito médico en muchos indivíduos del agregado social; y, alentada por la impunidad de que gozan estos delincuentes tanto por falta de imposición de las penas prescritas en el código, como por la no existencia de un organismo social que pueda hacer efectiva la vigilancia del ejercicio legal y la represión del ejercicio ilegal de la medicina».

«Pero no sólo es esta competencia, desleal como lo he dicho, la que obstaculiza el ejercicio de su profesión a los médicos peruanos; hay otra bien seria por cierto, la de los profesionales extranjeros que encontrando muy fácil y hasta poco dispendioso para algunos, su radicación entre nosotros, invaden nuestras poblaciones y restan los medios de subsistencia a los diplomados nacionales. Y que esta

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

competencia es un factor no despreciable para el gremio médico autóctono, lo prueba el que en algunas naciones sólo se permite el ejercicio de las profesiones médicas a los nacionales y a los extranjeros que han adopatado la nacionalidad del país en que residen. En Francia los extranjeros que hacen sus estudios y obtienen el título en las facultades de medicina, no pueden ejercer la profesión ni aún optando la nacionalidad francesa. Sólo un Albarrán pudo conseguir mayores franquicias. En Alemania únicamente pueden ejercer los extranjeros nacionalizados, y los que estudian en sus universidades necesitan tener cuatro años de residencia para conseguir el permiso correspondiente. En la República Argentina, la posesión de cargos públicos médicos, de cualquiera categoría, se reserva únicamente para los argentinos por nacimiento o por nacionalización. En la Gran República del Norte, los Estados de Texas, Arizona, Florida, Illinois, Indiana, Louisiana, Maryland, Michigan, Nebraska, New York, Oklahama y Pensilvania, han dispuesto que sólo se autorizará la incorporación de títulos extranjeros a aquellos médicos que hayan solicitado su naturalización como ciudadanos de los Estados Unidos. Aunque sé perfectamente que la ciencia no tiene patria y que sus excelsos cultores tienen derecho a que se les abra de par en par las puertas en todas las naciones civilizadas, como quiera que hay gran diferencia entre el ilustrado profesional de reputación mundial, de reconocido mérito, que trae el inapreciable contingente de su saber y su experiencia, y el práctico anónimo que sólo viene en demanda de la búsqueda monetaria, obstaculizando, como lo he dicho el trabajo honesto de los médicos nacionales; si es lógico y es correcto dar cuantas facilidades sea posible a los primeros, en su permanencia precaria o prolongada en nuestro medio, también hay derecho para exigir que en el Perú se restringa el ejercicio de las profesiones médicas sólo para los ciudadanos peruanos y para los extranjeros nacionalizados como tales. Recomiendo el estudio de este punto a los que han de ocuparse en la reforma de la legislación privativa del ejercicio de las profesiones médicas.»

«Pero hay algo más tratándose de la competencia de los médicos extranjeros que los coloca en situación ventajosa respecto de nosotros, los profesionales peruanos: la existencia de los tratados internacionales celebrados por el Perú con algunas naciones de América y con España, en cuyas estipulaciones se ha convenido en permitir reciprocamente el libre ejercicio de las profesiones liberales, sin el requisito de las respectivas pruebas de competencia, a los titulados de ambos países contratantes. El Perú, cuya política de franco americanismo se ha exteriorizado desde el primer momento de su incorporación en el rol de las naciones libres y que siempre ha extremado su liberalidad con todos los países americanos, celebró el primer tratado de ésta índole con Bolivia el 16 de noviembre de 1887, restringido únicamente a los abogados y médicos bolivianos y peruanos. Después se suscribieron otros, derivados algunos de ellos de la Convención de Montevideo; y posteriormente se pactó otro con España. Estos convenios diplomáticos no han producido beneficio alguno al Perú, pues no puede reputarse como beneficio el que algunos estudiantes, expatriados voluntariamente cuando el receso univer-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sitario, hayan podido terminar sus estudios en las facultades de medicina españolas, pues esos alumnos habrían podido matricularse en cualquiera otra facultad, rindiendo las correspondientes pruebas, pues tenían bastante preparación para ello. En cambio son mucho los médicos españoles que acuden al Perú atraídos por la facilidad de la revalidación, que hoy se efectúa con festinación y con infracción de las claras y terminantes estipulaciones del correspondiente tratado — con evidente competencia desleal, a decir verdad — Hay algo más todavía: se ha presentado el caso de haberse acojido a esta franquicia algunos extranjeros que han logrado obtener título en el Ecuador o en Bolivia, cuando la liberalidad se ha estipulado exclusivamente para los nacionales de cada país contratante; y, hasta ha habido profesional que desaprobado en los exámenes de nuestra facultad, se encaminó a uno de los países vecinos y regresó munido de un título que hubo de revalidarse por nuestras autoridades. El denuncio de todos estos tratados, se impone imperiosamente para salvaguardar los legítimos derechos de los profesionales peruanos; y, también me permito encarecer el estudio y resolución de este problema a los que han de dedicar su actividad a la reforma de la legislación privativa del ejercicio profesional».

Para terminar este capítulo quiero hacer una aclaración: cuando pido que se establezcan algunas restricciones para el ejercicio de la profesión por los extranjeros, no puedo pretender en modo alguno que se les elimine por completo de nuestro ambiente profesional; nó, no puedo ni remotamente tener tan necia y absurda pretensión; lo que deseo es que, al igual que a todos los profesionales peruanos, se trate a los médicos extranjeros en conformidad con su conducta y de acuerdo con sus méritos. Todos no pueden ser medidos con el mismo cartabón: para el profesional honesto, competente, ilustrado, respetuoso a nuestras leyes, a nuestras instituciones y a sus hombres, todas las consideraciones a que tienen legítimamente derecho, todas las facilidades compatibles con el severo cumplimiento de las leyes y reglamentos vigentes; son nuestros colegas, nuestros cooperadores en la grandiosa cruzada emprendida para combatir a los males que afligen a la humanidad, y cuanto se refiere a la ciencia pura es universal porque la ciencia no tiene patria;— pero para los aventureros, para los mercaderes de la profesión, para los que no tienen otro móvil que ganar dinero y más dinero, nuestro decidido y definitivo rechazo.

Nunca han faltado en el Perú muy distinguidos médicos extranjeros, que se han conducido con encomiable honorabilidad, dignificando el ejercicio profesional y participando fraternalmente con nosotros en todas nuestras alegrías y en todas nuestras contrariedades, y que han sido tratados con hidalguía, con toda amabilidad y a quienes no hemos trepidado en exteriorizar nuestro sincero reconocimiento. Los nombres de Manuel Solari, de Douglans, de Sebastián Lorente, de Evaristo D'Ornellas, de José Julian Bravo, de Antonio Raymondi, de José Eboli, de M. Arozemena Quesada, están extrechamente vinculados al progreso de nuestra docencia médica, y algunos de ellos han merecido los honores de que su efigie se perpetúe en esta urbe. Deusch, homeópata alemán, obtuvo su

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

título en la Facultad de Lima para poder ejercer legitimamente la homeopatía. Bertonelli, el caballero sin tacha, extremó su gentileza para con los compañeros de su tiempo. Espinar, fué de los primeros que practicaron la oftalmología, especialidad en la que más tarde descolló Mazzey formando verdadera escuela. Gaffron, a los dos meses de su llegada a Lima rindió, en español, las pruebas para la obtención de su diploma. Martín Bartells, acató la resolución de la Facultad que no estimó suficiente para eximirlo de las pruebas reglamentarias, su título de agregado de la Facultad de Strasrburgo. Azzali, incorporado legalmente a nuestro cuerpo médico, trabajó hasta convertirse en eximio cirujano. Agnoli laboró por la higiene de Lima. Tabusso, declinó el ofrecimiento que le hiciera la Soc. de Beneficencia Italiana para ocupar un puesto en el Hospedale Vittorio Emannuele, inter no obtuviera su título, para lo que rindió los exámenes correspondientes: hoy Tabusso es profesor titular de nuestra Facultad. Para todos estos ilustres varones nunca hemos escatimado nuestra simpatía ni nuestra más franca cordialidad. Pero los que se portan con indignidad, obteniendo la revalidación de su título esquivando la intervención de la Facultad, merced a la defectuosa interpretación de los términos de un convenio internacional; o negándose a rendir las pruebas de su suficiencia; los que acuden a los avisos luminosos y otros medios de publicidad condenados por la deontología médica; los que no vacilan en censurar injustificadamenmente la actuación de los profesionales peruanos, escarneciendo a la moral y hasta a la dignidad humana; los que, en una palabra, son los logreros de la profesión; esos, esos son extranjeros indeseables y tenemos legítimo derecho de desenmascararlos y tratarlos con poco afecto.

No se ha agotado el tema; es muy vasto y de extensas proyecciones para poderlo encuadrar en los estrechos límites de esta actuación. Pero con lo dicho, creo que he enunciado muchas de las causas que amenazan provocar la paulatina desnacionalización de la medicina peruana: grave peligro para nuestro prestigio profesional, que se ha preocupado en remediar la Comisión Organizadora de este Congreso. He expuesto con sinceridad y harta franqueza, cuál es la misión que nos corresponde, a los profesionales, en esta ruda campaña contra la ignorancia y el prejuicio de los indoctos y contra la indiferencia de los diplomados. Las medidas indicadas son fáciles de ser llevadas a la práctica; no imponen ni enormes sacrificios ni cuantiosos desembolsos; requieren sí "bien entendida y mejor ejecutada solidaridad" de todos los profesionales, para que todos, como particulares y como miembros de nuestras asociaciones técnicas, nos esforzemos para desarraigar del ánimo del público el erroneo concepto que se ha formado de las exageradas excelencias de la medicina extrangera y de la deficiencia de la medicina peruana. A formar ese concepto han contribuído no pocos titulados con sus métodos contrarios a la moral profesional; contribuyamos todos los demás a esta grandiosa obra de bien para todos y de enaltecimiento para nuestra

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

medicina; honrémonos y respetémonos recíprocamenete, para poder exigir el respeto y la consideración de los demás. Todo lo que se haga fuera de este radio de acción, será ineficáz y contraproducente; el mal no sólo perdurará sino que se intensificará y la avalancha incontenible nos arrastrará a todos, a los honestos y a los egoístas que no quisieron o no supieron preveer las consecuencias de su proceder incorrecto.

ORGANIZACION DEL SINDICATO MEDICO EN EL PERU

Por el Dr. G. Fernandez Davila

Actuaciones del 17 de Diciembre

En la mañana

VISITA AL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

1°.

CONSIDERACIONES SOBRE ASISTENCIA HOSPITALARIA

Discurso pronunciado

Por el Dr. Abel S. Olaechea

Director del Hospital «Dos de Mayo».

Sr. Presidente del Círculo Médico y del Primer Congreso Médico Nacional. Sres. Congresistas:

Por razón del cargo que aquí desempeño me es placentero presentaros, en nombre de todos los profesionales que formamos el Cuerpo Médico de este Hospital, nuestro afectuoso saludo de compañerismo y brindaros la acogida más calurosa en este ya viejo centro de asistencia, en el cual todas las generaciones médicas de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

los últimos 52 años — que es el tiempo que él tiene en funciones — aportaron durante su paso por la Escuela de San Fernando su valioso contingente de esfuerzos en pró de los desvalidos, y hallaron a la vez, las fecundas enseñanzas de la práctica clínica.

Volvéis, pues, al hacer esta visita al «Dos de Mayo», al lar profesional común, que ha de despertar en todos vosotros remembranzas de trabajos, de éxitos alcanzados y de desengaños sufridos en la lucha contra las enfermedades, de los ensueños juveniles, tal vez, así como de los conocimientos que adquirísteis y de los ejemplos recibidos al lado de los maestros que regentaron sus diversos servicios, conocimientos y ejemplos que inclinaron a muchos quizá en las orientaciones en que hoy desarrollan sus actividades. Representa así la reunión en que estamos una cita de familia, en que los miembros ausentes llegan al solar de todos; de manera que es justificado que al legítimo alborozo del encuentro, que experimentamos muy intensamente los que os damos la bienvenida, suceda la consagración del recuerdo a los que fueron del mismo solar y terminaron ya su peregrinación en la existencia. Después será oportuno que os demos cuenta de las condiciones en que hoy se encuentra la heredad y de nuestros anhelos para mejorarla.

Los profesionales que ejercieron en este hospital como jefes de servicios y que han desaparecido de la vida, son acreedores a un recuerdo de gratitud en este instante de solidaridad de la clase a que pertenecieron, tanto por la dedicación que los distinguió en el cumplimiento de los deberes que impone la atención y el cuidado de los pacientes, como por la influencia que tuvieron en la educación de los alumnos que sirvieron con ellos, influencia que fué muy grande en los que al mismo tiempo actuaron como maestros de clínica de la Facultad. Algunos de esos médicos han sido maestros de todos o de casi todos los presentes, otros no tienen aquí sino escaso número de discípulos, y ciertos de los mismos han sido conocidos por unos pocos y por sus escritos sólamente; varios de ellos se distinguían por sus cualidades notables, en algunos excepcionales, de inteligencia, de ilustración, de rectitud de criterio, de tino médico, pero todos fueron capaces, cumplidos y probos, y todos también dieron con el ejemplo enseñanza de que la abnegación en el ejercicio de la medicina, la rectitud de conducta, la consagración al estudio, la afectuosidad para el que sufre, la conmiseración para el desvalido, la preocupación incesante para conseguir la curación o el alivio de los pacientes confiados a su cuidado, son atributos que hacen la honra del médico. Esos profesionales se llamaron: Serbigón M., Cervera M., León Aurelio, Villarán L., Olaechea M. Adolfo, Alarco Aurelio, Quiroga y Mena R., Castillo Juan C., Villar Leoncio, Odriozola Ernesto, Alarco Lino, Velazquez Manuel y Montero Manuel. Dos de ellos: Ernesto Odriozola, el clínico sagaz y ponderado, el profesor de profunda erudición, y Lino Alarco, el cirujano por antonomasia, que dió brillo inmarcesible a la cirugía nacional, han sido perpetuados en la vida del establecimiento, designando con el nombre del primero la Sala de Santo Toribio y con el del segundo el nuevo departamento de operaciones. Al lado de los profesionales mencionados resplandece con fulgores de sol y con

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

temple de guerrero espartano, Daniel Carrión, alumno de 6° año, el héroe de la medicina nacional, que no retrocedió, por el temor de perder la vida,—"suceda lo que sucediere", dijo en el instante decisivo—en cumplir el designio que le atormentaba de arrancar un secreto a la patología. El fué externo de este hospital en época anterior a su inoculación, la que, como se sabe, tuvo lugar en la sala de las Mercedes, el 27 de Agosto de 1885, con la sangre del verrucoso de 14 años que ocupaba la cama N° 6. Yo os invito a visitar, en homenaje de admiración al mártir, el sitio de la sala mencionada en que se realizó el acto memorable y en el que existe una lápida alusiva.

El último tercio del siglo pasado proyectó sobre la medicina las luces más fecundas de la historia de esa ciencia, por que la hicieron salir de la perpetua infancia científica en que la tenían subyugada las teorías filosóficas más variadas. El poderoso talento de Claudio Bernard, el maestro de todos los biólogos, de quien se ha dicho "que no fué un fisiólogo sino que fué la fisiología", orientó el arte de curar en el sentido de la ciencia positiva, con la creación del método experimental, fundado en el principio del determinismo de los fenómenos; y la doctrina microbiana de las enfermedades, fruto del genio inigualado de Luis Pasteur, el más grande benefactor de la humanidad, terminó de revolucionar la ciencia médica, afirmándola, al lado de las otras ciencias, en bases indestructibles, que han abierto a su progreso horizontes ilimitados y la han transformado, de anatómica y clínica que era anteriormente, en etiológica, patogénica, clínica y profiláctica.

Necesariamente, las nuevas ideas médicas han tenido su repercusión en la asistencia, haciendo variar el concepto mismo que imperaba en ella en épocas anteriores, al igual que sus métodos y sus medios. Habiendo tenido su origen los hospitales en fundaciones de orden religioso o caritativo y atribuyéndose las causas de las enfermedades a influencias sobrenaturales, en esos centros de asistencia la caridad constituía la idea matriz inspiradora de sus funciones. Hoy, sabiéndose que la causa primera de la mayor parte de las enfermedades son agentes vivos, y que en la producción de muchas de ellas intervienen causas segundas, algunas de orden social, o sean las que se denominan factores sociales, el enfermo ha dejado de ser como dijo Duclaux, la cosa sagrada—*res sacra* — el ente desdichado sobre el cual se agotaban en vano los recursos de la caridad, y ha cambiado, igualmente, por completo el concepto de la asistencia, la que desde el punto de vista individual se presenta como un derecho primordial del ser humano, al que la sociedad en que vive está obligada a dar satisfacción. Las leyes de todos los países consagran este principio como expresión y garantía de la justicia social, sin excluir por eso, naturalmente, las obras de caridad y de beneficencia privadas, a las que los Estados estimulan y favorecen. Los estados al asumir el deber de atender a la asistencia no reniegan de la caridad sinó que, según el pensamiento inspirado de Mirman, la bajan del cielo a la tierra, la hacen pasar de noción vaporosa y sentimental al estado de regla precisa y concreta y la inscriben en la ley, haciéndola realidad y dándole cuerpo. En muchos países los seguros obli-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

gatorios de enfermedad, de invalidez, de vejez, etc., han impreso rumbo firme a la asistencia, siendo de notarse que estas leyes sociales de seguros, que consagran principios de la más clara y elevada justicia, contribuyen no solo a establecer el bienestar de las clases proletarias, permitiéndoles hacer frente digna e independientemente a las adversidades de la existencia, sino a cimentar el orden de las sociedades y la estabilidad política de las naciones. Entre nosotros la ley de Beneficencias de 1893 determina que estas sociedades «tienen por único objeto el apoyo y protección de los desvalidos», y el artículo 55 de la Constitución vigente de la República estatuye "que el estado establecerá y fomentará los servicios sanitarios y la asistencia pública, institutos, hospitales, asilos y cuidará de la protección y auxilio de la infancia y de las clases necesitadas"; pero todavía, por causas muy naturales relacionadas con nuestra incipiente organización general, así como también por motivos de órden económico, nuestras instituciones de asistencia no han experimentado la total evolución reclamada por los adelantos de la época presente, y es así que este hospital, si bien ha dado señalados pasos en el sendero del progreso, tiene en él todavía largo recorrido que efectuar.

