LA CRONICA MEDICA

APARTADO 2563 LIMA, PERU

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS
BIBLIOTECA
LIMA-PERU

COMITE CIENTIFICO

Leonidas Avendaño,
Max. González Olaechea,
Eduardo Bello,
Rómulo Eyzaguirre,
Edmundo Escomel (Arequipa),
Carlos Morales Macedo

REDACCION

Carlos A. Bambarén, Director
Luis D. Espejo, Ernesto Ego-Aguirre

Año XLVIII - 1931

SANMARTI Y CIA.
- IMPRESORES -

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

35204



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

Biblioteca Lima-Perú

La Crónica Médica

AÑO 48 - 1931

MAYOR DE SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

La hipertensión arterial en los enfermos de vías digestivas

Por el Dr. JOSE Mª. GONZALEZ GALVAN
(*de Sevilla-España*)

Colaboración especial para "La Crónica Médica"

El hecho de concederle a la hipertensión arterial gran importancia en clínica y buscarla sistemáticamente en todos los sospechosos de aquejarla, dá un caudal de datos que hemos recogido y ordenado para justipreciarlos y obtener conclusiones que permitan conocer todo el papel nosológico que juega en patología digestiva, valorando su informe diagnóstico o su porvenir pronóstico.

Referiremos las pesquisas llevadas a cabo en el último millar de enfermos examinados en nuestro consultorio.

La medición manométrica fué en todos realizada por el procedimiento auscultatorio de Korotoff, seguido con el oscilotensiómetro de Vaquez, en condiciones equiparables de reposo y digestión. No realizamos las pruebas funcionales de reacción de esfuerzo y psicorreacción, por no encaminarse las investigaciones hacia el terreno franco de la cardiología, pretendiendo distinguir la condición genética funcional u orgánica de la hipertensión.

El conjunto de observaciones comprende enfermos de ambos sexos, con predominio del masculino (738 hombres). La edad—factor importante y discutido—comprende de 29 a 72 años; puede afirmarse que en la juventud (hasta 20 o 25 años) no se dá la hipertensión; los aumentos de tensión que hemos obtenido correspondían en su mayoría, a pacientes con más de 40 años; esto no quiere decir que estemos con los que pretenden hacer de la hipertensión arterial un estigma de la vejez; la senectud fisiológica no comprende la hipertensión, si bien es lo frecuente que en esta última fase de la vida se registre más a menudo.

En conjunto recogemos 71 casos de aumento tensional lo que hace un porcentaje de 7%.

Los gastrópatas hipertensos estudiados lo eran exclusivamente de aparato digestivo en 47 casos (4'5%), presentando además afec-

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

ciones de otros aparatos en 24 (2'5 %); estas se encontraban repartidas de la siguiente forma:

Insuficiencia cardiaca	5
Ateroma y aortitis	9
Nefritis	3
Reumatismo	2
Diabetes	4
Climaterio	1
Total	24

Enfermedades todas de por si con coeficiente manométrico aumentado, que mantenían sus características a la par del síndrome digestivo.

En los gastrópatas netos los hallazgos se refieren a diversos cuadros clínicos que agrupamos a continuación:

Gastritis..	2
Ulcus gástrico	7
Ulcus duodenal	5
Gastrorragias	13
Crisis dolorosas	2
Neurosis gástrica	1
Síndrome solar.	1
Total	31

Las anomalías circulatorias creadas por el mayor ímpetu y repleción del sistema vascular, determinan condiciones especiales que se traducen por adaptación en el funcionalismo y en la trama constitucional de las túnicas muscular y mucosa, con repercusión motriz y secretora.

Estos dos factores fundamentales los hemos analizado y sus resultados arrojan las siguientes cifras:

QUIMISMO GASTRICO

Normal	*Aumentado*	*Disminuido*
17	32	12

La hiperemia gástrica con su mayor incitación espolea la secreción, determinando una mayor producción de jugo gástrico, de aquí que en los dispépticos hipertensos, sea frecuente encontrar en el relato de sus molestias síntomas de hiperpepsia.

Siguiendo este criterio y enjuiciando conforme a la clínica clásica, que ve en la exajeración del síndrome hiperacidez, el diseño de una lesión consecutiva, habríamos de pensar que el hallazgo de úlceras de estómago o duodeno fuese hecho frecuente. Estimando la hemorragia como dato de máximo valor para emitir diagnóstico, habríamos de mantener firme tal concepción demasiado simple.

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

Las gastrorragias y melenas se registran a menudo en hipertensos, más ello no debe ser motivo para que seguidamente se les etiquete de ulcerosos; el estudio cuidadoso de estos enfermos es la prueba más concluyente de cuan engañosos son muchos signos en patología, que por su constancia en denunciar ciertas lesiones, llegan a considerárselos como únicos y casi patognomónicos, en fuerza y costumbre de presenciarlos, al extremo de pervertir y desviar la disciplina y método que debe seguirse en la elaboración mental de un diagnóstico.

Nuestras estadísticas son bien demostrativas: por 13 hematemesis y 6 melenas de causa genuina hipertónica, solo tenemos 7 úlceras gástricas y 5 duodenales, ambas con sangre macroscópica, exteriorizada 4 veces por vómitos, 5 por enterorragia y 3 por las dos.

Resulta muy inferior el número de hemorragias gástricas por lesión ulcerosa; 12 en total, que las ocasionadas por rebasamiento de la resistencia vascular a la presión circulatoria que suman 19 casos.

Es fácil hacer el distingo, comenzando por la anamnesia —elemento fácil y básico de los diagnósticos gástricos— en que faltan antecedentes dispepticos o son muy vagos, presentación inopinada en el mayor número de veces, ausencia de síndrome digestivo, tipo constitucional apoplético, signos complementarios hipertensivos premonitorios: cefaleas, opresión, torpeza mental, obnubilación visual, zumbidos, vértigos, etc., examen negativo a los rayos X, elementos suficientes que no pueden dejar dudas.

Los datos manométricos pueden acusar en post-hemorrágicos, persistencia de elevación tensional y entonces confirma hasta la saciedad el diagnóstico o puede indicar normalidad o incluso hipotensión como consecuencia de la depleción sanguinea.

El dolor es muy interesante de considerar, teniendo una constancia y un alto valor semiológico en los casos de erosión; falta generalmente en las hemorragias digestivas no ulcerosas, a lo más puede hallarse un dolorimiento confuso, falto de precisión típica. Un solo caso hemos anotado en la casuística que presentamos, en que existía dolor neto y que había precedido en algún tanto a la hematemesis, sus características; sin embargo, no eran las comunes: se ocasionaba por crisis breves, bruscas e intensas con gran angustia para el enfermo; un hombre de 52 años alcohólico y luético, creímos dado el hecho de estar afecto de arterioesclerosis de que se trataba de un angor abdominal, con lo que resultaba una asociación nosológica sumamente instructiva.

La rareza de la úlcera en hipertensos deja terreno para negar la doctrina que defiende la génesis anatomo-patológica como efecto de la hipertonia, espasmos y roturas vasculares y dar cabida a la moderna opinión de Landau y Glass que achacan su patogenia a su estado contrario de hipotensión; este sería el factor más primitivo, el colapso vascular gástrico junto con el desequilibrio vegetativo ocasiona zonas de isquemia, con dificultades de nutrición de la pared gástrica y en consuecuencia intervendría la acción peptica del jugo gástrico y la de los agentes infectivos. Los estudios de

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

capilaroscopia llevados acabo por Muller están de acuerdo con este modo de pensar.

Esta teoría demasiado simplista, falta de una completa documentación, no puede prestarse a una crítica un poco severa.

El comportamiento motor lo hemos precisado a la pantalla radioscópica y en el gastrotonómetro; sus trastornos van enlazados con los de secreción en la generalidad de los casos, de acuerdo con la premisa básica que sustenta que en lo patológico existe una armonía de compensación semejante a lo que caracteriza a lo fisiológico. Los resultados conseguidos son:

MOTILIDAD

Eumotrices	*Hipermotrices*	*Hipomotrices*
28	34	9

Comparando estas cifras con las de quimismo, se observa concordancia bastante exacta.

También existen lazos de relación con las afecciones hepáticas, habiendo encontrado hipertensión en los siguientes casos:

Colelitiasis	7
Hepatomegalias	8
Cirrosis	4
Acidosis por insuficiencia hepática	3
Total	22

El gran papel desempeñado por el hígado anatómicamente encajado en la circulación y sujeto por consecuencia a todos sus trastornos, motiva que lo encontremos a menudo alterado; son sus cambios de tamaño los que llaman la atención, pasando sin embargo frecuentemente desapercibidos por residir en estado de latencia.

La hepatomegalia de los hipertensos se presenta en los que tienen, además, insuficiencia cardíaca más o menos pronunciada.

La intensidad y brusquedad de los síntomas hepáticos puede manifestarse con dolor en forma de cólico, haciendo pensar en un ataque vesicular; su diagnóstico no siempre es fácil, siendo preciso no olvidar este motivo de error para tenerlo presente y efectuar la indagación de los signos accesorios que dejen llegar a la realidad.

Ante todo debemos valorar el dolor; no se encuentra concretado al punto cístico y susceptible de definirse a punta de dedo, sino que se extiende en zona abarcando todo el borde inferior del hígado, percibiéndose como una masa tumefacta y sensible. No hay puntos dolorosos frénico ni escapular.

La diarrea que acostumbra faltar en el cólico genuino se da con gran constancia, al mismo tiempo el enfermo es preso de gran angustia.

El examen del aparato cardio-vascular será la razón definitiva; el examen tensiométrico de la presión arterial, la auscultación apreciando apagamientos de ruidos, aceleración de latidos, soplos o galope fijarán certeramente la claudicación cardíaca.

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

Como afectos del grupo intestinal hallamos:

Melenas	6
Hemorroides.	5
Estreñimiento	8
Colitis muco-membranosa..	2
Colitis crónica..	2
Tiflitis crónica	1
Total	24

Solicita en primer lugar la atención las enterorragias, las cuales reconocen a la hipertensión como una de las causas genéticas de producción; actúan como válvula de seguridad, pudiendo decirse de ellas todo lo que hemos referido a propósito de las hematemesis. La fijación de su diagnóstico es de gran interés, por englobar la melena diversas razones de origen: úlceras intestinales, várices, parásitos, tumores, etc.

El tipo apoplético, la edad propicia, algún accidente de evolución como el climaterio, la ausencia de dolores, los signos premonitorios de exaltación de la hipertonia, la existencia coetanea de otros datos de semiología cardio-vascular, la forma de presentarse la enterorragia, abundancia de sangre rutilante, que se cohibe expontáneamente, la exploración manual no descubre ningún dato a la palpación ni percusión, la endoscopía encuentra turgencia de la mucosa y repleción venosa y por último el efecto favorable que el mismo paciente expresa por una acción descongestiva general.

La presencia de hemorroides se considera como un estigma clásico de los afectos ds disturbios vasculares con hipertensión; en su producción puede jugar papel de importancia aunque no absoluto.

A propósito del estreñimiento debemos invertir los términos del razonamiento de acuerdo con los hechos clínicos y pensar primero en el éxtasis fecal y como una de sus consecuencias acarreadas por la autointoxicación la elevación de presión; este es un tema en el que están de acuerdo todos los autores y pensando asi debe ser uno de los factores en que reside el tratamiento racional de la hipertonia arterial.

De otros procesos intestinales podemos considerar desligada genéticamente a la hipertensión y ser su presencia de coexistencia, casualidad de presentación; solo recogemos entre colitis crónicas banales y muco-membranosas y tiflitis 5 casos, lo que hace una cifra global insignificante.

En resumen, debemos tomar muy en cuenta a la hipertensión arterial como una de las diversas causas productoras de disturbios del tubo digestivo de causa general y buscarla cuidadosa y sistemáticamente en todas las ocasiones sospechables.

Son muchos los pacientes con gastro-entero o hepatopatías de consecuencia vascular, en que no se demuestra una lesión de otro aparato de los que fijamente ocasionan hipertonia; arterioesclerosis, nefritis, diabetes, etc. y en los que queda la duda si el aumento tensional es motivado por el trastorno digestivo o este es consecuencia de aquel cuya razón de origen pasa desapercibida.

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

Esta diferencia, en mas por gastropatías hipertensivas puras sobre las de causa refleja y conocida (53 de las primeras, por 24 de las segundas en mil observaciones), demuestra que es el trastorno circulatorio producido por el aumento de presión sanguínea el promotor de los accidentes digestivos y no los efectos reflejos de la causa productora; la afección gástrica es independiente del tipo genético de la hipertensión, es una consecuencia patológica que no es específica con relación al origen.

Los enfermos aquí relacionados y los que así etiquetamos son claramente *consecuentes hipertensivos* y de ninguna forma *coetaneos hipertensivos*, ya que en ellos el arranque de sus molestias digestivas es a la par del síndrome vascular o posterior, la estrecha relación evolutiva de calma o exacerbación con las cifras manométricas y la mejoría o desaparición con el establecimiento de la normalidad circulatoria.

La base del tratamiento de estos enfermos es el rebajamiento del alza tensional, es lo racional y lo único que responde en la práctica, siendo ello la comprobación del diagnóstico, la medicación gástrica es secundaria y de utilidad solo en ciertas ocasiones en las que se tiende a mejorar síntomas de gran relieve en tanto surta efecto la de fondo.

Es preciso de gran cautela para distinguir el momento en que debe comenzar la actuación y los síntomas que deben respetarse o tratar independientemente del mal productor; asi ante una hemorragia de descarga que debe ser bien recibida por el paciente y por el médico porque evita perjuicios mayores no hay que precipitarse y emplear un aluvión de remedios hemostáticos, los cuales son en verdad muchas veces contraproducentes; su verdadera hemostasia se opera automáticamente cuando la presión vascular equilibrada no intente forzar mas la pared. Un medicamento coagulante o vasoconstrictor puede actuar momentáneamente, más es seguro que no tardará en reproducirse la hemorragia.

Lo fundamental en el tratamiento de la hipertensión arterial es el régimen adecuado, con su sola observancia pueden conseguirse los resultados apetecidos; la medicación es secundaria, aún cuando sus efectos sean favorables, ésta es múltiple y la aplicación de cada farmaco es cuestión del caso y del momento en que vaya a prescribirse.

Conclusiones

1a.— El examen sistemático de la presión arterial en los enfermos de vías digestivas denuncia a menudo en ellos elevación de sus constantes, independientemente de afecciones de otros aparatos orgánicos.

2a.— La hipertonia arterial pura es causa suficiente para ocasionar síndromes digestivos.

3a.— La relación de causa a efecto es terminante y comprobada por el atento examen, exploración y tratamiento.

4a.— Es el estómago en primer lugar y después el hígado e intestinos los que se afectan patológicamente.

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

5a.— El cuadro gástrico es dependiente de la hipertensión por sí, sin especificidad de causa hipertensora.

6a.— La máscara digestiva de la hipertensión arterial es una manera de denunciarla y un motivo más de confusión diagnóstica.

7a.— Debe ser la tensiometría una exploración inolvidable en todos los pacientes de más de 40 años.

8a.— El tratamiento racional de estos enfermos es el trastorno vascular a base de régimen y medicación hipotensora.