Los hospitales en la época actual si tienen por misión principal la atención de los pacientes para conseguir la curación o el alivio de sus enfermedades, son, al mismo tiempo, centros de estudio, en los que se verifica la educación profesional y moral de las enfermeras, de los estudiantes y de los médicos; y centros de investigación científica, de organización profiláctica o de medicina preventiva y de acción social.

En relación con ninguno de esos fines podemos ufanarnos de nuestro viejo "Dos de Mayo", estoy obligado a decíroslo, honradamente, en este momento solemne. Nos faltan aquí, para satisfacer correctamente los deberes que impone la asistencia, en el orden material varias construcciones o departamentos, que son: un pabellón para el aislamiento de los enfermos de tuberculosis; un pabellón para el aislamiento de enfermos contagiosos, así de medicina como de cirugía; y un pabellón destinado a dormitorio de empleados, a fin de sacar a éstos de las salas de enfermos, dándoles la comodidad a que tienen derecho, y para aumentar, al mismo tiempo, la capacidad de las salas para la asistencia, con los lechos dejados por esos empleados. Un pabellón tan indispensable comos los anteriores requerido por fines de higiene general, de humanidad y de investigación científica, es el que debe constituir el departamento de mortuorio y autopsias.Nos falta en el dinamismo de la asistencia personalsecundario, pues si bien en la mayoría delas grandes salas contamos durante el día con el valioso auxilio de las enfermeras, su número es muy escaso existiendo en cada sala sólo dos por lo general, y a lo más tres, excepcionalmente. Esas enfermeras educadas en la escuela que sostiene la Beneficencia son acreedoras a todo nuestro elogio por su capacidad y abnegación.

La asistencia nocturna que debería estar a cargo de enfermeros, continúa desempeñada por personas que, aunque devotas del cumplimiento de sus deberes, ignoran los conocimientos que son exigibles para sus funciones, siendo además su número muy defi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ciente. Esta situación de la asistencia nocturna reclama ser inmediatamente modificada, no pudiendo haber otra solución que el restablecimiento de la sección de varones de la Escuela de Enfermeras, exigido también para poder contar en muchas otras dependencias con el personal capacitado que les hace falta.

La organización técnica y administrativa de nuestro hospial es muy incipiente: el cargo con que os hablo es de creación muy nueva y de limitadas atribuciones reglamentarias. En el cuerpo de empleados nos faltan auxiliares: en el servicio de estadística, para que esta dependencia pueda alcanzar el desarrollo que es menester; en el servicio de recepción de enfermos; y los que serían necesarios para establecer la jerarquización requerida en el personal subalterno. Yo no puedo extenderme aquí en detallaros cómo ha de desenvolverse hoy la Dirección técnica de un gran establecimiento como éste, que cuenta con 670 camas para enfermos, ni lo que debe ser su administración. Me bastará con deciros que es tal la importancia que se reconoce a las funciones anexas a dichos dos cargos, que en los EE. U.U. de América se exige para su desempeño requisitos especiales, y que en dicho país algunas de sus Universidades han establecido enseñanza especial para los que se consagran a ser administradores de hospitales, enseñanza en la cual existen cursos dedicados a los conocimientos médicos y otros al estudio de los principios económicos relacionados con el desempeño de esos puestos.

En lo concerniente a la investigación científica, nuestro laboratorio químico bacteriológico cumple, con un escaso personal, muy ardua labor en lo relativo a los exámenes de orden clínico, los que en el año último ascendieron a la enorme cifra de 23,279; pero necesitamos propender a que dicho laboratorio esté capacitado para labor más fecunda. Con este objeto yo he insistido en solicitar que en todos los servicios se organicen laboratorios clínicos, para los cuales he conseguido ya los principales elementos, siendo necesario ahora llegar a un acuerdo en virtud del cual los alumnos que desempeñan los cargos de externos se dediquen, previa la preparación debida, a las funciones de laboratoristas para los exámenes elementales, como: numeraciones de sangre, exámenes de esputos, investigaciones de orina, de heces, etc., dejando al Laboratorio Central todo lo relativo a cultivos, a reacciones serológicas, etc.

Sobre las organizaciones profilácticas y de acción social sólo puedo deciros que he planteado ya las iniciativas correspondientes, pues cada vez toma mayor desarrollo en el mundo adelantado lo que se denomina el "Servicio Social del Hospital", institución que en concepto de uno de sus protagonistas "ha humanizado los establecimientos de asistencia ensanchando sus funciones". Dicho servicio tuvo su origen en los Estados Unidos, donde fué concebido por el Dr. Richard Cabot, de Boston, Médico Jefe de una consulta hospitalaria, inspirándose, como dice una de sus comentadoras, en la noción capital de la estrecha relación que liga en la época presente la morbosidad a los factores sociales: miseria, ignorancia, vicio, déficit mental. Dicho profesional impresionado por la insuficiencia de la labor puramente médica realizada en el hospital, porque muchos ermos a su salida no pueden observar las recomendaciones que

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

se les hace para mantener su curación o su alivio, debido a los factores indicados, propuso extender la acción nosocomial a las familias para inquirir las condiciones de vida de los enfermos y conseguir, por medio de otras instituciones de asistencia, que se les prestara a ellos y a los suyos los auxilios que requiriesen. "Puesto al frente de mis insucesos—dice el Dr. Cabot — y viendo cada día que mis diagnósticos no representan sino tiempo perdido, porque los enfermos no pueden seguir mis prescripciones, mi trabajo se me hizo insoportable. Yo no podía mirar cara a cara a mis enfermos sabiendo el poco auxilio que podía darles. Me parecía que era yo un fracasado o un impostor". Y la idea sugerida como remedio por su noble conciencia encontró tal aceptación y dió tan brillantes resultados que, en 1921, diecisesis años después de que la dió a conocer, llegaban a 286 los hospitales de Estados Unidos y del Canadá que habían incorporado a su funcionamiento el "Servicio Social". Este, como se deduce de lo expuesto, comprende: un organismo de investigación, que está constituído por enfermeras visitadoras, encargadas de tomar todos los datos pertinentes en el seno de las familias de los pacientes hospitalizados o de los que recurren a los consultorios; una entidad administrativa que toma a su cargo las informaciones; y diversas obras de asistencia que están en relación con dicha entidad para colaborar en favor de los enfermos y de sus familias.

El servicio social conduce, como se vé, a la asistencia social, asistencia que se concreta: a modificar en el seno de las familias las condiciones que engendra la enfermedad; a atender en ellas a los otros enfermos que se encuentran en estado incipiente; a subvenir a las necesidades de la familia cuando el padre de ella o el miembro que la sostiene se encuentra hospitalizado; a orientar al enfermo a su salida del hospital en la clase de trabajo que sea conveniente a su estado; a prestar , en fin, a los pacientes toda la ayuda material y moral que demande su estado de enfermedad y su convalescencia. La asistencia pública difiere, según esto, de la asistencia social, la cual viene a ser su complemento: la primera actúa, como dice un autor, haciendo terapéutica sintomática y la segunda realizando terapéutica etiológica o causal. La asistencia pública, o sea la Beneficencia entre nosotros, asegura al paciente desvalido, junto con el lecho del hospital, la alimentación, los cuidados médicos, los remedios y las atenciones que presta el personal secundario de los nosocomios, es decir, que ella lo atiende en todo lo necesario al cuidado de su vida; pero ese paciente que va a salir con vida del hospital o cuya vida se prolonga allí por los cuidados que se le prestan, no es un sér aislado en el mundo, sino que tiene una familia, a cuya subsistencia debe atender, y tiene un hogar en cuyas condiciones encontró quizás la causa de su enfermedad. Con atenderlo físicamente para devolverle la salud no se ha hecho todo lo que ese hombre necesitó si su dolencia era curable, y menos si ella sólo puede tener alivio temporal, como en el caso de la tuberculosis. La asistencia social tiene, pues, en lo que no hace la asistencia pública su gran razón de ser.

Otra razón que se hace valer en apoyo del servicio de que trato, consiste en el hecho de que los enfermos procuran hospitalizarse o consultarse, con mucha frecuencia, demasiado tarde, cuando su mal

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

se halla muy avanzado. El servicio social que vincula los enfernos a los hospitales, por su influencia en las familias, podrá destruir el prejuicio arraigado que existe contra la asistencia de tales establecimientos.

En relación con la tuberculosis, la sífilis y el paludismo, que constituyen las enfermedades que en nuestras estadísticas están representadas por los más altos guarismos, es imperativo emprender una acción profiláctica enérgica, en la forma que prescribe la ciencia y que está consagrada por la experiencia de otros pueblos.

En el año último, sobre un total de 9,648 enfermos asistidos, 956 fueron tuberculosos, de los cuales fallecieron 379. Los tuberculosos asistidos corresponden al 10% de la población hospitalizada; la mortalidad de dichos enfermos en la mortalidad total representa el 37% y en el total de los tuberculosos asistidos el 39.6 %. De dichos tuberculosos asistidos pasaron por las salas generales de medicina y de cirugía, antes de ser aislados en los pabellones de Santa Rosa 522 bacilosos, o sea, el 67.5 % del total. En las mismas salas murieron 119 de ellos y en los pabellones de Santa Rosa 260. Se aprecia por estos datos la urgencia que existe de la construcción de un pabellón más para el aislamiento de los enfermos de que trato; y se comprende, así mismo, la importante labor profiláctica que podría realizarse contando con el auxilio de enfermeras visitadoras que cumplieran la misión que corresponde al "Servicio Social del Hospital"; así como la inmensa obra de bien susceptible de efectuarse mediante la organización de la asistencia social.

El paludismo sobre 9,648 enfermos asistidos, ha estado representado por 2,463 de ellos, o sea por un 26 %. Los fallecidos de esta enfermedad fueron en número de 30, cifra que corresponde al 3 % del total de los fallecidos, siendo el porcentaje de los palúdicos muertos, con relación al total de los enfermos de la misma infección, de 1.2 %. Económicamente es abrumador el significado del paludismo para la Beneficencia, siendo dicha enfermedad de carácter evitable. Desde otro punto de vista, conocida como es la influencia que tiene esta infección en la evolución de otras enfermedades, como la tuberculosis, muy especialmente, su profilaxia se presenta con los caracteres de la mayor importancia y debe ser reclamada con el más alto interés en bien de nuestras clases trabajadoras.

La sífilis ha representado el 11 % de los asistidos en el año de 1926, siendo la cantidad absoluta de los hospitalizados de esa enfermedad 1,069. Pero debo hacer presente que esta cantidad se descompone en dos sumandos: uno de 361, que corresponde a los asistidos en cuyo diagnóstico figura la sífilis como causa etiológica, y el otro, ascendente a 703, que ha sido deducido aplicando a las diversas entidades nosológicas que figuran en los diagnósticos, las proporciones en que, según los tratadistas, la sífilis interviene como causa determinante de esas entidades. La labor de profilaxia respecto de la espiroquetosis de Schaudinn va unida a la curativa, más hoy en que se dispone de sustancias terapéuticas de tan alto valor por su acción rápida sobre las lesiones contagiosas. En este sentido implicaría un gran elemento de lucha contra la infección de que me ocupo la fundación en este hospital de un consultorio, o mejor dicho de un

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

dispensario destinado a atender a los enfermos atacados de afecciones venéreas, cuyo funcionamiento tuviera lugar en las últimas horas de la tarde o en las primeras de la noche, a fin de facilitar la asistencia en él de los obreros y empleados que no pueden concurrir, por razón de sus ocupaciones, al consultorio que funciona en las mañanas.

La medicina profiláctica adquiere mayor desarrollo cada vez en los países anglo-sajones. Siendo de observación en todas partes que los enfermos ingresan a los hospitales cuando su estado de enfermedad es ya muy avanzado, de modo que, en muchos casos, los médicos pueden hacer muy poco en su favor, se ha tratado en dichos países de hacer labor de propaganda acerca de la conveniencia de que los enfermos concurran a los consultorios médicos aún cuando sólo experimenten síntomas ligeros, de poca importancia. Y como, por otra parte, la labor que impone el diagnóstico integral, el diagnóstico verdadero, es una labor bien delicada, que implica la intervención muchas veces de diversos especialistas, ha nacido de aquí lo que se denomina la "medicina de grupo", que comprende clínicas especiales para el diagnóstico únicamente, y clínicas a la vez de diagnóstico y de tratamiento, como la tan conocida clínica de los hermanos Mayo, en Rochester. Las clínicas de diagnóstico reciben a los enfermos que les envían sus médicos respectivos y allí son estudiados por diversos médicos especialistas, iniciando la labor de investigación el anamnesiologista. En algunos hospitales americanos existe este servicio de diagnóstico, y es fácil apreciar que la generalización de este método puede permitir realizar una labor eficiente en la lucha contra muchas enfermedades, en que el éxito del tratamiento estriba en su conocimiento oportuno. Las compañías de seguros americanas "Metropolitan" y "Prudential" tienen organizadas oficinas médicas encargadas de hacer propaganda higiénica entre sus clientes y disponen de numerosas enfermeras diplomadas para atender a los mismos a domicilio, y mediante esas oficinas y la labor de estas enfermeras realizan, igualmente, enseñanza educativa acerca de la importancia del diagnóstico precoz. La primera de esas indicadas compañías llevó a cabo en grande escala una experiencia sobre el estado de salud de los habitantes de Framingham, población industrial de 12.000 habitantes, próxima a Boston, obteniendo resultados que han concordado por completo con los éxitos conseguidos en varias colectividades, como el ejército, la marina, los niños de las escuelas públicas, etc, mediante la práctica del exámen médico periódico. Una comisión médica, secundada por un cuerpo de enfermeras, se encargó de hacer un exámen ligero de cada uno de los citados habitantes y en todos los que se descubrió un síntoma sospechoso se practicó un exámen detenido. Sobre 1682 personas sometidas así a una investigación minuciosa se encontró que el 82% estaban atacadas por infecciones que requerían cuidados médicos, siendo el 84% de esas afecciones de naturaleza evitable, y en esta proporción se comprendían 133 casos de tuberculosis ignorada. Nuestra organización hospitalaria se inspira en principios enteramente opuestos, ya que prescriben los reglamentos que solo deben ser internados los pacientes seriamente enfermos. Es cierto que los Consultorios externos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

atienden a todas las personas que reclaman sus servicios y que sin aquella taxativa no sería posible realizar la misma obra de bien que hoy se cumple, pero es el caso que deben ser atraídos los enfermos a los Consultorios, que se necesita aumentar el personal técnico de estos y poner a su servicio ampliamente la labor del laboratorio y la del gabinete de rayos X, a fin de que su funcionamiento rinda los resultados más provechosos. Los cinco Consultorios externos que funcionan en este hospital atendieron el año último de 1926 a 22,157 enfermos, y las consultas y curaciones correspondientes a estos y a los pacientes anteriormente inscritos ascendieron a 134,233.

Como centro de estudio, de educación profesional, falta a nuestro hospital: biblioteca, museos, gabinete de fotografía, etc. Como veis, para llegar al nivel a que es legítimo aspirar queda mucho por hacer.

Debo ya terminar, aún omitiendo haceros el relato de los adelantos que hemos alcanzado aquí, porque en el recorrido que vais hacer de esta casa os daréis cuenta de ellos.

Atormenta al ánimo humano un incesante deseo de mejora, pero de ese tormento nace la chispa espiritual que, como fuerza divina, engendra el progreso. Llegamos a obtener la realización de un adelanto perseguido intensamente, a satisfacer un ideal acariciado, estamos en el instante mismo de la satisfacción y brota en la mente una nueva tendencia de mejora, un nuevo ideal que nos impulsa y que ya amortigua esa satisfacción. En ninguna colectividad como en la médica se revela más intensamente aquel perpetuo anhelo, sin duda porque nuestra misión atañe a la defensa de la salud y de la vida, los supremos bienes humanos. Tenemos algo, pero queremos más y mejor. Es en este sentido que apreciaréis, seguramente, las deficiencias que os he hecho saber que existen en este hospital, y de todos modos habéis, necesariamente, de juzgarlas en relación con las condiciones de nuestro medio.

Váis, por lo demás, a aportar a todos los problemas médicos—y lo son los de asistencia—la fuerza poderosa de la conciencia colectiva de nuestra clase. Tengamos fé en que esa fuerza noblemente inspirada y prudentemente aplicada ha de ser fecunda en resultados benéficos: humanitarios y patrióticos.

2°.—Servicio médico del doctor Lavorería. Un caso de síndrome estriado y esclerosis en placas, por el doctor Sergio Bernales.