El problema sexual en las prisiones

(Continuación)

Por el Br. JULIO ALTMANN SMYTHE

DE LA TRANSFORMACION DE LA ENERGIA EROTICA EN ENERGIA INTELECTUAL.

Creen algunos fisiólogos que la energía que se consume al efectuar el acto genésico puede transformarse, provechosamente, en energía de carácter intelectual. Suponen, pues, que la potencialidad erótica puede convertirse fácilmente en potencialidad cerebral. Y tendiendo a confirmar su dicho citan a varios genios, entre otros a Newton y Beethoven, quienes, llevando una vida de casi perfecta continencia, sobrepasaron, en mucho, intelectualmente, a la gran masa de sus contemporáneos.

Ante todo creemos poco honrado citar excepciones para confirmar una ley, que debe comprender a todos los hombres por igual.

Yo me atrevería a preguntarles: ¿Junto a esos pocos hombres geniales continentes, cuántos inferhombres continentes podrían colocar?

La verdad es ésta: Si un hombre genial es continente, todos conocen el caso, la Ciencia lo estudia, lo analiza, lo dá a conocer en forma amplia. Pero del millón o más de espíritus vulgares o inferiores, que también son continentes como el genio, nadie repara. La historia recoge la biografía del genio e ignora por completo la del millón o más de espíritus vulgares o inferiores. Además, si bien es cierto que Newton y Beethoven fueron hombres geniales, no debe olvidarse que sus vidas fueron en extremo desgraciadas, debido a sus caracteres, que, seguramente, no harían brotar la envidia de ningún corazón sensato. Y quizá que culpa tuvo en ello la continencia, a la que sujetaron sus vidas. Bien dice J. A. Godefroy en su obra "Ciencia del Sexo": "La abstinencia sexual no es siquiera una señal favorable, aún tratándose de una intelectualidad superior".

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

Lo normal, por el contrario, no es que la continencia aumente la potencialidad cerebral del hombre sino que, conduciéndolo a varias enfermedades, que luego estudiaremos, impidan, generalmente, un asiduo trabajo intelectual. Debemos considerar a la continencia más que como productora de energías provechosas, como una pervertidora de ellas. La intranquilidad espiritual provocada por la continencia conduce, más bien, a que esas nobles energías se perturben, en vez de aumentarlas y robustecerlas.

Por otra parte — como afirma Marestan — "no depende de nosotros quitar a un órgano su vitalidad para darla por entero a otro, como si llenáramos un frasco vacío con el líquido contenido en otro. Si así fuere, los intelectuales para llegar a ser hombres de genio, encontrarían una ventaja en suprimir, en provecho de su intelecto, no tan sólo las funciones de sus órganos genitales, sino, también, los movimientos de sus brazos y de sus piernas; deberían consagrarse a una total inmovilidad".

Pero esto, como todos lo sabemos muy bien, solo conduciría a la ruina completa del organismo humano. Y las facultades intelectuales, con toda seguridad, no aumentarían en lo absoluto, mientras que más bien, por el contrario, disminuirían o se arruinarían, al igual que los demás órganos. Porque "en el desarrollo armónico de todas, para mayor beneficio de cada una, es como podemos llevar nuestras facultades, cualquiera que ellas sean, al máximo de potencia duradera; no en la compresión bárbara de una mitad de nuestro ser en supuesto beneficio de la otra mitad. Tal es la ley fisiológica, tal la verdad innegable y axiomática". (J. Marestan).

No comprendo el porqué el mundo deba estimar en más la utilidad que la felicidad. Aunque fuera verdadera la creencia de estos fisiólogos, no deberíamos de aceptarla, ya que, en todo caso, sería una eterna fuente de sinsabores y de tristezas. El espíritu mortificado y pletórico de angustias del continente haría de su vida un desierto, en donde jamás brotaría la alegría. La paz del alma se alejaría para siempre de nosotros, y la vida misma se nos haría imposible. Y quizás exclamaríamos como Beethoven, en las negras horas de desesperación: "Dame, oh Dios mío, una sola hora de completa felicidad!"

Felizmente la Humanidad se va dejando convencer y ahora son muchas las personas que aceptan que la continencia no aumenta, en nada, la potencialidad creadora del pensamiento y que, por el contrario, la agota, como afirma Freud: "Yo no creo, como suponía Mobius, que son incompatibles el trabajo intelectual y la actividad sexual. Soy de opinión que la indiscutible inferioridad intelectual de la mujer, es debida a la inhibición que se le impone para lograr en ella la represión sexual".

En todo caso, en lo que respecta a los reos de nuestros establecimientos penales, yo no comprendo el interés que existiría en que estos, dada la vida que llevan y la pobre educación que reciben, transformaran sus energías eróticas en energías intelectuales.

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

DE LA CONTINENCIA Y LA VOLUNTAD

Existen otros autores— defensores, también, de la renuncia de los placeres sexuales —quienes afirman que los continentes poseen una carácter vigoroso y enérgico y una férrea voluntad, nacidos de su vida de castidad que llevan. Sin embargo, sus argumentos son débiles, incapaces de convencer a nadie, y las pruebas presentadas brillan por su ausencia. Solo parecen afirmar por afirmar, por si convencen a algún inocente. Creemos que esto es poco honrado. Felizmente son autores sin prestigio los que tal cosa afirman.

La opinión de Segismundo Freud, expresada en su obra "Problema Sexual" es completamente contraria a la de los anteriormente comentados autores. En uno de sus capítulos, dándonos a conocer claramente sus ideas sobre este punto dice: "La tarea de subyugar y dominar, sin darle satisfacción a un instinto tan poderoso como el impulso sexual, es capaz de agotar todas las fuerzas de un hombre. Hay una escasa minoría que logra este dominio de sí por medio de la sublimación, guiando esas fuerzas sexuales por senderos más elevados y civilizados; pero sólo consiguen su objeto durante épocas determinadas, y no en los primeros años de juveniles energías. Pero la mayoría de aquellos que intentan subyugar su impulso sexual, naufragaron en las rocas de la neurosis y otros desarreglos nerviosos. La experiencia nos ha demostrado que la mayoría de las personas que componen nuestra sociedad son, por su complexión y su temperamento, ineptas para tan árdua tarea. Solemos decir que la lucha con este poderoso instinto y lo que esa misma lucha implica a las fuerzas éticas y estéticas del alma, sirven, para "templar" el carácter, y en algunas naturalezas favorecidas es cierto que así ocurre, advirtiendo que las diferencias individuales de carácter, tan marcadas en estos tiempos, son las consecuencias y se hacen posibles por las limitaciones sexuales; pero en la mayoría de los casos esa lucha con el impulso sexual, agota todas las energías del alma y del carácter en el momento preciso en que el joven necesita de todas sus fuerzas para conquistarse un puesto honroso y beneficioso en el mundo".

La opinión de Freud es, pues, de que la continencia no ayuda en nada a los hombres enérgicos y que en vez de comunicarles virilidad, la destruye. Prueba palpable de que le asiste a Freud toda la razón, es la falta de carácter y de virilidad que se observa entre los continentes que conocemos y que por el contrario, aquellos que normalmente se entregan a los placeres sexuales gozan de esos atributos en forma bastante desarrollada. Parece que entre los continentes las fuerzas de su voluntad se consumieran por entero en la lucha contra su instinto sexual, que hora tras hora se hace notar con verdadera majadería y que ya nada les quedara para realizar alguna otra noble acción.