3°.—Servicio médico del doctor Arce.—El doctor Arce presentó dos casos de enfermedad de Carrión y el doctor Sánchez Checa, uno de hidroneumotórax.

4°.—Visita a la cama que ocupó Carrión durante su enfermedad y a la placa que allí se encuentra. El estudiante de medicina, señor Lastres, dijo unas palabras en nombre de sus compañeros.

5°.—Laboratorio químico bacteriológico.—El doctor Hercelles presentó los cultivos hechos en dicho laboratorio del gérmen de la enfermedad de Carrión.

6°.—Servicio de urología del doctor Pazos Varela. Los doctores Pazos Varela y Manchego, presentaron en citoscopia un caso de hipertrofia del lóbulo medio de la próstata.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

7°.—Pabellón de operaciones "Lino Alarco". El doctor Gastañeta operó un caso de menicitis de la rodilla.

8°.—Servicio del doctor González Olaechea. — Un caso de síndrome de Ayerza.

9°.—Servicio Ernesto Odriozola—El doctor Bambarén, delante del busto del doctor Odriozola, rindió homenaje a su memoria.

Un caso de parálisis general, sobre todo en su aspecto médico forense, por el doctor Bambarén. Un caso de síndrome de Ayerza, por el doctor Voto Bernales.

10°.—Gabinete de Rayos X. — Presentación de especímenes por el doctor Becerra.

En la tarde

EL CHARLATANISMO EN EL PERU

Por el Dr. Edmundo Escomel

Actuaciones del 18 de Diciembre

En la mañana

Visita a la tumba de Hipólito Unanue en el panteón de los próceres.

Palabras del Profesor Dr. Hermilio Valdizán.

Visita a la tumba de Daniel A. Carrión en el cementerio "Presbítero Maestro".

Palabras del Profesor doctor Julián Arce.

En la tarde

FACTORES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE LOS MEDICOS, ODONTOLOGOS Y FARMACEUTICOS NACIONALES

Por el Dr. Amador Merino Reyna

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Actuaciones del 19 de Diciembre

En la mañana.

QUE CONCEPTUA EL GREMIO MEDICO PERUANO QUE DEBE HACERSE PARA LA FORMACION DE LAS NUEVAS GENERACIONES MEDICAS

Por el Prof. Dr. Carlos Villaran

Es tema particularmente interesante el que la Comisión Organizadora del Congreso ha marcado en el programa oficial del día de hoy, y constituye para mí un honor haber sido designado para plantearlo y discutirlo ante esta distinguida asamblea.

"¿Qué conceptúa el gremio peruano que debe hacerse para la formación de las nuevas generaciones médicas?" Esta simple pregunta es en realidad un programa completo de pedagogía médica. Entre líneas se lee: aspiramos a constituír un gremio médico peruano superior al actual y debemos resolver ahora, reunidos en Congreso la manera de realizar esa aspiración; no deseamos que sean instituciones extrañas a las nuestras las que nos den las pautas de nuestra reforma, ellas deben ser obra de nosotros mismos; no debemos aguardar tampoco a que la Sociedad reclame contra las deficiencias de un gremio que, por la naturaleza de la misión que le está encomendada, por la cultura superior de los hombres que lo forman, tienen una labor social de primer orden a la vez que una función dirigente.

Voy a decir, señores, de una manera concreta y franca cuáles son mis ideas sobre la manera de formar las nuevas generaciones médicas, y si para esto es necesario que señale las deficiencias que en mi concepto existen en la preparación y educación de los profesionales de hoy, disculpad mis críticas, porque ellas están inspiradas en los más sanos propósitos.

Es a la Facultad de Medicina a quien corresponde en su mayor parte la solución del problema planteado; otras instituciones y sociedades médicas, los poderes públicos podrán contribuír muy útilmente, pero es nuestra Facultad la que tiene la misión principal, es ella la que recibe a los aspirantes, es ella la que da la instrucción que considera suficiente para el ejercicio profesional y la que tiene el deber de educar dentro de elevados principios morales a los hombres que ejercen una profesión liberal como la nuestra.

La época de la vida que pasa el futuro médico en los claustros de nuestra Facultad es la más propicia para alcanzar la finalidad a que aspiramos. Los jóvenes que ingresan a San Fernando no tienen todavía el carácter definitivamente formado, no hay en ellos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América

virtudes ni defectos muy arraigados; están, por consiguiente, en condiciones particulares de aptitud para aprovechar la educación y las enseñanzas que la Facultad quiera darles. Es la época en que la juventud está llena de ideales; la profesión de médico se presenta en su aspecto más bello y en su misión más noble; es una profesión humanitaria destinada siempre a hacer el bien; no puede adoptarse sin una verdadera vocación; para poseerla es necesario consagrarse con entusiamo al estudio y al trabajo, y para ejercerla es indispensable tener una conciencia moral muy recta. La práctica profesional exige, con la mayor frecuencia, desinterés, abnegación, en ocasiones verdadero espíritu de sacrificio. Así concebida, nuestra profesión se adopta, generalmente, con intenso fervor; a poco guía un propósito esencialmente utilitario o un deseo de lucro; por el contrario, la gran mayoría van a ella atraídos por el deseo de conocer una ciencia que es entre todas, la más interesante y cuya finalidad, es por cierto, la más noble. Las ambiciones que todavía latentes, germinan en el alma de algunos jóvenes, lejos de constituír defectos significan virtudes, porque son ambiciones de saber, de hacer el bien y por lo tanto dignas de todo aplauso.

La Facultad de Medicina va a tener a su cargo durante siete años a esta juventud pletórica de ideales, va a asistir a la transformación de jovenes adolescentes en verdaderos hombres; es la época en que van a definirse las características espirituales de cada uno y en que va a quedar establecida su estructura moral. La Facultad de Medicina, que guía a sus alumnos, que les enseña y los educa durante este lapso y trascendental periódo de su vida, tiene un rol de primera importancia y es en gran parte responsable de los resultados que se obtengan. Cuando más tarde, a los veinticinco años proximamente, los estudiante abandonan las aulas de la Facultad para comenzar el ejercicio profesional, las influencias educativas y moralizadoras que la Facultad pudo y debió ejercer, cesarán bruscamente para ser reemplazados por otras influencia generalmente negativas. A os ideales que se fomentaron en el espíritu de los jóvenes, van a oponlerse, las realidades de la vida con sus exigencias materiales imperiosas y sus luchas fatales. Es un momento de dura prueba, l virtudes necesitarán para prevalecer estar muy sólidamente arraigadas en la conciencia y sostenidas por voluntades fuertes que combatan las solicitaciones adversas que a diario han de acrescentarse; los defectos, por el contrario, no harán sino agravarse, y aquellos que no modelaron su espíritu y que débiles a la voluntad entraron a la lucha sin rumbos fijos, perecerán indefectiblemente ante las influencias nocivas del medio en que tendrán que actuar.

Esta es, señores, la responsabilidad que la Facultad de Medicina tiene en la formación de las generaciones médicas. ¿Qué debe hacerse para que realice ampliamente su misión respondiendo a la demanda que le hace el gremio médico? Tal es en síntesis el punto que vamos a tratar.

Entre todos los factores que pueden contribuír a la solución del problema de la educación médica, hay uno, que a mi juicio tiene la mayor importancia; es el factor Maestro. Necesitamos maestros, mae tros del tipo más moderno, hombres que se impongan así mis-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

mos todo el esfuerzo, toda la abnegación, todo el sacrificio que comporta el desempeño de su cargo, hombres que estando dotados de inteligencia bastante y ampliamente preparados, hagan la resolución de aceptar difíciles deberes aún con detrimento de los intereses o beneficios materiales que otras actividades de la profesión pudieran reportarles. No todos los hombres inteligentes que son al mismo tiempo profesionales capaces, están en condiciones de desempeñar semejante misión; es necesario agregar a estas cualidades muchas otras virtudes y cultivar ideales que son el patrimonio de espíritus selectos.

Es condición indispensable del maestro universitario tener los conocimientos más completos en el ramo de la ciencia que le corresponde enseñar, y tal condición requiere estudio y trabajo constantes a fin de mantener esa acabada competencia que al profesor corresponde. El estudio y la labor científica absorverán un tiempo que dedicado a otras actividades podría reportar mayores ventajas materiales, pero en cambio, la consagración a la ciencia reportará satisfacciones espirituales que compensarán con mucho los menores rendimientos económicos. La satisfacción de saber, de ir descubriendo y conociendo cada vez mejor las verdades científicas, el goce de enseñarlas a las generaciones jovenes,son fruiciones espirituales inherentes a la función de Maestro.

Yo hablo señores de un tipo de Maestro distinto del que concebimos generalmente. Me refiero a Maestros que están diariamente con sus discípulos, que trabajan juntos con ellos, que vigilan sus labores, los guían y aconsejan y que siguiendo la marcha progresiva de su apredizaje satisfacen así el objetivo de la enseñanza.

Este contacto diario entre maestros y alumnos es el único medio de cumplir la otra misión tan importante que tenemos, la misión educativa. No basta formar profesionales instruídos, hay que hacer antes de todo hombres educados en los más sanos principios, hombres que tengan un concepto muy claro de sus deberes morales y que vayan al ejercicio de la medicina resueltos a cumplirlos con perfecta conciencia. Esto tiene que ser obra del ejemplo, y se comprende por lo mismo, toda la influencia que en este orden tienen los maestros cuando ellos son verdaderos maestros dignos de imitación.

Procuremos formar ese tipo de Maestro que hemos imaginado, ese hombre lleno de virtudes, que enseña, educa y conduce a la juventud y que teniendo la misión de formar un gremio, juega un papel esencial en la marcha de la sociedad, que es un factor de progreso nacional, que es un patriota. Yo no concibo que semejantes hombres no estén rodeados de la aureola de prestigio a que son acreedores; ante ellos desaparecerá todo riesgo de nuevos conflictos, no habrán más faltas de consideración, de respeto, de disciplina; tal cesa no podrá ser sino la obra de débiles mentales que quedarían excluídos de nuestro gremio. Creo que con semejantes maestros concluirán definitivamente los levantamientos estudiantiles que tanto daño vienen haciendo al prestigio de nuestra Institución. Pienso que no se harán casi nunca necesarias las medidas de rigor, ni esa disciplina de fuerza que, tratándose de jóvenes que van a seguir una profesión liberal, solo podría tener un valor engañoso y momentáneo.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Alcancemos, en cambio, una disciplina voluntaria, conciente, razonada, que sea el fruto del reconocimiento y del afecto y que al quedar involucrada en la conciencia de los jóvenes constituirá un importante triunfo de nuestra misión educativa. Formación de una élite de maestros por esfuerzo propio, por auto-reforma si se quiere, es lo primero a que debemos aspirar, preparar y seleccionar el personal que deba sucedernos es el segundo problema que necesitamos resolver.

Nuestra Facultad no ha desarrollado todavía un plan definido de formación del profesorado; la experiencia de todos los días lo demuestra; algunas de las cátedras que quedan vacantes no pueden proveerse oportunamente por falta de profesores preparados; con frecuencia hay que improvisarlos, y esto apesar de la organización de nuestra Facultad que ha establecido una serie de puestos que representan grados en la escala jerárquica que debe conducir al profesorado. Utilicemos esta organización y completémosla, hagamos que los jefes de Clínica, de laboratorio, prosectores, etc., después que han cesado en sus respectivos cargos tengan opción a ocupar, prévia la selección consiguiente, otros puestos más importantes, por ejemplo: las jefaturas de los consultorios anexos a las clínicas, las direcciones del anfiteatro, de los laboratorios, etc., así se establecería una escala que podría conducir gradualmente a la formación de profesores.

No basta, sin embargo, crear nuevos puestos, es necesario seleccionar el personal de jóvenes que van a ellos,escogiendo a los más instruídos y que reúnan mayores condiciones morales; hay que preocuparse, además, de que los médicos que desempeñan tales puestos se consagren, de preferencia, a la labor científica y vayan iniciándose en la docente. En el ejercicio de semejantes cargos van a estar bajo la dirección y la enseñanza constante de los maestros; tienen, por consiguiente, la oportunidad para un aprendizage intensivo y una labor práctica considerable. La Facultad de Medicina debe considerar particularmente el problema que tratamos, procurar atraer a los jóvenes que mayor vocación manifiesten por la carrera universitaria; los maestros a su vez deben interesarse por formar colaboradores y discípulos que más tarde puedan continuar su obra y mantener el prestigio de su escuela.

Desgraciadamente nada de esto ocurre, los jóvenes no se preocupan por la función docente, no se preparan para ella, la falta de una verdadera organización para el profesorado no les deja ver la posibilidad de llegar a él de una manera regular; quizá si en las circunstancias actuales no les interesa tampoco; de allí que la mayoría se dedique de toda preferencia al aprendizaje rápido de aquellas prácticas que rutinariamente se emplean en el ejercicio profesional y con las cuales se consideran armados para entrar bien pronto a la lucha por la adquisición de una buena clientela con sus consiguientes ventajas económicas.

Esta desviación de las orientaciones debe concluír; la Facultad de Medicina no puede aceptar dentro de los puestos de que tratamos sino a aquellos jóvenes que han mostrado una verdadera inclinación hacia el estudio; una vez en ellos hay que estimular sus afi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ciones, y facilitarles la preparación intensa que se requiere para el comienzo de la labor docente, haciéndolos continuar en ella paso a paso hasta que adquieran competencia bastante. Ya hemos dicho que la Facultad debe continuar esta obra de formación profesoral, creando los puestos que le permitan mantener en su seno a los más aptos. De esta manera lograremos un doble objetivo: 1° formar la escuela del profesorado; y 2° evitar la incorporación prematura a la vida profesional activa de jóvenes cuyos conocimientos y preparación están lejos de corresponder a los títulos que ostentan.

Para realizar la amplia misión que a los maestros hemos señalado precisa que dispongan de los elementos materiales que le son indispensables. En este orden nuestra Facultad de Medicina está en vías de dar un paso considerable. Las gestiones que antes los poderes públicos ha hecho nuestro antiguo maestro, el doctor Pardo Figueroa, le han permitido conseguir la dación de una ley, que ya en vigencia va arbitrando los fondos con los cuales se proyectan construír un gran hospital. "El Policlínico de la Facultad". Es naturalmente digna del mayor aplauso la obra de nuestro distinguido colega; yo voy a permitirme sin embargo, exponer un plan que satisfaciendo los propósitos que han guiado al doctor Pardo Figueroa, que son también los anhelos de la Facultad y seguramente de todo el gremio médico, pueda lograr más pronto y tal vez mejor el objetivo a que aspiramos.

La construcción del Policlínico representa un gasto de varios millones y un tiempo seguramente muy largo; su sostenimiento requerirá una renta muy considerable que no sabemos como pueda tenerse. Además, una vez construído el hospital nos encontraremos con que los locales de la Facultad no corresponden a su objeto. Llamará desde luego, la atención de que yo me exprese así hablando en este recinto monumental, pero es que pienso justamente, que no son monumentos los que una Facultad de Medicina necesita, sino pabellones amplios y cómodos en que instalar un buen Instituto de Anatomía, magníficos gabinetes, laboratorios, museos, etc. En este edificio suntuoso fuera de la sala de actos en que estamos y de algunos grandes salones destinados a oficinas, sólo hay un local inadecuado para biblioteca y unas cuantas aulas inapropiadas para la enseñanza. Creo que en vez de edificar un nuevo hospital, sería mucho más factible y conveniente destinar una parte del producto que se obtiene con la ley Pardo Figueroa a la ampliación del «Arzobispo Loayza»; la construcción de altos sobre sus pabellones de enfermos sería sumamente sencilla, poco costosa y así podría doblarse la población hospitalaria; esto permitiría convertir el «Arzobispo Loayza» en un hospital mixto y agregándole unas cuantas instalaciones más llenaría admirablemente las funciones de un policlínico. La mayor parte de la renta que se ha creado serviría entonces para construír junto al hospital los locales de la Facultad y no incurriríamos, por cierto, en esta época en el grave error que se cometió hace treinta años al construír esta casa que no correspondía, desde entonces, a las necesidades de la enseñanza médica.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Pero preveo una objeción: el hospital Arzobispo Laoyza pertenece a la Sociedad de Beneficencia,que no querría cederlo a la Facultad y ésta aspira a tener un hospital propio. Tal objeción no tiene, en realidad, valor alguno; tanto la Sociedad de Beneficencia como la Facultad son Instituciones nacionales que se interesan igualmente por hacer obra humanitaria y buena, por servir a la sociedad y al país. La Beneficencia continuará administrando y sosteniendo el hospital y será dueño de él puesto que ella lo ha construído. La Facultad de Medicina hará la asistencia técnica y se servirá de él para realizar su labor docente. Yo estoy seguro que la Sociedad de Beneficencia aceptaría la solicitud de nuestra Facultad para llevar a la práctica el proyecto que bosquejo y creo también que el mayor apoyo los tendríamos en el hombre dirigente que ha sido el principal ejecutor del hospital; pienso que el doctor Pérez Araníbar, que con tanto celo, abnegación e inteligencia, se ocupa de todo lo que a asistencia social se refiere, vería con gusto que la gran obra en que el ha sido artífice esencial, se continuara mediante la unión más estrecha de dos instituciones que tienen idéntica finalidad: la asistencia de los enfermos y la preparación de los hombres que deben realizarla.