EL EJERCICIO INTELECTUAL COMO AMORTIGUADOR DEL HAMBRE SEXUAL

No hemos aceptado que la energía erótica pueda transformarse en energía cerebral. Pero debemos declarar, sí, que el ejercicio

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

intelectual puede producir efectos atenuantes sobre las ansias sexuales, amortiguando el "hambre sexual". Sin embargo, para no equivocarnos, subrayemos: *Atenúa, no lo hace desaparecer por completo.*

Entre los diversos ejercicios intelectuales, unos poseen una acción amortiguadora mayor que otros. La poesía no posee ninguna, quizá los acrecienta a veces. Por el contrario, el estudio de las matemáticas, es el que mayores resultados da a este respecto. Así lo atestigua un honrado pastor protestante, quien, personalmente los comprobó por medio de una experiencia de años. Cedámosle, mejor, la palabra: "Estudié profundamente y con gran atención problemas matemáticos con el objeto de dominar mis impulsos sexuales y, hasta cierto punto logré lo que buscaba; pero la vista de una amiga antigua, el sonido de una voz o el más lijero contacto con personas de otro sexo, eran suficientes para hacer que volvieran de nuevo con más fuerza las tendencias que deseaba tanto suprimir y dominar. Sin embargo, debo advertir, que a mi juicio el estudio de las matemáticas es el mejor y más eficaz para ocupar y distraer el pensamiento y para borrar imágenes de mujeres, mucho más eficaz que los ejercicios religiosos que, cuando más joven (desde los 22 hasta los 30 años) practicaba con el mismo objeto".

Personalmente he podido comprobar que las preocupaciones morales, sentimentales o intelectuales amortiguan, también, el apetito genésico. En estos períodos la idea del placer sexual parece huir, aunque, en verdad, sólo se esconde momentáneamente, para aparecer después con fuerza incontenible, principalmente al ponernos en relación con personas del sexo opuesto.

La huida de la vida mundana también amortigua el hambre sexual. Basta, después, volver a ella, para que ésta reaparezca nuevamente. Por lo demás, este medio no es recomendable en absoluto, puesto que el sistema nervioso, en la soledad, puede sufrir lo inconcebible, resintiéndose y enfermándose en forma grave.

Havelock Ellis se manifiesta contrario al ejercicio mental con el objeto de calmar la exitación erótica. Cree que sus efectos son, más bien, contraproducentes, y que pasado el primer entusiasmo por el estudio escogido, los deseos sexuales vuelven a molestar al sujeto continente, pero esta vez, en forma hiperestesiada, de tal suerte que el pensamiento se escapa por completo de toda labor intelectual, para dirigirse, casi de manera absoluta, al objeto erótico que existe en el alma de todos los humanos.

"La función genésica podría contenerse, disminuirse por la vida del claustro, del monasterio o de la biblioteca, así como, al contrario, es exitada, provocada y aumentada por las condiciones opuestas de la vida mundana y conyugal; pero nunca jamás podría detenerse ni extinguirse. Por lo tanto, debe ejecutarse normalmente, lo mismo que las otras facultades, con tanto mayor motivo que en razón de su papel tan importante, es más apremiante" (Garnier). En la opinión anterior podemos sintetizar la nuestra. Fomentemos el gusto por los libros y las aficiones para estudios intelectuales entre aquellos sujetos que están obligados a guardar la continencia. Más no creamos que sea un remedio al mal, sino que, simplemente,

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

un momentáneo lenitivo. En todo caso, prefiramos el fiel y normal cumplimiento de la función sexual.

EL EJERCICIO FISICO COMO AMORTIGUADOR DEL HAMBRE SEXUAL

Es natural pensar que el desgaste de energías físicas, que significa el deporte, produce un notable descenso en la magnitud del deseo sexual. En los Colegios y Universidades de Estados Unidos de Norte América, comprendiéndolo así, dan gran importancia a toda clase de ejercicios físicos con el objeto de atenuar el hambre sexual, que es lógico suponer en los jóvenes educandos, de los dos sexos, que asisten a ellos. Sus resultados parecen ser buenos. Aunque debemos, en este caso, no generalizar, puesto que bien sabemos que el factor raza influye en el aumento o disminución del hambre sexual entre los hombres.

Havelock Ellis no cree en los efectos de los ejercicios físicos sobre el instinto sexual. En todo caso, piensa, este ejercicio debería extremarse hasta el agotamiento, para que surta sus efectos. "El ejercicio físico es uno de los tratamientos que se recomiendan a los que padecen hiperestesia sexual. Pero esto solo surte sus efectos cuando el individuo se agota y se produce un cansancio absoluto y general". (H. Ellis).

Personalmente disciento de la opinión de Ellis. No creo que sea necesario extremar el cansancio producido por el ejercicio físico para lograr la "atenuación" del deseo erótico. Pero aclaremos. Creo que el deporte disminuye las ansias sexuales, sin hacerlas desaparecer por entero. Sólo se amortigua este hambre sexual, no se le mata. Los efectos del líbido se hacen más borrosos, más vagos, menos apremiantes, pero continúan manifestándose.

De toda suerte, es altamente recomendable el ejercicio físico entre los continentes. Y es por esto que me alegra de que se haya introducido en algunos de nuestros establecimientos carcelarios el juego del foot-ball y otros variados deportes que, a la vez de producir sus efectos sobre el hambre sexual de los reclusos, desgraciados continentes involuntarios, les lleva una nueva preocupación agradable e interesante y una alegría a su desventurada existencia. Es lástima, que no se encuentre generalizada en todos los establecimientos penales, esta práctica bienhechora, inteligente y útil.

EL VICIO DE LA COCA Y EL DESEO ERÓTICO.

El hombre de la caverna dormita en la subconciencia del hombre civilizado. Despiértesele y pronto se le verá desperezarse, vencer los obstáculos que le obstruyen el paso y actuar en la forma más primitiva y bárbara. Y junto a él, todo el grupo de instintos ancestrales que siempre lo acompañan, como sus propios hijos.

Varios son los factores que pueden despertar a este hombre de la caverna. La lucha física, a veces; el amor, otras; el alcohol y otros tóxicos, siempre. Los crímenes más espantosos son generalmente cometidos cuando alguno de los factores citados entran en juego.

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

Cambian al hombre normal y le dan una fisonomía repulsiva y extraña. Tienen el mismo efecto que el licor maravilloso, que transformaba al doctor Jekyll en el monstruoso Mr. Hyde, de la novela de R. L. Stevenson.

"Todos los venenos de la inteligencia son la causa de una serie de actos reprobables para la vida pública y privada de los individuos, debido a que, por debilitamiento progresivo de la voluntad consciente, liberan al subconciente" (Waldemar E. Coutts). El alcohol es uno de ellos, como ya se ha dicho. Y junto a él, todo aquel grupo de alcaloides conocidos por el hombre por sus propiedades impregnantes de la corteza cerebral. El éter, por su parte, también presenta esta temible cualidad.

Nuestra raza indígena y aún muchos blancos y mestizos, presenta el hábito de masticar las hojas de la coca, que aunque no en gran cantidad, contienen el alcaloide llamado cocaína. Difícilmente dejan esta costumbre que tanto mal les causa. Hasta en los cuarteles siguen cultivándola. Y en los establecimientos penales, aunque parezca extraño a primera vista, continúan con el hábito; que más que hábito es un funesto vicio que enerva la voluntad de los que usan de la coca y los conduce a un debilitamiento progresivo de sus facultades volicionales.

El toxicómano tiene dos períodos psíquicos perfectamente definidos, especialmente el cocainómano. Waldemar E. Coutts distingue: "El primero, que pudiéramos llamar agudo, es irreflexivo, impulsivo y con tendencia a la violencia. El segundo período, denominado por algunos autores "sensitivo sensorial" es de automatismo puro, y en él los estados pasionales se suceden sin restricción. Este es el período de la inversión sexual, del exhibicionismo, del sadismo exagerado, de la prostitución, etc".