Al lado de esta gran Facultad que proyectamos se impondría necesariamente la construcción de las casas para sus estudiantes. En situación apropiada y en terrenos baratos podrían fabricarse habitaciones higiénicas y cómodas que dieran a los estudiantes las facilidades que les son indispensables para su vida material. Los campos de sport y la biblioteca serían los anexos esenciales. La influencia que todo este conjunto tendría en la vida espiritual de los jóvenes, las facilidades que nos daría para realizar nuestra misión educativa, serían muy grandes y yo pido meditar en ellas. El plan que presentamos es perfectamente factible. Ojalá que los hombres dirigentes de las instituciones llamadas a intervenir quieran prestarle toda la atención que merece.

No me es posible en este momento disertar con la extensión que desearía sobre las varias reformas que la Facultad de Medicina reclama en lo que se refiere a su organización y métodos de enseñanza y que naturalmente tienen relación directa con la formación de las generaciones médicas futuras. Quiero, sin embargo, tocar algunos puntos y entre ellos el relativo al externado y al internado. Estas instituciones necesitan reformarse y hay que proceder a ello cuidando sí de no lesionar los intereses que los alumnos tienen adquiridos. El externado bajo su forma actual hay que suprimirlo sin vacilación alguna; los alumnos del tercero, cuarto y quinto año que desempeñan tales puestos están imposibilitados para asistir a los cursos importantes que se dictan todas las mañanas, y si las enseñanzas que en estos cursos se dan se consideran como útiles o necesarias, no se concibe como se mantiene una institución como el externado actual que impide fatalmente el poder aprovecharlas. Por otra parte, con una correcta organización de los servicios hospitalarios de las clínicas, los alumnos podrán, dentro de las horas que a ellas están destinadas, hacer turnos de trabajos prácticos que equivalgan a las funciones de externo y estos turnos repetidos en las diferentes

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

clínicas cada año podrán ser más eficaces que el externado permanente en un servicio con sus labores, que en buena parte, son exageradamente rutinarias. Compensemos a los alumnos sus puestos de externos aumentando o completando las ayundantías en los laboratorios, anfiteatros, gabinetes, etc., con funciones que sólo les ocuparán las horas libres de que pueden disponer y así quedará resuelto eficáz y equitativamente el problema del externado.

El internado en su organización actual es también incompatible con todo plan de estudios de la Facultad. Las funciones del interno son tan amplias que apenas se comprende como algunos pueden disponer de tiempo para asistir, algunas veces, a las clases que le corresponden; estas visitas que por accidente se hacen a los cursos oficiales de la Facultad, perjudican, en cambio el cumplimiento de los deberes de interno. La única manera de subsanar la oposición que hoy existe, es, cambiar el plan de estudios de la Facultad, hacer la enseñanza de todos los cursos en los seis primeros años, reservando el séptimo de un modo exclusivo para el internado; internado integral con residencia hospitalaria forzosa y guardia permanente (salvo las naturales limitaciones) con más obligaciones y derechos, mejor reglamentado. De esta reforma se habla ya en la Facultad desde hace algún tiempo; hay que realizarla.

Es necesario revisar los programas, compararlos, armonizarlos; esta tarea se ha iniciado, hay que proseguir en ella para evitar la pérdida de tiempo que significan enseñanzas que se repiten y llenar los vacíos que dependen de enseñanzas que no se hacen.

Hay que modificar los métodos de enseñanza; en otra ocasión he de ocuparme extensamente de este asunto, solo quiero ahora expresar dos conceptos que a mi juicio deben guiar toda reforma. Los maestros necesitamos convencernos de que nuestra misión no es simplemente cumplir los programaas oficiales, desarrollándo con más o menos brillo sus diversas proposiciones; nuestro objetivo debe ser que los alumnos aprendan de verdad, que sepan después de cada clase el tema que se les ha explicado; para esto hay que ponerse al alcance de su inteligencia, y en la medida de su preparación, hay que objetivar hasta donde sea posible las lecciones, combinar las enseñanzas teóricas con las prácticas, en una palabra, hacer una enseñanza eficiente. Otro concepto que debe inculcarse en el espíritu de los estudiantes es que deben ser factores activos de su propia instrucción; hay una marcada tendencia a esperarlo todo del maestro; esto es un error. En otra época los maestros eran pocos y las enseñanzas con frecuencia insuficientes; muchas generaciones se han formado en la escuela de la auto-instrucción y de sus filas han salido muchos hombres de valer. Es necesario que los jóvenes de hoy asocien ambos factores y que las enseñanzas que reciben las aumenten con su acción personal. Es esta una condición necesaria de progreso que debemos fomentar.

La Facultad de Medicina se ha propuesto también ampliar su misión educativa y completar la instrucción de los médicos que han egresado de ella, estableciendo, por iniciativa del señor Decano, la institución de los Post-graduados. Merced a ésta será posible a los médicos de Lima y a los de provincias, ponerse, cada cierto tiem-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

po, en contacto con sus antíguos maestros, recibir las enseñanzas que le permitan estar al tanto de los adelantos de la ciencia y renovar en un ambiente de confraternidad y cariño, los anhelos de perfeccionamiento moral que les fueran inculcados durante su vida estudiantil. Los cursos de Post-graduados no se han organizado bien y de allí que prácticamente no hayan funcionado todavía; yo no dudo, sin emabrgo, que ellos han de dar magníficos resultados y nuestro Decano merece por esta y por las otras muchas reformas que ha implantado, nuestro caluroso aplauso.

La institución del Pensionado en Europa es igualmente un medio de perfeccionamiento que mererse conservarse, pero que da resultados muy distintos, según que se seleccione o nó el personal que se envía. Los jóvenes inteligentes y estudiosos que van a Europa aprovechan su tiempo, encontrando verdadera satisfacción en las enseñanzas que reciben y que tratan de asimilar con el mayor entusiasmo. No hay riesgo para estos jóvenes de que las atracciones de una vida de placeres, particularmente fácil, pueda apartarlos del cumplimiento de sus deberes, porque estos son por si mismos, fuente inagotable de goces espirituales que superan a todos los demás. Por el contrario, los jóvenes que no tienen una gran afición al estudio y que alcanzaron su título de médico sin tener una verdadera vocación, perderán su tiempo, olvidarán los pocos hábitos de trabajo que tenían y absorvidos por los placeres de la vida material, acariciarán cada vez con más fuerza, la idea de explotar su profesión de la manera más lucrativa posible, a fin de volver prontamente a los centros de placer que los embargan. El Pensionado para los médicos, como todos los demás establecidos en Europa, es en realidad una espada de dos filos; aprovecha grandemente a los elementos buenos y perjudica a los que no los son; los primeros serán factores de mejoramiento del gremio, los segundos no harán sino contribuír a su desprestigio moral.

Las sociedades científicas son igualmente factores de progreso gremial; fomentando el amor al estudio y al trabajo, no sólo contribuyen a prepararnos mejor haciendo nuestra intervención profesional más eficáz, sino que son, de un modo indirecto, elementos de mejora moral. Hace poco tiempo, desde la tribuna de la Sociedad de Cirugía, hacía yo un llamamiento caluroso a mis colegas cirujanos invitándoles a que me ayudaran a dar actividad a esa institución que tan nobles finalidades tiene. Muchos han respondido a mi pedido y la sociedad está en marcha; aprovecho de ésta ocasión solemne para repetir el llamamiento con todo afecto, y decirles a los que no han acudido todavía, todo lo que la la Sociedad espera de ellos y todo lo que las generaciones jóvenes pueden beneficiarse con su ejemplo. Las demás sociedades deben rivalizar con la nuestra ampliando, hasta donde les sea posible, su noble misión. La Academia de Medicina instituyendo la "Semana Médica" ha dado un paso muy importante.

El Círculo Médico es la institución representativa del gremio, su influencia es, por consiguiente, poderosa y múltiple: no me toca a mi disertar sobre su misión; otros lo han hecho ya con inteligencia y con cariño. Sólo quiero recordar que su lema: Honradez, Trabajo, Moralidad, no es solamente un lema para las generaciones

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

médicas que actúan hoy en la vida profesional, sino que deben serlo también para las generaciones futuras.

Por último señores, este Congreso está llamado a ejercer una influencia saludable en el mejoramiento de nuestro gremio; muchos hombres capaces se han reunido con este objeto y no dudo que han de conseguirlo. Hay además dos fuerzas poderosas que lo animan y éstas son: la inteligencia y la voluntad de su distinguido presidente.

En la tarde.

LA MEDICINA GENERAL Y LAS DIVERSAS DISCIPLINAS DEL ARTE DE CURAR

Por el Prof. Dr. Max. Gonzalez Olaechea

Debo una palabra de reconocimiento a mis colegas de la Junta Directiva del Círculo Médico por haberme discernido el honor de presidir la Sección Médica de este primer Congreso Nacional de Medicina que con gran optimismo y entusiasmo han provocado los dirigentes de nuestro centro profesional.

Saludo efusivamente en esta circunstancia solemne a cada uno de los colegas de la capital, y a los venidos de diferentes lugares de la República, que al acudir a esta Asamblea, manifiestan la profunda devoción que les inspira la noble profesión a que pertenecemos; me es grato ver entre ellos a un gran número de discípulos, algunos de los que me han acompañado en las tareas diarias de la clínica.

Antes de abordar y hacer patente el rol capital de la Medicina Interna y el nexo que tiene con las diversas disciplinas del arte de curar, debemos hacer un recuerdo de la evolución que la Medicina ha seguido en el Perú.

Durante gran parte de la época colonial la Medicina entre nosotros estuvo casi por entero, en manos de aventureros empíricos. Sin embargo, en el curso del siglo 18 hicieron su aparición en el Perú algunos profesionales verdaderos; son interesantes a este respecto los datos obtenidos por nuestro amigo Hermilio Valdizan, en su búsqueda en los documentos coloniales sobre los médicos que existían en esa época. Entre ellos sólo mencionaremos al doctor Gabriel Moreno notable médico que fué maestro de Unánue y al eminente doctor José Manuel Dávalos, que educado en Lima continuó su perfeccionamiento en Montpellier.

En los últimos años del mencionado siglo comenzó a destacarse la exelsa figura de Hipólito Unánue el que tuvo como maestro de medicina al eminente médico de esa época Gabriel Moreno.

Unánue, como sabemos, fué el fundador de la enseñanza médica en el Perú en forma científica, pues la que anteriormente se

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

daba era empírica completamente; sólo su notable capacidad intelectual, su decisión por el estudio y el magnífico maestro que tuvo Unánue, pudieron hacer de él un profesional de sobresalientes cualidades.

En 1787, obtuvo Unánue en concurso la cátedra de Anatomía en la Universidad y no resignándose a ser Catedrático *in nomine* o de *anillo*, como se le denominaba en aquella época, ejercitó su influencia ante el Virrey don Teodoro de Croix, a fin de que se erigiera un anfiteatro para la enseñanza de la Anatomía,consiguiendo su inauguración 1792. En brillantes ceremonias Unánue pronuncia una memorable alocución, en la que hizo verdadera profesión de fé científica, revelándose como un profundo pensador.

El Anfiteatro de San Andrés, no fué sólo un centro de enseñanza anatómica, sino que en él se efectuaban conferencias en relación con la clínica aprovechando de las necropsias que en ese local se practicaban; contando Unánue con colaboradores inteligentes como: Valdéz, Dávalos, Villalobos, Puente, Bueno, Vergara, Pezet y Tafur.

Con este primer impulso que se dió a la enseñanza médica. Unánue cuyo dinamismo, no tenía límites, no se satisfizo, continua en su benéfica y trascendental labor en los albores del siglo XIX, solicitando en 1807 del Virrey don Fernando de Abascal la fundación de un Colegio de Medicina, manifestándole en un notanle documento el bien que reportaría al Perú la erección de un centro oficial de enseñanza; esta aspiración de Unánue encontró apoyo decidido en el Virrey, pues en junio de 1808, comenzó la obra del Colegio.

No estando aún terminada la construcción del local, inició Unánue en 1809 la enseñanza contando con la colaboración de los médicos: Tafur, Vergara, Pezet y el eminente Dávalos que se había perfeccionado en la Universidad de Montpellier.

En 1811, se tomaron los primeros exámenes en el Colegio de Medicina de San Fernando, por lo que dicho año es considerado como el de inauguración oficial de la enseñanza médica en el Perú.

A Unánue debe, pues la Nación una inmensa deuda de gratitud, no sólo por haber sido un destacado adalid de la independencia del Perú, sino también por haber puesto los cimientos de la enseñanza científica de la medicina entre nosotros. Hace sólo poco tiempo que esta deuda ha sido reconocida, trasladando los venerados restos del Padre de la Medicina al Panteón asignado a los próceres; pero dicha deuda aún no está liquidada; debe perpetuarse su efigie en el bronce para que en todo momento su vista despierte en todos los que enseñamos la Medicina el entusiasmo por su progreso, entusiasmo que en ningún momento de su activa vida le faltó a Unánue.

Aunque los resultados de la enseñanza de la Medicina fueron bastante alentadores los primeros años de la existencia del Colegio, desgraciadamente los años que precedieron y siguieron a la Independencia, fueron mediocres, como consecuencia del estado anormal del país que se traducía en anarquía y pobreza.

Pero no obstante la obra de Unánue no quedó estéril, pues uno de los profesionales formado en el Colegio de San Fernando, siguiendo las luminosas huellas dejadas por aquel, continuó la obra; éste fué el doctor Cayetano Heredia que nombrado Director del Co-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

legio en 1836 puso no sólo sus energías y conocimientos al servicio de la enseñanza, sino también lo que poseía.

En esta magna empresa de reorganización fué acompañado por un grupo de hombres de ciencia y estos fueron: el insigne médico italiano Solari, el cirujano francés Douglas, el médico español Lorente, el naturalista Raimondi y el químico Eboli ambos italianos; y entre los nacionales: los médicos Marcelino Aranda, José Julián Bravo y Miguel de los Ríos.

Como ya se ha dicho Heredia no sólo se entregó a la enseñanza, sino que dando una elevada muestra de altruismo, envió a Europa a sus expensas a varios jóvenes para su educación médica, con el fin de que al regresar pudieran colaborar eficazmente en la enseñanza.

A instancias de Heredia en 1856 el Gobierno de esa época transformó el Colegio de San Fernando en Facultad de Medicina, considerándolo como parte integrante de la Universidad y asignándole rentas para su sostenimiento; fué pues Heredia el restaurador de la enseñanza médica en el Perú; hace muy poco tiempo que la Facultad queriendo perpetuar la memoria de este gran benefactor, le ha erigido en su local un sencillo pero significativo monumento.

Los decanos que sucedieron a Heredia a partir del clínico don Miguel E. de los Ríos, continuaron su obra fecunda y muchos de éllos siguieron las huellas luminosas que dejó.

Pasando por alto el recuerdo de los cultores de la Cirugía en el país y la evolución que ha seguido esta rama del arte de curar entre nosotros, debemos decir que la medicina en el Perú ha tenido conspícuos representantes; y refiriéndonos solo a la última época o sea desde la creación de la Facultad de Medicina, rememoraremos a Rios, Odriozola (Manuel), Villar, Macedo, Bambarén, Castillo, Ernesto Odriozola y otros más que mi infiel memoria no logra recordar; todos estos maestros han contribuído con sus sólidos conocimientos, en la enseñanza de la Medicina Interna en la Clínica; todos y especialmente el último de los nombrados cuya tumba se abrió prematuramente; han derramado su ciencia a raudales y sembrado fructífera semilla.

La Medicina desde la iniciación de la época moderna que podemos decir comienza con Claudio Bernard y Pasteur sabios franceses del siglo pasado; el primero que mediante el método experimental que empleó en sus investigaciones, fué el que más contribuyó al adelanto de las ciencias biológicas dando la Medicina un paso gigantezco; pues la encauzó por el sendero fisiológico; y el segundo con sus notables descubrimientos, con lo que dejó sentado el rol eficiente que los infinitamente pequeños desempeñan en la génesis de muchas enfermedades.

La Medicina ha continuado su avance imperturbable no sólo con el contingente aportado por la vieja clínica, es decir con la observación de los síntomas en el lecho mismo del enfermo, método que sirvió a los antíguos médicos, para trazar sus memorables cuadros sobre las enfermedades, muchos de los cuales aún subsisten; método que nunca podrá ser excluído, y que continuará desempeñando un rol preponderante en el diagnóstico.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

El estudio experimental de los órganos de secreción interna, iniciado a fínes del pasado siglo por Brown-Sequard y continuado en el presente por Baylis, Starling, Gley, Cannon, Pende y muchos otros investigadores, ha introducido en la patología un capítulo de incalculable valor, dado el rol hasta hace poco imperfectamente conocido de los productos elaborados por esos órganos; increciones denominadas harmozonas por Gley, meñsajeros químicos por Bayliss y Starling; elementos que actuarían unos excitando, otros inhibiendo, algunos neutralizando tóxicos y otros interviniendo directamente en el metabolismo.

Los descubrimientos verificados en los últimos años en relación con el sistema simpático, por numerosos investigadores entre los que podemos citar a Eulemberg y Guttman en Alemania, Giovanni Castellino y Pende en Italia, Onuf y Collins en EE. UU. Gaskell en Inglaterra y otros que sería largo enumerar; han contribuido poderosamente al mejor conocimiento de los fenómenos orgánico-vegetativos, que se hallan bajo el influjo de este sistema; el que como se sabe se halla constituído por el simpático propiamente dicho y el para-simpático.

El *simpático* constituído por la cadena de ganglios prevertebrales de donde parten fibras que forman plexos con ganglios de segundo y tercer orden intraviscerales; sistema que no obstante sus conexiones con los centros nerviosos es hasta cierto punto independiente porque la vida vegetativa, continúa su funcionamiento casi normal después de la destrucción de la médula o sus raíces.

El *para-simpático* así denominado por Langley procede del mesocéfalo, bulbo y médula sacra; de cuyos centros emergen los nervios: óculo-motor común, pneumogástrico o intermediario de Wrisberg; tal vez, como muchos creen pertenecen también a él el facial, glosofaringeo o hipogloso; por último el nervio pelviano completa este sistema que interviene en el funcionamiento de diferentes órganos.

Sintetizando, bien se podía decir: el simpático tiene una acción más difusa, es un sistema que sin embargo de intervenir en el funcionamiento de los órganos, es sobre todo tisular y celular es decir vegetativo; el para-simpático interviniendo en el funcionamiento de los órganos, es un sistema de preferencia orgánicoo o visceral.

Como es dable presumir el rol del complejo endocrino-simpático cuya correlación funcional es evidente, no puede dejarse de considerar en el curso de las enfermedades y afecciones; tanto por las perturbaciones que pueden sufrir bajo el influjo de las primeras, cuanto por las repercuciones que pueden experimentar en el curso de las diversas afecciones; dando lugar en consecuencia a cuadros clínicos de los más variados matices.

La patología comparada y experimental han aportado valioso contingente, para el conocimiento de las enfermedades, pues merced a ellas, se puede apreciar no solo los caracteres de su evolución sino el estudio de las alteraciones anatómicas de los órganos y tejidos, en los diferentes momentos de la enfermedad.

Contribuyen al mismo resultado la histología y anatomía patológica, que con nuevos métodos de investigación y de preparación

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

perfeccionada, ha podido estudiarse mejor la arquitectura de los órganos y tejidos, y a ello se debe que Aschoff y sus colaboradores de la escuela alemana, hayan podido abordar con éxito el estudio del tejido retículo endotelial, que han demostrado está repartido en todos los órganos, desempeñando un rol importante en la economía.

Con el conocimiento arquitectural de los centros nerviosos se ha podido dar un gran avance en su fisiología, ello ha sido favorecido con los innumerables casos de traumatismo circunscritos observados en la gran guerra, y merced también a las lesiones que en los mencionados centros produce el virus neurotropo de la Encefalitis o Neuroaxitis epidémica, enfermedad que comenzó a observarse en los diferentes frentes de la guerra en 1917, y a partir de entonces se ha extendido por todo el mundo.

La física y química biológica en constante progreso en los últimos años con el conocimiento entre otras cosas del estado coloidal y de las modificaciones de diversos elementos químicos del organismo en el curso de muchas enfermedades, han aportado valioso contingente para su mejor conocimiento.

Los recientes procedimientos de exploración aplicados a la clínica, con el empleo de diversos aparatos entre otros citaremos: el oscilometro, el cardiógrafo, el electrocardiografo, el electro-diagnóstico por las cronaxias, la radioscopía y radiografía, la meta bolimetría. El empleo de variados principios farmaco-dinámicos, para el estudio del funcionamiento de diversos órganos como las glándulas increторias, hígado, estómago, intestinos, pancreas, riñón, médula ósea y sistema nervioso orgánico vegetativo.

Las reacciones de aglutinación, de precipitación, de desviación del complemento; la investigación bacteriológica, ya por examen directo, por el cultivo o por inoculación experimental, la reacción alérgica y otros muchos medios de investigación que omitimos, juegan un papel importante en el diagnóstico de las enfermedades.

Si el funcionamiento perfecto y armónico de los órganos, aparatos y tejidos constituyen el estado hígido o de salud; fácil es comprender que los fenómenos contrarios determinarán la enfermedad; ésta actuando sobre un órgano o tejido determina la afección, la que al radicar en uno u otro, no limita en ellos solos, la perturbación funcional sino que con mucha frecuencia repercute sobre otros órganos o tejidos produciéndose los complejos que a cada paso se presentan en la clínica; por consiguiente, no debemos considerar la enfermedad desde un punto de vista anatómico solamente, como la consideraban los antiguos, sino desde un punto de vista fisiológico o fisiopatológico, y si este es el punto de vista en que debemos considerar la enfermedad estamos obligados a conocer los diversos fenómenos fisiológicos; y ello podemos conseguirlo, parte en los laboratorios de experimentación, pero sobre todo en el hombre enfermo, es decir en la Clínica, este pródigo libro siempre abierto para que lo lea todo el que verdaderamente se interese por la Medicina.

Tenemos pues los médicos, y bajo esta denominación debe comprenderse no sólo a aquellos que ejercen la Medicina General, sino a cualquiera de los que se dedican a las diversas disciplinas del arte

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de curar, el deber imperativo de ser fisio-patólogos antes de Cirujanos o especialistas.

Este postulado se justifica si rememoramos al azar algunos de los diversos problemas fisiopatológicos que pueden presentarse y que perentoriamente deben ser resueltos por unos y otros.

Así antes de toda intervención quirúrgica se debe conocer íntimamente al sujeto motivo del acto operatorio; si se va a actuar sobre un cardiaco, renal, hepático, diabético; si tiene tendencia al desequilibrio vago simpático, o hay antecedentes histéricos o de hemofilia; si es presa de una infección luética o tuberculosa o de otra naturaleza, si es un intoxicado.

Ante un síndrome doloroso abdominal agudo que parece requerir una intervención quirúrgica de urgencia, debe tenerse presente que hay cuadros dolorosos en los que no procede una intervención operatoria; tales como las crisis dolorosas sintomáticas de una aortitis abdominal, angor abdominal como la denomina Potain, el cólico saturnino, las manifestaciones álgicas lumbo-abdominales que ofrece la tabes y ciertas formas de neuroaxitis álgica o álgo-mioclónicas.

En ciertos fenómenos isquémicos de las extremidades, que amenazan ír hasta la gangrena, debe determinarse su etio-patogenia o sea: si se trata de una endoarteritis obliterante o de espasmo vascular de origen simpático, infeccioso, tóxico exógeno, endógeno endocrino; debe ante todo emplearse una terapéutica médica antes de una intervnción operatoria.

Al frente de una artritis vertebral que se inicia en un tuberculoso latente o en actividad en otro sitio del organismo, debe saberse si se trata de un Mal de Pott o de un Reumatismo de Poncet; pues en el primer caso está indicado un tratamiento quirúrgico u ortopédico; que sería dañoso en el segundo, en el que debe emplearse una terapéutica médica.

Las complicaciones postoperatorias son algunas tan bruscas y de tal gravedad que requieren un tratamiento enérgico y oportuno para ello es indispensable descubrir la causa eficiente que la ha producido; ya una hemorragia interna, ya una insuficiencia pura del ventrículo izquierdo o ligada a una fibrilación auricular, o fenómenos de disfunción renal, hepática suprarrenal o tiroidea; que pueden ser debidas, salvo la primera a la acción tóxica del anestésico empleado en el acto operatorio.

Si recorremos las variadas disciplinas del arte de curar o sean las especialidades, veremos: que muchas alteraciones oculares, pueden no ser primitivas, sino exponentes de afecciones de otros órganos: tales como la retinitis denominada impropiamente albuminúrica, las hemorragias retinianas, que con una gran frecuencia se presentan en el curso de las glomerulo-nefritis difusas e hipertensivas; presentándose también semejantes manifestaciones en el curso de la diabetes. La vasodilataciones retinianas sintomáticas en la enfermedad de Vaquez-Osler.

El edema de las papilas uno de los signos importantes de los tumores del encéfalo; las lesiones del nervio óptico en el curso de la tabes, las alteraciones del mismo nervio y de los oculos motores en ciertas formas de encefalitis epidémica, etc.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Las embolias de la arteria retiniana como episodio de un ateroma reblandecido o como manifestación de una endocarditis maligna.

Si pasamos a ciertos síntomas que revelan alteraciones de otros órganos: debemos saber que los vértigos o la pérdida de la equilibración, no sólo pueden ser exponentes de lesiones en los senos craneanos y en el laberinto; sino que pueden tener por origen excitaciones reflejas de punto de partida gastro-intestinal, lesiones cerebelosas, o alteraciones en la circulación del encéfalo, ya por anemia ó por hipertensión.

Ciertos ruídos subjetivos que sufren los pacientes, deben dilucidarse si están en relación con una lesión coclear, o si son debidos a perturbaciones circulatorias que se presentan en los hipertensivos simples o nefríticos, o en las anemias intensas que se observan en variadas enfermedades.

Las alteraciones de la voz o disfonias, la disnea laringea simple, las crisis de espasmos laringeo con signos asfíxicos; debemos saber si dependen de una lesión localizada en el órgano de la voz, o si es la exteriorización de compresión del nervio recurrente izquierdo, por un aneurisma localizado en la concavidad del cayado aortico,por una tumuración mediastínica o por una gran adenopatía traqueo-brónquica.

Un síndrome cardiaco, como el angor pectoris, o está en relación con una afección aórtica o cardio aórtica, o puede estarlo con una dilatación gástrica por aereofagia.

La disnea monosintomática puede ser de origen cardiaco o autotóxica como la que se presenta, por ejemplo en la uremia, o por lesión en los centros respiratorios como en algunos casos de encefalitis epidémica.

Ciertas crisis de tos acompañadas o no de espectoración, algunos trastornos dispépticosy alteraciones hepáticas; debemos saber que no siempre son signos de afecciones bronco-pulmonares, gástricas o del hígado, sino de una insuficiencia cardiaca, o mejor dicho hiposistolia.

El clínico no ignora que muchas hemoptisis no se producen por efecto de afecciones propias del aparato respiratorio, sino que están en relación con alteraciones cardiacas o cardiovasculares, o presentarse en ciertas nefritis crónicas como las hipertensivas.

La fibrilación auricular no siempre es debida a una miocarditis, puede ser generada por una disfunción thiroidea,puede también presentarse en el curso de una infección general o de una intoxicación.

La poliglobulia puede ser sintomática de un síndrome de Ayerza o serlo de la enfermedad de Vaquez o debida a una enfermedad de los Andes de forma crónica, como Monge la ha denominado con mucho acierto.

En el aparato gastro-entérico las hematemesis y enterorragias, pueden aparecer en afecciones diversas del estómago e intestinos; pero pueden también observarse en las nefritis hipertensivas o en la arterio-esclerosis con hipertensión o en arteritis de diferente origen.

Algunas perturbaciones secretorias o motoras del anterior aparato, no sólo se presentan en afecciones propias de él, sino que tie-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

nen positivamente relación con alteraciones de otros órganos, tales como el corazón, riñón, útero, o alguna glándula endocrina.

Hemos dicho que ciertas manifestaciones dolorosas abdominales, pueden no referirse al aparato digestivo, sino ser sintomáticas de una aortitis abdominal, de una tabes y aún presentarse en ciertas formas álgicas-mioclónicas de la Neuroaxitis.

Una icteria puede no ser de origen hepático, sino debido a la presencia en la sangre de ciertos pigmentos diferentes de la bilirrubina como el lipocromo producto formado a expensas de los elementos grasos, como sucede en la diabetes.

En el aparato urinario veremos que una hematuria no es siempre reveladora de una afección renal sino de rotura vascular por notable hipertensión; una hemoglobinuria pura casi siempre es el exponente de alteración del medio sanguíneo por infección o por intoxicación.

En el campo neuro-psiquiátrico es indispensable hacer una perfecta discriminación en los variados síndromes que pueden observarse; así ciertas crisis convulsivas o son exponentes de una epilepsia esencial o pueden serlo de una infección o de una intoxicación que actúa sobre las circunvoluciones motoras rolándicas; como en algunas formas de encefalitis epidémica, de paludismo pernicioso, alcoholismo crónico, etc., presentándose también en ciertas formas intensas de uremia o como manifestación refleja de un parasitismo intestinal o se deben a la existencia de una lesión vascular, una neoformación. un traumatismo craneal, etc., que actúan directamente sobre el encéfalo.

Algunas perturbaciones psíquicas pueden, no sólo estar en relación con lesiones propias del encéfalo o de sus cubiertas como en la paquimeningitis, sino presentarse como episodio en las infecciones generales o intoxicaciones diversas exógenas; pero también se les observa en ciertas formas de nefritis con manifestaciones urémicas y no son raras en la Enfermedad de Basedow, que como se sabe presenta disfusión tiroidea, ni lo son tampoco en las perturbaciones de la función ovárica.

En las diversas alteraciones que pueden observarse en el tegumento externo debe descubrirse el nexo que pueden tener con ciertas nefritis, algunas afecciones hepáticas, infecciones o intoxicaciones.

Penetrando en el campo obstétrico y ginecológico observamos que durante la gestación, parto y puerperio o pueden haber agravación de enfermedades anteriores a esta faz de la vida genital de la mujer, o se presentan nuevos cuadros morbosos del carácter infeccioso diverso o tóxico por afecciones del riñón, hígado o glándulas endocrinas.

En la época de la pubertad es frecuente la aparición de disfunciones orgánico-vegetativas, la enfermedad de Basedow, perturbaciones psíquicas diversas desde el cambio de carácter, aumento de la emotividad, hasta verdaderas crisis de enagenación mental.

Durante la menopausia es dable comprobar la aparición frecuente de trastornos cardio-vasculares con signos de notable hipertensión que pueden ser funcionales decir pasajera, o ser la iniciación

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de un proceso arterio esclerso que comienza o de una nefritis de tipo hipertensivo.

En esta época de la vida de la mujer obsérvanse con relativa frecuencia los variados matices de manifestaciones morbosas en relación con alteraciones endocrino-simpáticas; preséntanse también variados cuadros siquiátricos.

Si pasamos la vista sobre el terreno de la pediatría, no sólo es dable ver aparecer ciertas enfermedades propias a la diferentes fases de la vida del niño, si no que es posible observar afecciones de los diferentes órganos, ya congénitas, ya como consecuencia de las enfermedades propias de la infancia, o dependientes de infecciones e intoxicaciones que pueden presentarse en cualquiera época de la vida.

Después de esta rapida incursión hecha en el campo de la clínica, en la que podemos ver en el organismo enfermo la correlación que hay en el funcionamiento de los diversos órganos, pues las alteraciones de uno pueden repercutir en los otros, dando lugar a variados cuadros, cuya etio-patogenia y fisiopatología debemos conocer para efecto de un diagnostico, pronóstico y tratamiento adecuado.

Dadas estas circunstancias no es admisible pensar que la Cirugía ni las diversas especialidades puedan independizarse de la Medicina, ésta será como se ha dicho siempre la base fundamental de todas ellas.

El profesor Roger, sintetiza su pensamiento a este respecto, y dice: «La patología general fija las ideas sobre los grandes problemas que suscita el estudio del hombre; enseña doctrinas y reglas que deben servir constantemente en la práctica; aleja al médico del empirismo, y lo obliga a reflexionar sobre los fenómenos que observa, a discutir y comprender las intervenciones que debe hacer».

Pero dada la vasta extensión que abarca la Medicina necesitan los que se dedican a su estudio y ejercicio, una verdadera devoción por ella, teniendo siempre presente que no sólo es una profesión sino un sacerdocio; debiendo tener grabado en su espíritu uno de lo bellos aforismos de Hipócrates:«No se puede amar a la Medicina sin amar a los hombres».

El profesor francés Juan Luis Faure en una magnífica alocución pronunciada en el último Congreso francés de Cirujía decía: «Tenemos que elevarnos a la altura de nuestra misión casi divina y emplear todas nuestras fuerzas, para llegar a ser dignas de ella; haciéndonos capaces de cumplirla bien; para conseguirlo solo disponemos de un medio; el trabajo, el trabajo y siempre el trabajo».

Debemos pues estudiar continuamente para poder conseguir el más alto grado de cultura. El médico, como ya lo ha dicho el padre de la Medicina en uno de sus aforismos: «No tiene más que dos disyuntivas saber o creer saber, lo primero es la ciencia, lo segundo la ignorancia», optaremos sin vacilación por aquella sabiendo que sólo así prestigiaremos y enalteceremos la Medicina, siendo esto la más sólida valla que se puede oponer a aquellos pocos afortunadamente, quequieren desviarla de su noble rol, que como Berard en frase insuperable lo dijo: «la Medicina es un arte que cura algunas veces, alivia con frecuencia, consuela siempre».

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Terminaremos nuestro cometido evocando al célebre profesor español Letamendi, quien en uno de sus magníficos aforismos dice: «En medicina a inversa de la milicia hay que empezar sentando plaza de general, para venir más tarde a conocer cuál es el arma especial de que puede uno ser más digno soldado. Sólo de esta suerte se llega a especialista sin parar en industrial».

Señores: Si queremos realzar la profesión médica, estamos obligados a sacrificarnos por ella; si es el dolor o sea la enfermedad, porque todo sufrimiento es dolor, el que tenemos que presenciar a cada momento, si este es crisol que purifica los sentimientos no sólo del que sufre, sino del que lo aprecia; seguramente estamos en las mejores condiciones para cumplir con nuestro deber no sólo de saber sino también de ser buenos y ser probos; como dice Callot: «La probidad sin ciencia, no hace al médico, y la ciencia sin probidad no hace al verdadero o perfecto médico; precisa una y otra para perfeccionarla y cumplirla»; sólo así podremos llenar debidamente la alta misión que necesariamente ejercemos en la sociedad.

EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS MEDICA

Por el Dr. Max Arias Schreiber

Actuaciones del 20 de Diciembre

En la mañana.

VISITA AL ASILO COLONIA DE ALIENADOS DE MAGDALENA.

Disertaciones de los profesores: Miguel Aljovin, Estanislao Pardo Figueroa y Hermilio Valdizán.

En la tarde.