Pues bien. Parece que el hábito de masticar las hojas de la coca no llegara a producir, sino en forma de resistencia a la fatiga y vigor para el trabajo, el primero de estos períodos. El segundo, sí lo produce, es en forma no muy notable.

Por las conversaciones tenidas con personas que usan de la coca he podido convencerme que exitan el deseo erótico, lo avivan. Muchas veces el hambre sexual dormita. La coca lo despierta. Tiene el efecto de un aperitivo, que agudiza el apetito. Y en estos momentos el hombre que la haya usado, si no posee la facilidad de realizar el coito normal, cae en aberraciones. Es corriente que lleguen a la masturbación; la que es repetida diariamente, si el empleo de la coca es diario, también. Con mayor razón si no existe la esperanza de poder realizar el acto sexual normalmente, en un período de tiempo relativamente cercano.

En los continentes sus efectos son más notables. Ellos quienes — como dice el doctor Garnier — "se ven acosados por ensueños contínuos, por trasportes vehementes de la imaginación, que suministran nuevos alicientes a la obra de la carne", bajo el impulso de la cocaína no son capaces, humanamente, de resistir a la tentación de masturbarse.

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

DEL REFRENAMIENTO VOLUNTARIO DEL INSTINTO GENESICO.

A. Mayer sostiene que el hombre, tan diferente de los demás animales, puesto que se encuentra dotado de esa fuerza maravillosa que se llama voluntad, puede vencer con la ayuda de ésta, "a ese bajo instinto sexual". No lo creemos así. Al instinto no se le vence; a lo más se le puede educar. Aunque la voluntad es poderosa, no puede enfrentársele a un instinto tan vital e imperioso como el sexual. Si no sucumbe ante el empuje arrollador del instinto, el organismo enfermará gravemente. La Naturaleza tomará su desquite, siempre terrible, tarde o temprano.

Piensa como nosotros el francés Garnier: "El sostener que el instinto erótico puede ser refrenado por la voluntad, sin peligro ni perjuicio para la salud, es mostrarse hombre de sistema y de partido, con intención deliberada, más bien que fisiólogo, observador y médico; y el presentar como prueba, en apoyo de su opinión, la continencia guardada por los jóvenes de ambos sexos antes del casamiento, y en el celibato prolongado, civil o religioso, es presentar la excepción como regla, sin tener en cuenta ni el pudor ni la timidez, ni la ignorancia característica propia de la juventud; es desconocer las costumbres viciosas, los accidentes y las enfermedades provocadas por esa pretendida continencia, por esa castidad del cuerpo, y no del espíritu".

Sin embargo, nosotros no nos atrevemos a negar que existen personas que permanezcan en lo absoluto continentes, sin caer en prácticas vergonzosas. Seguramente son muchos los religiosos que pueden guardar sus votos en forma perfecta. Pero sus pobres organismos sufrirán las consecuencias funestas de su devoción.

No podría negarse que en ellos se presentan, generalmente, ensueños eróticos acompañados de derrames seminales nocturnos, que conducen, casi siempre, a la espermatorrea y a otras enfermedades, aún de mayor trascendencia y que luego estudiaremos, que acortan sus vidas y las hacen dolorosas y sufridas. ¡Cuántos continentes verdaderos se ven sumidos en la neurosis, en el delirio y en otras muchas afecciones por el "*stimulus*" que se apodera de su sistema nervioso.

No olvidemos los muchos ejemplos que nos ofrece la vida diaria y que están presentes en cualquier momento, ante nuestros ojos. ¿Quién no conoce a Teresa de Jesús, la divina poetisa de Avila? Buffon, por su parte, nos refiere un caso interesante, que a pesar de su antigüedad, es conveniente citar. Nos cuenta de un cura de Cours, pueblo cercano de La Roela (Francia), quien padeció males y dolores inauditos y murió a los treinta y dos años de su desgraciada existencia, víctima de su extremada castidad. Su vida, en extremo triste, sería conveniente que fuese conocida por todos los defensores de la continencia obligada y permanente.

Puede suceder que existan individuos excepcionalmente dotados, que sean capaces de guardar una continencia perfecta, sin recurrir jamás a hábitos antinaturales y que su organismo se satisfaga con la emisión voluntaria del líquido seminal. Estas polucio-

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

nes nocturnas, que se producen de tiempo en tiempo en los célibes, y que no constituyen enfermedad alguna, pueden equipararse verdaderos coitos, en sujetos anormalmente conformados o especialmente dotados. Pero, es necesario convenir que, constituyen la excepción a la regla general.

De toda suerte peligroso me parece el refrenamiento voluntario de un instinto tan vital, como es el genésico. Y mucho más cuando individuos acostumbrados a una vida sexual activa se ven forzados, por la simple voluntad de la sociedad, a llevar una existencia continente, que los conduce, siempre, a las prácticas más depravadas, tal como sucede con los reclusos de los establecimientos penales.

DE LOS EFECTOS DE LA CONTINENCIA EN EL ORGANISMO HUMANO.

Creen varios de los autores que he comentado que la continencia no produce, en el organismo humano, ningún efecto patológico. Por el contrario, afirman algunos, produce un aumento apreciable de energías intelectuales y físicas. Feré, por ejemplo, piensa que "la castidad no atrofia a los órganos reproductores; antes bien, la evolución progresiva del instinto sexual llega a su cumbre en la continencia, porque los que la guardaron son los mejores maridos y mejores padres; evitaron las infecciones provenientes de la promiscuidad sexual y producen hijos exentos de predisposiciones hereditarias al vicio". Pero, en todo caso, si bien se manifiesta Feré partidario de la continencia durante el período prematrimonial, no lo es de la continencia absoluta y eterna, como exigen otros más intransijentes.

Para nuestro estudio no nos interesa saber si el hombre debe o no ser continente, hasta llegar al tálamo nupcial, si es que llega algún día a él. Aunque creo que la idea de Feré no es perfecta, no entraré a discutirla, puesto que nos interesa, para nuestro estudio, no el saber de la continencia hasta cierta edad, sino el conocer de la conveniencia o no conveniencia de la represión del instinto sexual en el período en que el hombre está ya completamente maduro para la vida genésica, período en el que se encuentra la mayoría de los reclusos de nuestros establecimientos penales.

El grueso de los autores se muestra adverso a la continencia absoluta y basa sus ideas en los efectos desastrosos que tiene ella para el organismo humano. Para ellos la continencia no solo es adversa al individuo, sino que es, también, contraria al bien social.

Por lo que a mí respecta, creo firmemente, basado en mi propia experiencia, que la continencia obra en forma dañina sobre el organismo humano, ya habituado a la vida sexual activa, siendo innumerables los males y enfermedades que causa.

Explicando el mecanismo de la enfermedad en los continentes, Segismundo Freud, nos dice: "Vemos que los hombres enferman cuando, a consecuencia de obstáculos exteriores o falta interna de adaptación, queda vedada para ellos la satisfacción de sus necesidades sexuales en la *realidad* y vemos que entonces se *refujian en la*

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

enfermedad, para hallar con su ayuda una satisfacción sustitutiva de lo que les ha sido negado". Se produce, según el padre de la psicoanálisis, una verdadera transformación interna, metamorfoceándose lo que debiera ser un goce, en un proceso morboso.

¿Cuáles son estas enfermedades que la continencia produce? No nos sería posible enumerarlas todas, puesto que son infinitas. En los próximos capítulos me ocuparé de presentar algunas de las más notables y conocidas, solamente. Sólo diré, por ahora, que todo el organismo se reciente con la continencia, no quedando una sola porción de él que no deba soportar algún daño, ya que todas sus partes están íntimamente ligadas entre sí.

Continuará.