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA EN EL PAIS

Por el Prof. Dr. Guillermo Gastañeta

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS QUIRURGICA

Por el Prof. Dr. Constantino J. Carvallo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Actuaciones del 21 de Diciembre

En la mañana.

VISITA AL HOSPITAL MILITAR «SAN BARTOLOME»

1°.—Saludo del Dr. G. Alarco, inspector del Servicio de Sanidad Militar.

Señor presidente del congreso nacional de medicina:

Señores congresistas:

Es la primera vez que el cuerpo médico peruano visita las instituciones médico-militares y la oportunidad se ha presentado con motivo de la celebración del primer congreso nacional de medicina, que le ha cabido la satisfacción de iniciar a uno de los nuestros, a uno de esta casa, en la que ocupa puesto destacado, como brillante es su actuación profesional, a Fortunato Quesada. Para él todas nuestras felicitaciones, porque supo romper el hielo de la indiferencia en que vive la profesión médica peruana, indiferencia que justo es declararlo no ha llegado a las profundidades de la conciencia colectiva, porque el espíritu de clase es inmortal, se adormece y despierta cuando lo sacuden los perennes intereses del agregado social y del cuerpo médico en particular.

Bienvenidos médicos peruanos, que habéis llegado a visitar la Sanidad Militar; aquí en este hospital, en el taller de la investigación médica, en donde se labora preventiva y curativamente. Preventivamente, porque la medicina militar, antes que otro sector de la actividad profesional, es profiláctica más que curativa, pues está obligada a conservar los efectivos, aplicando las reglas de la higiene para la preservación de la salud del soldado, creando de ese modo el profesional que vió en el porvenir Wright cuando dijo que la medicina del futuro sería la inmunización. La acción curativa, aunque puesta en segundo término es también muy importante, ya que tiene por objeto rehacer los efectivos lo más pronto posible, por las exigencias de la nación en armas.

Dada mi condición de inspector del servicio de Sanidad Militar, os doy señores congresistas el más afectuoso saludo de bienvenida, al penetrar en este recinto, que tiene una larga historia, que vió desfilar a muy connotadas eminencias médicas, derramando sus bondades a torrentes, cuando en la fría visita de una mañana pusieron el consuelo a un enfermo o salvaron a un buen servidor de la patria.

Es con gran placer que la Sanidad Militar recibe la visita de los miembros del primer congreso nacional de medicina, porque por primera vez vá a demostrar en público su labor, hasta ahora silenciosa, preparatoria, interna y de organización. Podría decirse, sintéticamente, que ha sido defensiva, si se prefiriese el lenguaje militar.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Defensiva porque ha tenido que defenderse ella misma de todos los factores que entraban el desarrollo de un organismo en vías de crecimiento; defensiva, porque ha sido menester que adquiera la respetabilidad dentro del organismo armado; defensiva,porque tuvo que luchar para demostrar que el capital humano es el más valioso de todos los capitales y que hay que cuidarlo satisfaciendo imperativas e ineludibles necesidades del Estado; defensiva, porque siendo la primera institución que ha postulado el criterio preventivo, ha tenido que realizar obra persuasiva para que triunfe su concepto en medio de la hegemonía del criterio curativo; defensiva, en fin, porque tenía que organizarse, como en efecto lo ha hecho, dictando sus reglamentos y las bases de su organización que están plasmadas en las orientaciones de los últimos congresos de medicina militar.

Conseguida esta etapa y laborando paralelamente a ella se ha procurado la selección del personal, que se ha conseguido satisfactoriamente. El personal se recluta de entre los alumnos de medicina que poseen las más altas notas; al recibirse constituyen los médicos militares más competentes y los futuros directores del instituto.

Con la militarización de los médicos y la aplicación de los ascensos que rigen en el medio militar, se ha hecho verdadera carrera médico-militar; igualmente el sistema de concursos ha contribuído a elevar el prestigio del servicio de sanidad, que es una de las pocas reparticiones de la administración pública donde se ha erigido este sistema de nombramiento.

Para facilitar el desarrollo de nuestro plan, ha sido necesario formar también la conciencia sanitaria del ejército, orientando en los principios de la medicina preventiva, tanto al soldado como al oficial; la disciplina del ejército ha facilitado esta enseñanza y tal como lo prescriben nuestros reglamentos y programas de trabajo, se le da a los soldados en los cuarteles, a los candidatos a oficiales en la Escuela Militar y a los fututos jefes del ejército en la Escuela Superior de Guerra; en ésta forma sistemética se contribuye a la educación higiénica del pueblo por medio del ejército.

Siendo necesario el material sanitario, se ha organizado la Farmacia Central del Ejército, pequeño modelo de organización científica y administrativa que ha dado resultados muy valiosos para nuestro instituto.

La obra sanitaria del ejército se procura realizar con las más modernas ideas de la ciencia profiláctica y el hilo conductor de las necesidades preventivas está en la demografía, que desde 1911 se lleva en la Sanidad Militar de acuerdo con las normas dadas por los congresos científicos, que se han ocupado de este asunto.

Los elevados guarismos de morbosidad, mortalidad y licenciamiento indicaron el camino que había de seguirse cuando iniciamos nuestra actuación; si se compara las cifras de hace quince años con las actuales, se comprueba su reducción en un treinta por ciento; pero cotejándolas con las de otros ejércitos, se comprueba que son aún elevadas y por lo tanto que hay que luchar por reducir, sobre todo el grupo de las llamadas evitables que comprende el 70 por ciento del total, citándose entre ellas el paludismo que ocupa el primer lugar, la gripe, las enfermedades venéreas, la disentería, etc.;

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

la viruela, la fiebre tifoidea y el tífus exantemático se han olgrado desterrar.

Pero para poder reducir las cifras de las enfermedades evitables, tal como nos proponemos, se necesita tener presente el concepto que expresamos en la Memoria de 1914: "La lucha para preservar al soldado de las enfermedades infecciosas, está ligada en gran parte a la campaña que corresponde efectuar a las autoridades civiles y en favor de la cual los médicos militares podemos ser eficaces colaboradores."

En la actualidad estamos ya preparados para realizar aquel anhelo; nuestro personal médico, muchos de ellos verdaderas competencias militarizadas, están resueltos a cumplir con entusiamo los reglamentos que prescribe dicha colaboración sanitaria; con nuestros enfermeros y piquetes de saneamiento debidamente preparados, se harán los primeros ensayos de esta obra preventiva en los departamentos del sur, que son los más necesitados; estamos dispuestos a ponerlos a disposición de las autoridades sanitarias civiles, cuando se presente la oportunidad, tal como una epidemia de viruela, tifus, gripe, etc., equipados con el material apropiado para dichas luchas que se ha encargado al extranjero.

Pero ésto no basta; es indispensable fijar cuáles serán las orientaciones sanitarias de la república, traducidas en un código sanitario en el que se establezca la unidad de doctrina sanitaria y la coordinación de acción, muy especialmente durante el tiempo de paz; también es indispensable saber cuántos somos, lo que sólo se obtendrá levantando el censo de la república, eludiendo el escollo económico de su enorme costo, con la intervención de todos los elementos de la administración pública capacitados para colaborar o que tengan interés en sus resultados; con dicho personal dirigido y orientado por la Dirección General de Estadística, disminuirían los gastos en un 80 por ciento. Se plantea este procedimiento teniendo en cuenta la obligación que tienen todos los empleados públicos de colaborar en la resolución de todos los problemas nacionales que signifiquen progreso; se necesita llevar la contabilidad demográfica de cada una de las poblaciones del Perú, con el fin de conocer las aterradoras cifras de su despoblación. El problema de la lucha contra las enfermedades evitables exige orientar a todos los médicos teniendo presente que la inmunización, el aislamiento, la desinfección, constituyen el trípode sobre el que descansa la medicina preventiva.

Tales son, señores congresistas, algunos de los problemas sanitarios que no puede resolver sola la Sanidad Militar; para facilitar nuestra colaboración en éste certámen médico, hemos querido limitarnos a recomendar procedimientos; hemos abandonado el campo del idealismo, hemos trabajado en forma práctica, aprovechando de este llamamiento científico para traducir nuestras orientaciones y planes de acción, especialmente sobre la mejor forma de orientar la colaboración de la Sanidad Militar con las autoridades sanitarias civiles, en la lucha contra las enfermedades evitables, que tanto daño hacen en nuestro ejército.

Tal es lo hecho hasta hoy, en relación con el medio civil, por la Sanidad Militar y lo que desea hacer; en cuanto al porvenir no pue-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de anticiparse, pero sí nos comprometeríamos a relatar en el próximo certámen los progresos de la Sanidad Militar, si se estableciera que estos Congresos sirven para trazar rumbos y programas que se pongan en práctica, en el tiempo que media entre certámen y certámen. La obra médico-social necesita estímulo y ninguno mejor que estas reuniones, donde harían de jueces técnicos nuestros compañeros de profesión.

Señores:

Visitad el Hospital Militar y al pasear sus servicios, pensad que ya está dispuesta la construcción de un nuevo Nosocomio, que dé la salud al soldado enfermo y sirva de centro de investigaciones médico-militares.

2°.—Dr. Fortunato Quesada—"Restauraciones articulares" pasándose una película cinnematográfica.

3°.—Dr. E. Aguilar Oliva—"Sobre extracción de los cuerpos extraños en el seno maxilar por trepanación del antro".

4°.—Drs. Carlos Monge y A. Hurtado. "Trombosis de las coronarias".

5°.—Dr. Max. Arias Schreiber. "Pneumotórax en la tuberculosis pulmonar".

6°.—Dr. Quesada. "Un caso de pseudo artrosis" y Standarización de los servicios de cirugía.

7°.—Dr. La Torre. "La diatermo coagulación en algunas afecciones cancerosas de la piel".

8°.—Dr. Zevallos. "El aparato de Lamotte para el dosaje de la acidez o alcalinidad de la sangre".

9°.—Dr. Galliani "Anestesia por el cloruro de etilo en odontología.

10°.—Dr. José Luis Becerra. "Radiografías y estereoscopias, interesantes".

———

En la tarde.

"ESTADO ACTUAL DE LA ODONTOLOGIA EN EL PAIS"

Por el doctor Reynaldo Cott.

———

"LA CAPACIDAD MASTICATORIA Y EL SERVICIO MILITAR",

por el doctor Alberto Galliani.

———

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Actuaciones del 22 de Diciembre

En la mañana

LA PROTECCION DE LA MADRE Y DEL NIÑO EN LA ACTUAL POLITICA SANITARIA

Por el Dr. Sebastian Lorente

Desde ningún otro estrado podría complacerme tanto dirigir mi saludo cordial a los miembros del Primer Congreso Nacional de Medicina, como desde el de la Junta de Defensa de la Infancia, institución, creada en hora feliz por el actual mandatario, para la proteccion de la madre y del niño. Porque si el cimiento y el pedestal de toda política de sanidad y asistencia, autenticamente moderna y previsora, es la defensa de la infancia y la maternidad en sus más amplios alcances, reside en esta institución la parte fundamental de la obra de resurgimiento patrio, en su faz biológica y eugénica.

El niño constituye a tal punto la preocupación sustantiva de la higiene pública moderna, que el siglo actual empieza ya a reclamar para sí, con el más honroso y el más característico, el título de siglo del Niño. Y siglo del Niño se llamará por antonomasia, porque, como consecuencia del progreso ético, social y científico de la época, el valor de la maternidad y de la infancia ha alcanzado su máximo grado de exaltación y de él brota expontáneo e instintivo, el impulso de identificar con la suerte del Niño, la suertede la Nación.

El niño es el porvenir; y, por consiguiente, puede decirse que el porvenir de la patria depende siempre de lo que hagamos por nuestros niños. El florecimiento magnífico a que asistimos en el mundo civilizado, de la Puericultura, la Eugenesia, la Piadología, constituye el triunfo de la intuición formidable y salvadora de que la base de la civilización y la sociedad futuras, radica en la protección integral del Niño. En este fecundo terreno, que singulariza a nuestra época, redimiéndola de sus miserias, la Higiene y la Asistencia se enlazan con las ciencias de la Educación, para colaborar estrechamente unidas en el magno trabajo de modelar el alma y vigorizar el cuerpo del hombre de mañana. Y el amparo de la infancia tiene que empezar, para ser completo y eficáz, en la maternidad, entendiéndose esta fase como un proceso que comienza mucho antes de la concepción misma, en la educación sexual, en las normas eugénicas. En las naciones europeas esta política representa en gran parte una reacción contra los factores depresivos de la natalidad que la misma civilización engendra, factores que entre nosotros no se presentan todavía sino en cierto restringido plano de vida urbana y que ojalá sepamos prevenir, conjurando desde su orígen un problema que en nuestra realidad resultaría absurdo y extraño. Pero, por esto mismo, la defensa de la maternidad y de la infancia, tiene en nuestro país un sentido más imperativo y un alcance más trascendente.

Nuestro gran problema es un problema de población, como clarovidentemente lo ha sentido el ilustre estadista que nos gobierna don Augusto B. Leguía y al cual ha tocado el insigne mérito de hacer del fomento del capital humano, uno de los grandes postu-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

lados de su programa de reconstrucción nacional. El Perú es un país despoblado, como nos lo recuerda a cada instante la enorme desproporción entre su población y su territorio; y si el criterio pasivo, inertemente determinista, de los hombres del pasado, pudo esperarlo todo de los milagros de la inmigración y de que, con la expontánea repetición del caso de los países americanos del Atlántico, viniese de fuera el impulso destinado a vivificar nuestras riquezas, el espíritu hondamente optimista, creador y activo de los hombres de hoy, concibe el engrandecimiento nacional como una obra que afrontamos, aceptamos y cumpliremos nosotros mismos, no rehusando ni prescindiendo del concurso valioso de los que quieran venir a nuestro suelo, a los cuales abrimos generosamente nuestras puertas, más sí confiando a nuestra propia capacidad la dirección del progreso patrio.

El Perú, por tanto, más que ningún otro país, tiene que hacer una política demográfica, o sea una política de Sanidad y Asistencia Social, con la doble ventaja de estimular y robustecer su propio crecimiento autógeno, al par que asegurar a sus inmigrantes las condiciones de vida esenciales para atraerlos. Y esta política tiene que ocuparse fundamentalmente de la infancia, no tan sólo porque ésta es la orientación general de la nueva acción médico-social, sino porque el nivel cultural de las masas y las condiciones económicas y sociales en que viven, son factores de una excesiva mortalidad infantil, que ataca en sus bases vitales nuestro desarrollo demográfico.

La población es prolífica; el índice de natalidad es elevado; los medios de subsistencia crecen a medida que la explotación de las riquezas naturales del país avanza; pero la mujer no está preparada dibidamente para la maternidad, mientras de otro lado, en las poblaciones urbanas, la paternidad irresponsable, causa el abandono material y moral de innumerables niños.

El Estado tiene la obligación de cegar esas fuentes de mortalidad y de degeneración de nuestro capital humano, amparando a la madre y salvando al niño, para acrecentar la población con seres aptos y sanos. El problema de la mortalidad infantil, permaneció sin embargo, relegado por mucho tiempo, a la atención de la filantropía privada; y sólo ahora es abordado y planteado con firme voluntad de resolverlo ampliamente. Dije en una ocasión y quiero ahora repetirlo, que una de las características que diferencia el criterio médico-social de este régimen político, del vago y empírico de sus predecesores, consiste en que estos reducían la asistencia, abandonada por lo demás a la caridad, a la función de albergar en un triste asilo, al anciano y al niño huérfano, en cuya frente se inscribía con crueldad, el estigma de la inclusa, en tanto que ahora, solemnemente proclamados los derechos de la maternidad, siempre legítima y hermosa, se ampara al trabajador y en especial a la madre, en el taller y en el campo, abriendo a todos los niños que lo necesitan, las puertas de nuestros dispensarios, cunas e institutos de puericultura.

Como es natural, un problema tan complejo y extenso, vinculado a los problemas básicos de nuestro progreso social, económico y educativo, no puede resolverse autónomamente, en un breve

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

plazo, con los medios exclusivos de la acción sanitaria. Pero los principios de su solución radical, integramente abarcada, están sentados; y el órgano a través del cual el Estado estudia y domina sus condiciones concretas y sus íntimas modalidades, preparando al mismo tiempo el personal técnico capacitado para una puericultura extensiva, es esta Junta de Defensa de la Infancia que tiene en el Instituto Nacional del Niño, su valioso y seguro instrumento de realización, de experimentación y de enseñanza.

Aunque esta labor principia a penas, ya son múltiples y notorios sus resultados prácticos. Quince mil niños reciben en la Capital de la República y sus alrededores, el amparo del Estado en nuestras gotas de leche y centros de puericultura; nuestra acción se ensancha gradualmente a otros centros urbanos; se ha conseguido reducir a 24 por mil la mortalidad infantil; está terminándose la gran obra del Hospital del Niño, Julia S. de Leguía, el cual será un centro modelo en su género; el control sanitario de la leche y sus derivados, ha sido reglamentado; prospera la obra de los "Roperos Infantiles", las fábricas cuentan con salas cunas y son obligadas a respetar los principios de la ley de protección del trabajo de la mujer y del niño; y, sobre todo, por medios de estos establecimientos y sistemas, vamos descubriendo y analizando cada día, mejor, los factores de este gran problema y vamos entrenando y especializando a los elementos técnicos, sin los cuales la aplicación de un programa sería absolutamente imposible.—Nuestras Enfermeras Visitadoras, constituyen la primera legión de auxiliares del médico puericultor, destinadas a llevar la enseñanza y la asistencia al hogar mismo, buscando a la madre desamparada y al niño desvalido donde se encuentren. Y el amparo legal de la maternidad, que recién establecido da sus primeros frutos, representa el embrión de una trascendente acción del Estado, llamada a corregir un mal social de nocivos alcances.