Inflamación

(Continuación)

Lección de Anatomía Patológica, recogida por el Dr. Jorge Avendaño y dictada

Por el Dr. OSWALDO HERCELLES

Profesor Jubilado de la Facultad de Medicina

Fenómenos tisulares.—La inflamación es una reacción omnicelular, en la que toman parte todos los tejidos vasculares o nó. El mejor modo de darse cuenta de la manera como las células reaccionan ante el agente irritante, es recurrir al método de Ranvier de las inflamaciones experimentales en los tejidos vasculares y no vasculares.

Comencemos por los segundos, tomando al *tejido cartilaginoso.*

Cuando en un cartílago permanente, como los cartílagos costales, se hace un vaciamiento en su superficie, se observa al cabo de ocho días, que la parte herida se cubre de una masa pulposa, de naturaleza claramente inflamatoria; si en estas condiciones se hace un corte histológico, perpendicular a dicha superficie, es fácil observar tres zonas diferentes de dentro hacia afuera: en la primera las células cartilaginosas, con sus cápsulas bien conservadas, presentan los nucleos mucho más visibles, aumentados de volúmen, así como el protoplasma; estas alteraciones son más marcadas en la segunda zona. Esta primera observación demuestra que la más débil irritación sobre el elemento celular se traduce, en una sobre actividad nutritiva de dichos elementos. En la segunda zona, intermediaria entre la profunda y la superficial, se nota un nuevo fe-

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

nómeno: las células cartilaginosas se han multiplicado, sus cápsulas han aumentado de volúmen, pero conservándose intactas; ha habido pues una proliferación celular con formación de sustancia cartilaginosa; la irritación más intensa ejerce sobre las células una acción proliferativa, conservando o más bien exagerando sus propiedades fisiológicas y estructurales.

En la zona superficial, hay dos capas: una profunda, en contacto con la segunda zona, y en la cual se nota que las cápsulas cartilaginosas se han roto, dejando salir la mayor parte de sus células, que todavía son reconocibles como células cartilaginosas, pero que han perdido la propiedad de segregar sustancia cartilaginosa para formar cápsulas, y otra más superficial, constituida por un tejido de apariencia embrionaria y a expensas del cual comienzan a formarse vasos capilares. Hay pués, una heteroplasia celular, en virtud de la cual se forma tejido de granulación. El tejido inflamatorio se ha formado a expensas del tejido cartilaginoso, al mismo tiempo que éste ha perdido sus propiedades histo-fisiológicas.

Si se hace una inyección intra-peritoneal en una cobaya adulta, con una solución al 3 por 1000 de nitrato de plata, se comprueba a las 24 horas, un derrame turbio, constituído por elementos celulares que contiene dentro de su protoplasma granulaciones de plata; 48 horas más tarde, el exudado se reabsorve y los elementos histológicos penetran a los vasos linfáticos de la región; si se sacrifica al animal y examina detenidamente un repliegue epiploico desprovisto de vasos, se comprueba en ciertos puntos, que las células comienzan a separarse del repliegue epiploico, manteniendo algunas todavía su conexión con la membrana, por una especie de pedículo, comparable al badajo de una campana, mientras otras están casi libres de dicho repliegue.

Si se examinan estas células en un líquido isotónico, en la platina caliente, se comprueba que están animadas de movimientos amiboides y que contienen dentro de su protoplasma, granulaciones de plata y resíduos tisulares. El agente inflamatorio ha hecho desarrollar una nueva función: la movilización del elemento celular, que hasta ese momento estaba fijo al tejido inflamado y la aparición dentro de su protoplasma, de las propiedades de prehensión y disolución del cuerpo irritante, es decir, lo que caracteriza la función fagocitaria.

Si se hace una ligadura en una gruesa vena de un animal, dicha ligadura producirá dos efectos: un traumatismo en la pared del vaso y un coágulo sanguíneo que se extiende por encima y por debajo de la ligadura hasta la primera colateral; si 24 horas después se secciona el vaso en la vecindad del hilo, se percibe una figura estrellada, en lugar de la circular que caracteriza la cavidad vascular; si por encima o por debajo de este punto, se da un corte histológico podremos comprobar en el centro el coágulo sanguíneo, en la periferia el endotelio vascular. En este sitio las células endoteliales que recubren la pared interna, se presentan tumefactas, sobresaliendo en la luz del vaso y rechazando la parte periférica del coágulo; se observan igualmente fenómenos de multiplicación celular, semejantes a los señalados, anteriormente, en el cartílago y en el endotelio del epiplon no vascular; pero un cierto número de célu-

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

las de la pared vascular comienzan a edificar cavidades semicirculares, tapizadas por especie de tejas, cavidades que por su concavidad abocan en la pared vascular, en tanto que por la convexidad, las células comienzan a emitir prolongaciones, que se insinúan hacia el centro del coágulo, siguiendo los filamentos de fibrina que le sirven de guía. Si esta observación se continúa en los días siguientes, en preparaciones similares hechas en otras venas, notaremos al cuarto día, en la periferie del coágulo, un gran número de conductos estrechos que vistos según su longitud se anastosoman como una red vascular, y que están bordeados por delgadas células muy largas, provistas de núcleo ovoideo. Estas células son las endoteliales de la pared vascular, que ante el estímulo del agente irritante, han orientado su función en el sentido de la formación de capilares. Hasta este momento, los conductos no están atravesados por sangre circulante; los glóbulos rojos y los leucocitos que contienen, pertenecen al coágulo primitivo, están marchitos y en espera de su disolución, solo al sexto o sétimo día después de la ligadura, la circulación se restablece por un mecanismo especial que es la consecuencia del mismo factor inflamatorio.

Esta observación proporciona una enseñanza: que hasta después del sétimo día no se puede estar seguro en la consolidación de las ligaduras vasculares; sólo después de esta fecha, el cirujano procede a quitar los puntos de sutura; asi mismo durante este tiempo, son de temer los accidentes embólicos y hemorrágicos de las operaciones interr.as.

Si se examina el espesor de la pared vascular que ha sufrido el traumatismo, se nota que al mismo tiempo que se desarrollan las alteraciones que se acaban de referir en el endotelio de la pared interna, se produce igualmente en la pared externa un movimiento celular, de orden parecido; pero que para el caso que estamos analizando, no nos interesa referir sino lo que sucede en los *vaso vasorum;* en efecto, los *vaso vasorum* dilatados, emiten expansiones a través de la túnica media e interna para irse a comunicar con la red capilar; de esta observación hay que concluír, que el agente irritante despierta en los vasos capilares una actividad proliferativa sin desorganizar sus elementos, conservando su estructura.

La reacción de los elementos epiteliales ante el agente irritante es particular, porque el tejido epitelial está desprovisto de vasos y por consiguiente sus lesiones pueden producirse independientes de éllos y de la sangre; sinembargo debe decirse, que, de manera general, toda agresión a las células de revestimiento, repercute casi inmediatamente sobre las células del tejido conjuntivo, que sirven de sostén a los epitelios. En todos los casos la red papilar de la piel y de las mucosas, así como los capilares del tejido sub-epitelial, reaccionan intensamente, siendo el tejido conjuntivo el que comienza a reaccionar, y solamente después, entra en juego el epitelio; hay pués una correlación íntima en las inflamaciones de la piel, de las mucosas y de las glándulas, entre los fenómenos observados en los epitelios y en el tejido conjuntivo subyacente; sinembargo, si el irritante es muy débil, es posible sorprender las primeras reacciones de los elementos epiteliales, y esto se consigue sobre todo, empleando sustancias químicas diluíd s.

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

En estas condiciones, la primera alteración que se nota es la modificación de la composición histoquímica de la célula: el protoplasma se hace turbio, la coloración por el método de Altmann comprueba modificaciones en las granulaciones fucsinófilas, y aún comienzos de degeneración grasosa. Se comprueba que la célula epitelial tiene poca resistencia ante el agente inflamatorio y más bien tendencia a la degeneración.