Esta labor que, de una parte, se concreta en socorro inmediato de muchos necesitados, de otra parte—y en ésto encuentro acaso su mayor eficacia—nos está revelando poco a poco todos los factores del problema de la maternidad y de la infancia, factores que no son sólo sanitarios o médicos, sino también económico-sociales y educativos. Así la encuesta domiciliaria que las enfermeras visitadoras han iniciado, nos indica que la solución del problema de la habitación obrera es fundamental para la salvación de los niños de las clases trabajadoras. A la vez que llevan el consuelo, el consejo y la ayuda a los hogares pobres, estas nuevas misioneras de la Asistencia, investigan y documentan uno de los aspectos de nuestra realidad social, determinando la acción de encararlo y resolverlo.

Esta obra grande y práctica tiene que reposar en estudios precisos, en datos exactos, en principios científicos; no en intenciones vagamente generosas, ni en abstractos postulados humanitarios. Por esto saludo, con sincera y convencida solidaridad, como un acontecimiento de positiva importancia vuestra presencia en este Instituto, que cristaliza una de las fases más hermosas de la obra del Gobierno. Ninguna ocasión como esta para renovar mi llamamiento a todos los colegas médicos y en especial a los de provincias, para que colaboren en nuestro esfuerzo, contribuyendo a la mayor exten-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sión de la acción protectora de la madre y del niño, porque al hacerlo cumplirán uno de los más grandes y patrióticos imperativos. Y dichas estas palabras de exposición y de saludo, os invito a examinar los hechos, las cifras, los actos, de este centro de aplicaciones e investigaciones, donde se trabaja con la mirada puesta en el porvenir grandioso de la Patria y en sus sacros destinos.

En la tarde

ESTADO ACTUAL DE LA FARMACIA EN EL PAIS

Por el Profesor Dr. Angel Maldonado

Actuaciones del 23 de Diciembre

En la mañana.

LA MEDICINA Y LA ANTROPOLOGIA

Por el Dr. Julio C. Tello

LA HISTORIA DE LOS MUSEOS NACIONALES DE CIENCIAS NATURALES Y SU ORGANIZACION MODERNA

Por el Dr. Carlos Rospigliosi y Vigil.

En la tarde.

SESION DE CLAUSURA

En esta actuación se aprobaron los siguientes votos:

1.—El Primer Congreso Nacional de Medicina expresa su agradecimiento al Sr. Presidente de la República, por el apoyo que ha prestado para organizar y realizar este primer certámen médico nacional.

2.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que entre los fines primordiales de éstos certámenes están: estrechar la solidaridad profesional, orientar la obra gremial, y propender a la nacionalización de todas sus manifestaciones.

3.—El Primer Congreso Nacional de Medicina saluda fraternalmente a todos los profesionales que ejercen las diferentes ramas médicas en el país.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

4.—El Primer Congreso Nacional de Médicina otorga un voto de aplauso a la Academia Nacional de Medicina por la implantación de la "Semana Médica" en el Perú.

5.—El Primer Congreso Nacional de Medicina expresa la conveniencia de que se organice la Confederación de todas las instituciones intelectuales del país.

6.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda un voto de aplauso al Servicio de Sanidad Militar, por su importante colaboración al presente certámen.

7.—El Primer Congreso Nacional de Medicina, recomienda que se organize el "Museo Unánue", tal como lo tiene proyectado la Facultad de Medicina.

8.—El Primer Congreso Nacional de Medicina, concretando el anhelo del cuerpo médico nacional,expresa que el Estado debe honrar la memoria de Hipólito Unánue, el Padre de la Medicina peruana, realizando lo más pronto la erección del monumento que le tiene acordado.

9.—El Primer Congreso Nacional de Medicina otorga un voto de aplauso y de estímulo a la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" por la intensa labor que realiza.

10.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es de urgente necesidad la dación de un Código Sanitario y recomienda que al confeccionársele se tenga presente la coordinación de los organismos sanitarios y su cooperación en las obras médico-sociales.

11.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es urgente para las necesidades del país, la realización de un censo de la población de la República, y juzga que en el momento de su confección, se tengan presentes las sugerencias formuladas por el Servicio de Sanidad Militar, que recomienda aprovechar para la ejecución de ésta obra, a todos los elementos de la Administración Pública que puedan colaborar o tengan interés en sus resultados.

12.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es necesario centralizar en un solo organismo todo lo que atañe a conservar la salud y la vida de las poblaciones del país, para que se realice obra de coordinación médico-social y de eficiencia sanitaria, creándose para el efecto el Ministerio de Higiene.

13.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que en el estado actual de la ciencia no hay otro remedio específico para la curación del paludismo que la quinina i la plasmoquina.

14.—El Primer Congreso Nacional de Medicina estima que debe prohibirse, por la autoridad competente, el anuncio y la venta de pretendidos específicos de la tuberculosis.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

15.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que se implante cuanto antes el control oficial de los sueros, vacunas, productos opoterápicos, etc. y declara que para esta medida, como para otras de carácter sanitario, es urgente crear un Instituto Nacional de Higiene, tal como lo tiene proyectado la Dirección de Salubridad Pública.

16.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a los Poderes Públicos que presten preferente atención al mejoramiento de las oficinas de estadística y demografía en todos los departamentos y provincias de la República.

17.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda extender á todos los lugares del país, el reglamento que debe regir la locación de servicios de nodrizas.

18.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda intensificar la lucha contra la disentería amebiana dada la frecuencia con que se está presentando en la infancia.

19.—El Primer Congreso Nacional de Medicina considera que el uso de chupón por el lactante, en condiciones higiénicas, no debe condenarse.

20.—El Primer Congreso Nacional de Medicina manifiesta que es urgente realizar entre nosotros labor de higiene mental, a fin de luchar contra todas las causas que llevan a la degeneración psíquica y por esto recomienda la creación de una "Liga de Higiene Mental".

21.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que se establezca la selección mental de los que pretendan ingresar a la Universidad y Escuelas Especiales.

22.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el estudio y la práctica de la vacuna B. C. G. del profesor Calmette.

23.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda al Cuerpo Médico la conveniencia de proceder empeñosamente al diagnóstico precóz de la tuberculosis pulmonar, a fin de implantar el tratamiento oportuno.

24.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda: recomendar la construcción de una Clínica modelo para enfermos de los ojos; mejorar los servicios actuales y que se creen estos servicios en los hospitales que carecen de ellos.

25.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que se prosiga la campaña contra la oftalmía de los recién nacidos valiéndose del método de Crédé.

26.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que la campaña contra el tracoma se mantenga en la misma forma que hasta hoy, a fin de evitar la propagación de esta enfermedad entre nosotros.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

27.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el programa para la Lucha Antivenérea, que ha confeccionado el Servicio de Sanidad Militar, programa ya aprobado por la Primera Conferencia Nacional Antivenérea.

28.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el programa para la Profilaxia de la GRIPPE, presentado por el Servicio de Sanidad Militar, porque en él se contemplan las medidas más aceptadas para luchar contra ésta dolencia.

29.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el Programa General de Lucha contra el TIFUS EXANTEMATICO presentado por el Servicio de Sanidad Militar, pues en él se contemplan todos los procedimientos para evitar y combatir esta enfermedad endémica en la sierra.

30.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el plan de lucha contra el PALUDISMO que ha preparado el Servicio de Sanidad Militar, porque además de sus fines preventivos, procura la coordinación de los organismos sanitarios en la lucha contra ésta enfermedad endémica en el país.

31.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el programa para la Campaña contra la TUBERCULOSIS que ha preparado el Servicio de Sanidad Militar, en el cual se contemplan los diversos sectores de la lucha contra ése flagelo.

32.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda la dación de una ley de indigencia, a fin de evitar que los servicios médicos gratuitos se soliciten indebidamente.

33.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a los Poderes Públicos la creación de la carrera sanitaria, a base de concurso y de escala de ascensos.

34.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a los Poderes Públicos la ejecución de obras de agua y desagüe en todas las poblaciones de la República, como base de la labor profiláctica contra las enfermedades infecto-contagiosas.

35.—Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda, para facilitar la lucha contra las endemias y epidemias de cada región de la República, solicitar la creación de laboratorios regionales.

36.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que se estudie la implantación del "Seguro Social".

37.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a los Poderes Públicos la creación de un Instituto nacional de Psicotecnia donde se haga la selección y orientación profesional de acuerdo con los postulados la Psicología aplicada.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

38.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que hay que mantener e intensificar la lucha contra el alcoholismo en el país, porque ella contribuye a facilitar la obra sanitaria.

39.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es conveniente prestar atención a la embarazada tuberculosa, especialmente por obras de asistencia social.

40.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que el Circulo Médico Peruano incorpore en sus Estatutos y Reglamento las ideas contenidas en el proyecto de Reglamento del Sindicato Médico, presentado por el Dr. Guillermo Fernández Dávila, toda vez que ellas vendrán a orientar la obra sindical que urge desarrollar entre nosotros.

41.—El Primer Congreso Nacional de Medicina propone que se nombre una Comisión que gestione ante el Senado de la República, el pronto despacho del proyecto de ley de represión del empirismo, que ya ha sido aprobado en la Cámara de Diputados.

42.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda se gestione la dación a la brevedad posible, de una Legislación integral para el ejercicio de las profesiones médicas; y declara que en su elaboración deben participar los personeros de las corporaciones médicas.

43.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a los Poderes Públicos que se asigne a los médicos Titulares y Sanitarios, a los Farmacéuticos y Dentistas — nombrados para las diversas provincias de la república — un sueldo que esté en relación con las altas funciones que desempeñan en la sociedad y que compense los sacrificios que significa el desempeño de sus labores.

44.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda se gestione ante los Poderes Públicos la cancelación de todos los tratados que existen con otros países, sobre intercambio de profesiones liberales. Así mismo recomienda que para permitir a los médicos extranjeros el ejercicio de la profesión en el territorio de la república, se les exija las mismas condiciones de nacionalización y otras que se han fijado en su país de origen.

45.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda recomendar a los miembros del "Círculo Médico Peruano" el cumplimiento de las disposiciones contenidas en sus estatutos sobre el modo de anunciarse en los diarios comerciales.

46.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda recomendar a la Facultad de Medicina señale el tiempo y las condiciones necesarias, para que un Médico egresado de esa Facultad pueda adquirir el derecho de titularse especialista.

47.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda recomendar la organización, en todas las Capitales de Departamento y ciudades

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

importantes de la República de Círculos Médicos filiales de Lima, para propender a estrechar los vínculos de compañerismo y activar la labor médica en las respectivas regiones.

48—El Primer Congreso Nacional de Medicina manifiesta que se debe denunciar todo caso de aborto criminal que se conozca, y que esto debe hacerse ante el Tribunal de Honor propuesto por este Congreso.

49.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es urgente la modificación de la ley de 20 de enero de 1911, pues tal como está concebida no corresponde a la finalidad de la equitativa reparación de los accidentes de trabajo; debiendo encomendarse la solución de este importante problema de organización social a una Comisión elegida por el Congreso Nacional e integrada por miembros de su seno y personeros de las diversas instituciones médicas del país.

50.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda gestionar que las delegaciones de Medicina encargadas de perseguir el ejercicio ilegal de la profesión y combatir el empirismo estén compuestas:

En la capital de la República por el señor Director de Salubridad el señor Prefecto y por un delegado de la Facultad de Medicina, del Hospital "Dos de Mayo", del Hospital "Arzobispo Loayza", del Instituto de Farmacia y del de Odontología.

En las capitales de Departamento por cinco miembros bajo la presidencia del Prefecto respectivo (Prefecto, Médico Sanitario, un médico destacado de la localidad, un farmacéutico y un odontólogo).

En las Capitales de Provincia por tres (el Sub-prefecto, el Médico Titular y un médico destacado).

51.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda la creación de un alto Tribubal Deontológico, con sede en la Capital de la República; estará constituído por un representante del Poder Ejecutivo (Director de Salubridad) y delegados de las Instituciones médicas del País (Facultad de Medicina, Academia Nacional de Medicina, Círculo Médico Peruano, Sociedad de Cirugía, Institutos Universitarios de Farmacia y de Odontología).

52.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el proyecto del diputado Dr. Perez Velasquez y hace suyo el voto formulado en la Primera Conferencia Nacional Antivenérea que dice: Solicitar se introduzca en nuestra codificación civil la prescripción del certificado médico para el matrimonio.

53.—El Primer Congreso Nacional de Medicina considera que en la confección de las leyes que tengan vinculaciones con la medicina debe escucharse, invariablemente, la opinión de las instituciones médicas del país.

54.—El Primer Congreso Nacional de Medicina acuerda solicita- la modificación de los artículos 124 y 130 del Código de Procedimientos

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

en Materia Criminal, por considerarlos deprimentes para la dignidad profesional.

55.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a los Poderes Públicos adopten, con carácter oficial, para los procedimientos de Identificación personal, la clasificación dactiloscópica de VUCETICH o SUDAMERICANA.

56.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que se considere la forma de hacer práctico el riesgo profesional médico, a fin de que pueda incorporarse en una nueva ley de accidentes del trabajo.

57.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que para la mayor eficiencia de la labor pericial y de acuerdo con los preceptos jurídicos, es necesario independizar la obra médico-forense policial, de la que necesitan los tribunales de justicia, la cual deberá asegurar la Inspección General de Prisiones.

58.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que para el debido conocimiento de las ciencias jurídicas, es necesario que los futuros abogados reciban enseñanza de medicina forense.

59.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que se organice un Instituto de Medicina Legal, donde se hará la preparación de los futuros medicos legistas y que dicho Instituto creado a base de la cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Lima lleve el nombre del Prof. AVENDAÑO por haber sido quien lo propuso en 1918.

60.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda hacer un censo del número de camas con que cuentan los Hospitales de la República.

61.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a los Poderes Públicos favorezcan por todos los medios posibles el sostenimiento y el progreso de los hospitales existentes y la creación de nuevos organismos hospitalarios en las poblaciones que los requieran.

62.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que correspondiendo a los hospitales la defensa de la salud y de la vida, debe propenderse a que ellos no sean como hasta hoy simples organismos de asistencia, sino que funcionen también como centros de medicina preventiva y de acción social.

63.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es fundamental que los hospitales y clínicas particulares reunan las condiciones técnicas que corresponden a su debida organización.

64.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que las nuevas construcciones hospitalarias deben ser para ambos sexos v que en las de provincias se creen, además, secciones destinadas para la atención de los enfermos provenientes del ejército y de la policía.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

65.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es conveniente que en las nuevas construcciones hospitalarias presida el concepto de la centralización de los pabellones o servicios.

66.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda la creación de hospitales regionales para enfermos mentales.

67.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que los hospitales comunes deben estar preparados para poder realizar la asistencia de enfermos mentales agudos.

68.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es necesario prestar asistencia científica a los enfermos crónicos y a los mutilados, para que desempeñen algún papel social los primeros y se reeduque a los segundos.

69.—El Primer Congreso Nacional de Medicina cree necesario que a los ciegos y sordo-mudos se les preste asistencia científica.

70.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que los consultorio de los hospitales deben estar orientados para asistencia integral y labor de higiene social, a fin de producir resultados prácticos y provechosos.

71.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que hay que agregar en la actual organización de los consultorios, uno especialmente dedicado a neuro-psiquiatría.

72.—El Primer Congreso Nacional de Medicina teniendo en cuenta que la asistencia de los enfermos de tuberculosis, reviste la mayor importancia social y que es necesario e indispensable en élla la acción profiláctica, recomienda de preferencia en toda organización de lucha contra esa enfermedad, la creación de dispensarios tipo Calmette, que tienen a su servicio enfermeras visitadoras y cumplen funciones de asistencia social.

73.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que no habiendo clima específico para la tuberculosis, las ventajas que reportan los sanatorios se deben exclusivamente al régimen de asistencia higiene-dietético que se sigue en esos Establecimientos, y que no existen, por lo tanto, razones científicas que hagan necesaria su ubicación en regiones de gran altitud.

74.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda la necesidad de fundar sanatorios marítimos para el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas, particularmente para las de los niños.

75.—El Primer Congreso Nacional de Medicina manifiesta que es absolutamente premioso que en los hospitales comunes se construyan pabellones especiales debidamente aislados, para el tratamiento de los tuberculosos y que dichos servicios deben cumplir también fines de asistencia social.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

76.—El Primer Congreso Nacional de Medicina teniendo en cuenta que la campaña de profilaxia anti-venérea se funda al presente en la asistencia del enfermo, recomienda la creación de dispensarios anti-venéreos que funcionen permanentemente, pero de preferencia en las últimas horas de la tarde.

77.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que los servicios que prestan los enfermeros son indispensables para la buena asistencia hospitalaria y que convendría otorgarles título nacional.

78.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que en cada establecimiento hospitalario de importancia, exista una escuela de enfermeros.

79.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es necesaria la preparación de enfermeras visitadoras de higiene social.

80.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es de urgente necesidad organizar en las cárceles de la República, enfermerías que satisfagan convenientemente a sus fines.

81.—El Primer Congreso Nacional de Medicina estima que cuando se contemplen las reformas que deben experimentar las Sociedades de Beneficencia, conviene que se oiga la opinión de las instituciones médicas, al estudiar particularmente las de orden técnico.

82.—El Primer Congreso Nacional de Medicina, recomienda que se establezca en todos los organismos médicos del Instituto armado (Ejército, Marina y Policía), un servicio Neuro-psiquiátrico, dado los altos fines de selección y profilaxia mental, que es necesario desarrollar en ésas reparticiones de la Administración Pública.

83.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda a losPoderes Públicos la construcción de cuarteles, porque de esa manera mejorarán las condiciones sanitarias del Ejército.

84.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que la lucha contra el paludismo es un problema nacional.

85.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que en la Facultad de Medicina se cree la Cátedra de Historia de la Medicina y en especial de la peruana, y recomienda esta medida como una de las más eficaces para evitar la desnacionalización de la Medicina Patria.

86.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que la Facultad de Medicina contemple la orientación filosófica en la enseñanza de las futuras generaciones médicas.

87.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es conveniente la creación del título de especialista en Medicina preven-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tiva y que ellos deben ser los futuros encargados de la salubridad nacional, una vez que adquieran esos conocimientos.

88.—El Primer Congreso Nacional de Medicina, expresando el deseo del cuerpo médico, manifiesta que se debe honrar la memoria de los médicos y estudiantes que tomaron parte activa en la guerra de 1879.

89.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es urgente intensificar la propaganda de la higiene dental y que para esto debe crearse una Liga de Profilaxia Dental.

90.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que para la formación del profesorado de Odontología, conviene establecer el pensionado en el Extranjero para Cirujanos Dentistas, que reunan requisitos especiales de idoneidad y vocación para la docencia.

91.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que se incluya en el Plan de estudios del Instituto de Odontología, los cursos de antropología, semiología y terapéutica generales aplicadas a la Odontología.

92.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que en las obras de previsión y asistencia social se tengan presente las medidas pofilácticas de orden dental, que tienen que ser desempeñadas por profesionales de este ramo.

93.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que en el Servicio Médico escolar se dé toda la importancia que tiene la profilaxia dental.

94.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que en todos los Hospitales debe funcionar un consultorio dental.

95.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda en los trabajos de prótesis dental el uso de puentes removibles y declara antihigiénica la "corona de Sharpey".

96.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda que en los exámenes de aptitud, para admitir el personal a la Armada, y Policía, se tenga en cuenta la integridad de la capacidad masticatoria, tal como se aprecia en el Servicio de Sanidad del Ejército.

97.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda el uso de la ficha dental y la notación empleada en la Sanidad Militar, a fin de que se la adopte en otras colectividades y pueda usársela en las investigaciones médico-legales.

98.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es conveniente para la buena organización y para satisfacer los imperativos profesionales, que a los Odontólogos y Farmacéuticos se el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

otorgue clase militar, cuando prestan servicios en las Instituciones Armadas de la República.

99.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que debe prohibirse la venta de todo específico que no lleve en su etiqueta impresa la fórmula química de sus componentes.

100.—El Primer Congreso Nacional de Medicina recomienda al Instituto Universitario de Farmacia la necesidad de intensificar los estudios de Bromatología, a fin de preparar el personal de peritos químicos que necesitan los servicios del Estado para la represisón de las adulteraciones alimenticias.

101.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que por razones de moralidad profesional y para mejor garantía de los intereses de la colectividad social, se hace necesario que la propiedad de las farmacias públicas sea de profesionales en el ramo y que el número de establecimientos farmacéuticos se condicione a las justas necesidades de cada población.

102.—El Primer Congreso Nacional de Medicina declara que es imprescindible la redacción de una Farmacopea Nacional que contemple los recursos de nuestra flora medicinal y que manifieste los métodos y procedimientos tecnológicos que se emplean para la confección de las fórmulas galénicas, determinando la posología adecuada a las condiciones raciales del medio.

103.—El Primer Congreso Nacional de Medicina. declara urgente la necesidad de una legislación farmacéutica en que se contemplen todas las disposiciones de carácter reglamentario que rigen en la actualidad y las que sea necesario incorporar para la mejor organización del ejercicio de la profesión farmacéutica.

———

ELECCION DE LA SEDE DEL SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

Terminada la lectura de los votos y resoluciones del Congreso, el Presidente Dr. Quesada, de acuerdo con el Reglamento que ha orientado las deliberaciones, propuso que la sede del II Congreso Nacional de Medicina fuese la ciudad de Arequipa y teniendo en cuenta que en noviembre del año 1928, celebra el centenario de su fundación la Universidad de esa ciudad, propuso igualmente que se le convocase para esa fecha, anticipando un año el certamen. Como hubo asentimiento general, se tomó como acuerdo lo propuesto.

En seguida se procedió a nombrar la comisión organizadora, del próximo Congreso Médico que quedó constituída en la siguiente forma:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dr. Edmundo Escomel, Presidente.
Dr. Alberto Sánchez Moreno, Secretario.
Doctores: Luis A. Chávez Velando, Juan Luis Moscoso, Angel Ballón, Samuel Lozada Benavente, M. Sixto Chávez, Gustavo Corzo Masías, M. Baltazar Paz, que contribuyeron al Primer Congreso.
Dr. Manuel Castañeda, en representación de la Sociedad Médica de Arequipa;
Doctores: Manuel A. Vinelli, farmacéutico y Carlos Chávez Velando, odontólogo.
Terminada esta designación, el Presidente declaró clausuradas las sesiones del Primer congreso Nacional de Medicina, pronunciando frases elocuentes, llenas de entusiasta emoción que el auditorio, muy numeroso, premió, con una larga ovación.

ACTUACIONES POST-CONGRESO

Por iniciativa del Dr. Fortunato Quesada, presidente del "Circulo Médico Peruano", se organizó después de clausuradas las labores del Primer Congreso Nacional de Medicina, un Ciclo de Conferencias y cursos reducidos, con el siguiente programa:

LUNES 26 DE DICIEMBRE

Dr. Enrique L. García: "Las bases de la alimentación infantil"
Dr. Carlos Ropigliosi y Vigil: "Parasitología humana."
Dr. Edmundo Escomel: "Leishmaniasis y Blastomicosis".

MARTES 27 DE DICIEMBRE

Doctor G. Fernández Dávila: "Técnica de autopsias en Medicina Legal.
Doctor Rebagliati: "Diagnóstico de los procesos febriles, Nociones de inmunidad y diagnóstico bacteriológico."
Doctor A. Hurtado. "Metabolismo basal en general."
Dr. Gmo. Almenara: "La Clínica y el Laboratorio".
Dr. Hermilio Valdizán: "Profilaxia de la toxicomanía".

MIERCOLES 28 DE DICIEMBRE

Doctor Alejandro Busalleu: "Esterilidad de orígen tubario.—Diagnóstico por la insuflación de las trompas.
Doctor E. León García: «Presentación de casos» (alimentación infantil).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

JUEVES 29 DE DICIEMBRE

Doctor G. Fernández Dávila: "Documentos médico-legales."
Doctor Rebagliati: "Diagnóstico clínico de los procesos febriles."
Doctor A. Hurtado: "Importancia del metabolismo basal en clínica».

VIERNES 30 DE DICIEMBRE

Doctor Busalleu: "Tratamiento de la metritis cervical crónica."
Doctor E. León García: "Cocina practica infantil."

SABADO 31 DE DICIEMBRE

Doctor Fernández Dávila: "Método para recoger y enviar las muestras para análisis toxicológicos."
Doctor Rebagliati: «Diagnóstico de los procesos febriles», (continuación.)
Doctor A. Hurtado: "Metabolismo básico.— Demostraciones prácticas."

Notas Terapéuticas

ORIENTACION TERAPEUTICA DE LA TUBERCULOSIS PILMONAR.—A pesar de todos los hermosos trabajos realizados por múltiples investigadores, a pesar de los más felices ensayos en vacunoterapia y en seroterapia, la terapéutica específica de la tuberculosis pulmonar no se ha encontrado todavía, siendo la quimioterapia la que siempre dá los resultados más constantes. Como lo ha hecho notar justamente el Prof. BEZANCON, la quimioterapia ha sido utilizada largo tiempo sin que se empleara esta palabra. Es el empirismo quien ha enseñado los buenos efectos de la madera del guayaco; es la ciencia contemporánea la que ha probado la actividad del guayacol y mejor todavía del tiocol, según los trabajos de Lafont, Bardet, etc.

NICOLAS (*Le Courrier Medical*,—París 1927) administra el tiocol a la dosis de 2 a 4 gramos por día, de preferencia en el momento de las comidas, bajo forma de jarabe, sellos o comprimidos; y éste medicamento le ha parecido siempre admirablemente soportado, hasta por los enfermos más delicados y por los niños.

Parece, en efecto, que el tiocol realiza el tratamiento de fondo, no sólo de las bronquitis crónicas, sino también de todas las afeccio-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América

nes de las vías respiratorias y hasta de la tuberculosis pulmonar. Si se quiere servirse de él exclusivamente para calmar la tos, no se tendrán resultados tan notables y faltará completar su acción por la administración de un sedante, como por ejemplo, el pantopón, bajo forma de jarabe, o todavía mejor el allonal bajo forma de comprimidos. El allonal es, como se sabe, el isopropilalilbarbitúrico de dimetilamido–antipirina; no contiene, pues, ningún producto narcótico y sin embargo presenta sobre el elementos, una acción sedante y calmante muy clara. Administrado conjuntamente con el tiocol, realiza verdaderamente una terapéutica directa y doblemente útil del síntoma tos, en las bronquitis y tuberculosis y del síntoma dolor, en las neuralgias tan frecuentes en las afecciones pleuro–pulmonares.

Noticias

EN BUENOS AIRES SE HA ELEJIDO PROFESOR TITULAR DE GINECOLOGIA AL DOCTOR JULIO IRIBARNE .—Con motivo del fallecimiento del profesor Molinari, que durante algunos años desempeñó la cátedra de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, ha sido electo profesor titular de dicha asignatura el Dr. Julio Iribarne, conocido nuestro por haber concurrido como delegado al Tercer Congreso Científico Pan Americano, que se reunió en Lima el año 1924.

La viva simpatía que supo despertar entre nosotros y los numerosos amigos que dejó de su breve estadía en Lima, se alegrarán de ésta su consagración docente, que viene después de la aureola que conquistó al desempeñar el decanato de la Facultad de Medicina bonaerense, a raiz de intensa agitación universitaria. Su actuación ponderada y progresista le señaló merecimientos, que le han valido, indudablemente, para llegar a la cúspide del profesorado, desde donde hará labor provechosa, porque pone en su obra corazón y desinterés.

Para los que hemos vivido algunos meses en la capital Argentina y conocemos el desenvolvimiento de su docencia universitaria, la elección de Julio Iribarne, es una consecuencia lógica de su obra profesoral, hecha con elevación e intenso dinamismo espiritual.

Le presentamos al profesor Julio Iribarne nuestra más calurosa felicitación, porque los triunfos de los amigos producen alegría y contento, y desde estas páginas, podemos predecir que dadas sus prendas personales, ocupará, muy en breve, el decanato de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, porque casi no es una predicción decir que después de Lanari, llegará Iribarne a ese puesto, como ya aconteció en otra oportunidad.—Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Bibliografía

AFECCIONES DE LAS VIAS DIGESTIVAS EN LA PRIMERA INFANCIA por el profesor A. B. Marfan. — Un tomo de 668 páginas. — *Juan Bautista Aragonés*, editor.—Barcelona, 1927.

El profesor MARFAN distingido pediátra francés y ventajosamente conocido en el mundo por sus estudios sobre las enfermedades de niños, ha dado a conocer en esta obra el fruto de su saber y su experiencia que se celebró ampliamente cuando el libro apareció en Francia.

Lleno de claridad expositiva, con el peculiar estilo de los publicistas franceses, se abordan en este libro las distintas afecciones que contituyen la patología digestiva del lactante.

La obra es continuación del «Tratado de la lactancia» publicado por el autor en años pasados, y ha sido necesario hacerlo así, porque nada hay más ligado en la primera edad a los trastornos digestivos, como el estudio de la alimentación del lactante.

Aún cuando el título de afecciones de las vías digestivas haría suponer el estudio global y completo de todos los trastornos que ofrecen los distintos órganos que integran el tubo digestivo, el profesor MARFAN, sin embargo, limita su libro, principalmente, a las afecciones gástricas e intestinales, que son las más frecuentes, y que ordinariamente se asocian con las perturbaciones de la boca, faringe y esófago, constituyendo estas últimas, en ese caso, verdaderos epifenómenos en el curso de las enfermedades del estómago e intestinos.

Creemos inútil detallar los diferentes capítulos en que el autor divide su libro. Es sobradamente conocido el profesor MARFAN en el mundo médico y en especial entre los cultores de la pediatría, donde cuenta su escuela con numerosos adeptos. Bástenos decir que cada uno de los problemas prácticos, metódicamente clasificados, es objeto de una demostración clara y precisa, valiéndose de informaciones clínicas e indicaciones patogénicas con vista a los problemas terapéuticos que deben resolverse. Los profundos conocimientos del autor se revelan en esta parte de la obra en todo su explendor.

La versión castellana es debida al DR. P. MARTINEZ GARCIA, director de la Clínica Médica de la Infancia del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, y revela cuidadosa labor y verdadero conocimiento de la especialidad que cultiva. Hay que felicitarse de la versión del libro del profesor MARFAN al idioma castellano, hecha por primera vez por el Dr. MARTINEZ GARCIA, quien al hacerlo ha enriquecido la bibliografía española con una obra de tanta monta. El público médico de habla castellana que no lee francés, podrá contar desde ahora con esta primicia, llena de utilidad para médicos y estudiantes.— Dr. ERNESTO EGO-AGUIRRE.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

INDICE DE MATERIAS

	Pag
Academia Nacional de Medicina	25
Abcesos prostáticos no venéreos	199
Aborto.— El delito de	249 277
Aplicaciones clínicas de la diatermia	90–124-541
Aspecto medico–social de la protección a la madre	157
Asistencia hospitalaria	446
Bibliografía	32-64-95-160-189-235-273-321-370-487
Dermatitis climática que se denomina chapetonada en Arequipa	176
Discurso de inauguración del Primer Congreso Nacional de Medicina	406
El Policlínico para la Facultad de Medicina	3
Enterococemia	4
El Servicio de Sanidad Militar	474
Hiperalbuminosis del líquido cefaloraquideo	18-54
Heredo-sífilis del testículo	72
Higiene mental y prevención de la locura	266
Inmunidad en la tuberculosis	111
Infartos supurados múltiples del pulmón después de operaciones abdomianles	65
Inmunización local de Besredka	387
Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social	234-368
La Medicina general y las diversas disciplinas del arte de curar	464
Metabolismo básico	204
Movimiento psicoanalítico	181
Medidas para evitar la desnacionalización de la Medicina peruana	416
Notas terapéuticas	31-61-95-141-159-185-232-269-317-349-493
Noticias	62-95-132-159-186-270-318-350-404-488

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Octava Conferencia sanitaria Pan-Americana..... 32

Puericultorio Integral..... 85
Profesor Dr. Leonidas Avendaño catedrático honorario de la Facultad de Medicina..... 97
Primer Congreso Nacional de Medicina..... 99-405
Problemas legales en la lucha antivenérea..... 142-207
Prensa médica argentina..... 266
Prensa médica cubana..... 231-344-400
Profesor George Dumas..... 237
Prensa médica francesa..... 401
Protección de la madre y del niño en la actual política sanitaria 478

Quiste hidatídico del pulmón..... 308
Que conceptúa el gremio médico peruano que debe hacerse para la formación de las nuevas generaciones médicas 456

Responsabilidad profesional del médico..... 8-43
Reumatismo agudo de Poncet..... 151

Psicotecnia y orientación profesional..... 346

Signo de Pagniello en el paludismo..... 17
Síndrome cerebeloso de origen malárico..... 101
Seguro social y defensa de la salud y la vida, desde el punto de vista médico-social 233
Sobre la personalidad del sabio Hipólito Unanue 37

Técnicas para el tratamiento de las arrugas de la cara 334
Tubaje duodenal..... 76-214
Tratamiento del aborto..... 133
Trepanación del seno esfenoidal por el procedimiento de Segura..... 194
Tratamiento dietoinsulínico de la diabetes segun el procedimiento de Joslin..... 292

Ulcera gástrica y duodenal sifilíticas..... 161

Virus filtrantes..... 238

Notas aprobadas en la sesión se clausura del Primer Congreso Nacional de Medicina 481

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

INDICE DE AUTORES

Avendaño Leonidas..... 416
Arias Schreiber Luis.....72-199
Avendaño Jorge..... 387
Alarco Gerardo..... 474

Bambarén Carlos A.....3-154-157-161-233-266-346
Bello Eduardo..... 133
Benavente Alcázar Alejandro..... 85

Escomel Edmundo..... 177
Escudero Pedro..... 65
Ego-Aguirre Ernesto.....231-344-400

Flores Córdova Raúl..... 238
Fernández Dávila Guillermo.....8-43-142-207-249-277

González Olaechea Max.....17-101-151-464
Guzmán Barrón Eleazar.....76-214

Lagarde M..... 33
Lorente Sebastián..... 478

Mostajo Juan José..... 194
Monge Carlos..... 204

Olaechea Abel S..... 446

Paz Soldán Carlos E..... 29

Quesada Fortunato..... 406

Ribeyro Ramón E..... 4
Reátegui Jorge V.....18-54
Rebagliati Raúl..... 11

Tataje Alfredo..... 292

Villaverde José María..... 181
Villarán Carlos.....308-456
Valdizán Hermilio..... 373
Voto Bernales Juan.....90-127-155-161

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América