El elemento epitelial sufre también otras perturbaciones ante el ataque del agente irritante; para estudiarlas hay que recurrir a la irritación de una mucosa, reproduciendo una inflamación catarral. Las células epiteliales cilíndricas de los bronquios, del intestino, de la vesícula y de los conductos biliares, están más o menos llenas de mucus al estado fisiológico; si se examinan estas células en la inflamación artificial, se comprueba que casi todas, están distendidas por el mucus, y se vuelven caliciformes; al mismo tiempo se nota que algunas de ellas mueren en plena degeneración mucosa, y que aparecen otras, de nueva formación, para reemplazarlas, presentando signos manifiestos de multiplicación directa e indirecta; los mismos fenómenos se observan en las células cuyo revestimiento es pavimentoso estratificado, como sucede en la pelvis renal, en la vejiga y en la uretra. En la coriza y en la bronquitis se puede observar células cilíndricas con pestañas vibrátiles en movimiento.

El agente irritativo traduce su acción en determinado tipo de células epiteliales exagerando la función secretoria, pero es posible que en algunos casos el mucus segregado se acumule en las criptas de la superficie mucosa, produciendo quistes, más o menos considerables, tales como los huevos de Naboth, que se presentan en el cuello del útero, y los ha reproducido experimentalmente Carnot. Dentro de la pared de dichos quistes se pueden observar vegetaciones papilares, que hacen eminencia en la cavidad, recubiertas de una capa de células cilíndricas llenas de mucus. El proceso irritativo, comienza a imprimir a la célula epitelial una orientación neoplásica, que en esta circunstancia es de aspecto glandular. Esta propiedad proliferativa de la célula epitelial con tendencia neoplásica es bien neta en los papilomas de los órganos genitales, en los cuales, si es cierto que se trata de una proliferación equilibrada, del cuerpo papilar y de la epidermis, la proliferación tumoral de la célula epitelial es evidente.

Los ejemplos citados prueban que la célula epitelial ante el agente irritativo, se comporta de múltiples maneras: en un gran número de casos el elemento celular se degenera; en otros, aumenta sus propiedades funcionales de modo patológico, tal como acontece en los catarros mucosos, *en los papilomas y en los adenomas inflamatorios*, en las formaciones quísticas, en las melanodermias por irritaciones locales, en la keratosis irritativa de la piel, en la keratosis de las mucosas, en los adenomas glandulares, etc,. etc.; en condiciones especiales y por causas irritativas de un mecanismo especial, llega a formar neoplasias benignas como los *papilomas irritativos*.

En el tejido óseo una contusión que respete los tegumentos puede determinar una fractura. Si se observa la parte comprendida,

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

entre la médula y el hueso vecino, siendo la irritación intensa, se ve que las células,—que normalmente están alojadas en su cavidad osteoplástica, donde se anastomosan las unas con las otras por sus prolongaciones protoplásmicas, que envían por los conductos óseos,—se hipertrofian, como lo acredita el aumento de volumen de su protoplasma; pero al mismo tiempo los osteoplastos, es decir, las cavidades incrustadas de cal que encierran a las células óseas, comienzan a decalcificarse en la parte más vecina a la cavidad medular, hasta dejar libres a las células óseas, las que van al encuentro de las células conjuntivas de la médula ósea, para, en su compañía, hacer la defensa del territorio inflamado. La célula ósea encarcelada en su celdilla calcárea, ante la perturbación que le ocasiona el agente inflamatorio, segrega una sustancia, que al disolver la cápsula que la envuelve, le permite desarrollar sus actividades defensivas frente el agente irritante.

Estudiemos las reacciones del tejido conjuntivo, tejido universal, que separa órganos, forma la armazón de ellos y es la fuente primitiva, de la cual por mecanismos maravillosos, se construyen tejidos y se regularizan los desequilibrios de la vida.

El tejido conjuntivo está compuesto de dos clases de elementos: unos que están fijos dentro de sus mallas, de un modo temporal o definitivo; otros, que animados de movimientos amiboides, caminan a voluntad dentro de los intersticios de su arquitectura, independientes del impulso de la circulación cardiaca. Estos elementos movibles tienen dos orígenes: unos son elementos sanguíneos que se han desviado de la vía circulatoria, para penetrar dentro de los intersticios celulares, desempeñando múltiples funciones, todas ellas no bien conocidas; otros, son elementos de orígen autóctono, que por estímulos fisiológicos unas veces, patológicos otras, dejan su reposo habitual y se incorporan, como elementos movibles, para desempeñar funciones similares.

Los estudios de las escuelas de Maximow, Marchand, Pappenheim, Dominici, Weindenreich, Ferrata, etc., están de acuerdo en los hechos fundamentales, no habiendo sino pequeñas diferencias en lo que se refiere al parentezco de unas células con otras, o mejor dicho, en los antecesores y descendientes de cada una de ellas. De todas las clasificaciones sobre los diferentes elementos que componen el tejido conjuntivo, la que mejor satisface nuestro espíritu es la de Ferrata, quien divive los elementos de este tejido en dos grandes grupos: 1o. *Celulas piróftilas o cromóftilas*, es decir, aquellas que tienen la propiedad de fijar en su protoplasma los colorantes inyectados en suspensión coloidal durante la vida; estas células pirófilas, se subdividen en células que el colorante aparece en gránulos redondos, y células que el mismo colorante se le observa en forma baciliforme. Al primer sub-grupo, pertenecen: el clasmatocito de Ranvier, la célula grasosa y el endotelio vasal; al segundo, el fibroblasto. 2o. *Células pirófobas o cromófobas intra vitam*, es decir, aquellas que no fijan el colorante dentro de su protoplasma; a este grupo pertenecen los siguientes elementos celulares: Mastzellen, Eosinófilos, plasmazellen y linfocitos.

Examinemos, suscintamente, cada uno de estos elementos, y veamos como se comportan en la inflamación.

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

Clasmatocito de Ranvier. — Este elemento descrito por primera vez por Ranvier el año 1890, es una célula irregular en su forma, incapaz de movimientos, con protoplasma granuloso, provisto de prolongaciones que presentan espesamientos suceptibles de romperse y quedar en libertad, bajo la forma de gránulos de secreción, fenómeno al cual, se le designa con el nombre de *clasmatosis*, y del cual ha sacado el nombre de clasmatocito; además sus prolongaciones no se anastomosan con las células vecinas, en lo que se distingue de las células fibroblásticas del tejido conjuntivo.

Este elemento celular, desde que Ranvier lo describió, es objeto de estudios minuciosos de parte de los más notables investigadores y según el orígen que se le ha atribuído, la modalidad de sus actividades, y su relación con los elementos que le anteceden o le siguen, ha recibido diferentes nombres.

Así, Maxinow le denomina célula migrante en reposo, al interpretar sus distintas actitudes; normalmente en reposo en las mallas del tejido conjuntivo, ejerce sus funciones simplemente por medio de sus prolongaciones, que al fragmentarse, ya sirven de alimento a otras células, ya son diastásicas destinadas a realizar múltiples funciones; pero cuando por un estímulo irritativo, de orden fisiológico o patológico, su protoplasma es estimulado en cierto sentido es susceptible de despertar de su reposo y convertirse en elemento movible. Aschoff le llama histiocito o célula histioide, porque reconoce en él a la célula primitiva del mesenquimo, del cual se forman todos los elementos celulares del tejido conjuntivo. Marchand le llama célula adventicia, porque para él es un descendiente de las células periféricas de la adventicia de los vasos, fuente primitiva, por evoluciones sucesitivas, de una gran parte de las células conjuntivas que llenan los espacios intervasculares. Ciacco le llama célula lecitínica, porque presupone que acumula dentro de su protoplasma, granulaciones de esta naturaleza. Ferrata le llama hemohistioblasto y también hemocitoblasto, porque como sus investigaciones sobre el tejido conjuntivo se han orientado con un objetivo hematológico, él reconoce como primera función de esta célula primitiva del embrión la formación de glóbulos sanguíneos y vasos capilares, que después de pasada la vida embrionaria, actúa en dos sentidos: ora en el aparato hemopoyético fabricando elementos sanguíneos; ora en otros órganos y tejidos formando los elementos del tejido conjuntivo; de aquí que reserve para los primeros el nombre de *hemocitoblastos*, y para los segundos el de *hemohistoblastos*, lo que presupone que en determinadas circunstancias, sean capaces de recobrar sus actividades embrionarias en potencia, y producir elementos sanguíneos, como pasa en las leucemias y en la eritremia.

La palabra hemohistoblasto indica claramente que se trata de elementos celulares, potencialmente capaces de evolucionar, sea hacia los elementos fijos del tejido conjuntivo (fibroblastos, matzellen y plasmazellen), sea hacia los elementos migrantes (células linfocitoides, linfocitos) y en condiciones patológicas, hacia las múltiples y específicas células leucocitarias y eritrocitarias de los órganos hemopoyéticos y de la sangre circulante.

Hecho este rápido resumen sobre el clasmatocito, veamos cómo se comporta en la inflamación.

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

En presencia del agente irritante el clasmatocito pierde sus prolongaciones, y por consecuencia comienza a desfigurarse en sus caracteres histológicos, confundiéndose con otros elementos celulares; en una segunda etapa adquiere forma redonda, aumenta de volumen, pierde sus granulaciones protoplásmicas y toma, en un gran número de casos, los caracteres del mononuclear, en una palabra, se transforma en un monocito, se hace movible y recupera sus primitivas actividades de célula migrante, convirtiéndose en un macrófago del territorio inflamado. Si el clasmatocito tuvo en su vida embrionaria el papel de formar los elementos del tejido conjuntivo ¿Porqué no aceptar que en este caso sea la fuente de los distintos elementos que deben reemplazar, a los que han perecido ante el agente irritante, y contribuír a la formación de los múltiples elementos de defensa que se designan con el nombre de poliblastos?. Resulta de lo dicho que las actividades del clasmatocito de Ranvier, histiocito de Aschoff o hemohistoblasto de Ferrata, son muy importantes y que se ponen en acción en los primeros momentos del ataque del organismo por el agente inflamatorio.

Célula grasosa.— En el tejido conjuntivo fácilmente se encuentran células grasosas, las cuales presentan su núcleo pegado a una parte de la periferia celular y su protoplasma ocupado por una gruesa gota de grasa, claramente demostrable por el sudan III o por el ácido ósmico; estas células son pirófilas, como lo acredita la presencia de granulaciones colorantes, después de inyecciones *intra vitam;* en concepto de Ferrata deben considerarse como una simple expresión funcional del típico hemohistoblasto, y efectivamente, en el proceso inflamatorio se vé que lo primero que hacen es quemar su grasa, después que el clasmatocito pierde sus prolongaciones protoplásmicas, para enseguida alistarse en su proceso evolutivo y transformarse en célula de defensa. Estas dos metamórfosis que hemos señalado en el clasmatocito y en la célula grasosa del tejido conjuntivo, nos llevan a una reflexión: ¿la disolución de las prolongaciones del clasmatocito y la desaparición de la grasa de este clasmatocito disfrazado de célula grasosa, no constituirán los actos iniciales del proceso biológico de la inflamación, suministrando primero combustible, para el aumento de las combustiones orgánicas, y diastásas estimulantes de la proliferación de los distintos elementos celulares del tejido conjuntivo?

Endotelio vasal.— Con este nombre se agrupan un cierto número de células que tapizan los capilares del tejido conjuntivo y de los órganos, así como las cavidades de los senos linfáticos y el endotelio de las serosas. Todas estas células son pirófilas, según las investigaciones de Sagorna, confirmadas por Goldmann.

Aschoff y su escuela asimilan la célula vasal al histiocito, y la consideran en determinados procesos inflamatorios, como fuentes de monocitos de la sangre circulante. Weindereich establece cierta relación entre el clasmatocito y la célula endotelial de los pequeños vasos sanguíneo-linfáticos. Ferrata agrupa la célula vasal, en el tejido hemohistoblástico, no considerándola, sino como simple adaptación funcional de la primera célula mesenquimática; para Marchand la célula vasal sería la progenitora de la célula ad-

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

venticia, y como ciertos autores consideran que esta lo es a su vez, del clasmatocito, por estados avanzados de diferenciación del fibroblasto, resulta que la célula endotelial en las orillas vasculares, sería en último análisis, la fuente primitiva de todos los elementos celulares del tejido conjuntivo, pudiendo comparar cada tronco capilar a un árbol, que por su periferia emitiese masas celulares, destinadas a poblar todos los espacios intervasculares; estas células en sus metamórfosis sucesivas, cambian de función y forma, para realizar las distintas actividades del tejido mesenquimatoso; así llega hasta la superficie de las serosas y de las hendiduras plasmáticas del tejido conjuntivo, para realizar en estos sitios su doble papel: fagocitario en la inflamación y retículo-endotelial en las perturbaciones del equilibrio coloidal de nuestro organismo.

Estudiemos el papel fagocitario que desempeña en la inflamación. Cuando un irritante determinado despierta su actividad fagocitaria, la célula endotelial aumenta de volumen, trata de independizarse del territorio donde está fijada, y al mismo tiempo que se multiplica, solicita la concurrencia de los poliblastos que la ayudan a la destrucción del cuerpo extraño, que perturba la arquitectura del territorio inflamado; algo muy distinto de lo que sucede en la función retículo-endotelial, en que la célula no se moviliza, no determina fenómenos de concurrencia de otras células, ni altera su fisonomía anatómica, limitándose a incorporar dentro de su protoplasma, a la sustancia que ha modificado la composición coloidal del medio interno y estabilizarla dentro de él, hasta que sea transformada en elemento no nocivo a aquella.

Fibroblasto.— Los fibroblastos constituyen las típicas células de sostén del tejido conjuntivo; aparecen muy variados en su forma y volumen, presentando núcleo generalmente oval y protoplasma de estructura fibrilar, con numerosas prolongaciones que se sobreponen a las de las células vecinas de igual categoría. Ranvier considera al fibroblasto, en clara oposición con el clasmatocito, como célula fija del tejido, sin poderse movilizar. Maxinow participa, en gran parte, de la opinión de Ranvier, pero cree que a consecuencia de estímulos inflamatorios muy intensos, puede redondearse y aún librarse del tejido, conservando siempre en su protoplasma su aspecto fibrilar. Tachaschin confirma la opinión de Maxinow. Weindereich cree algo más: que el fibroblasto, es capaz de transformarse en célula redonda, hacerse libre y no ser ya reconocible de las otras células del tejido conjuntivo. Marchand, Herzog, Sagorna y Ferrata, participan de esta misma idea; pero todos están de acuerdo que no realiza esta función, sino en casos excepcionales.

Empleando la coloración *intra vitam*, los fibroblastos fijan la materia colorante formando bastoncillos y no gránulos, como las otras células que acabamos de estudiar. Cuando se utiliza el azul de isamina, los bastoncillos, aparecen unos en azul y otros en rosa, lo que Tachaschin interpreta como condrosomas; este autor insiste en que no tienen participación alguna en la formación de poliblastos, y que cualesquiera que sea la transformación que sufran en la inflamación, siempre son reconocibles. Tanto en los procesos

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

inflamatorios crónicos, cuanto en los procesos de cicatrización, las distintas células del tejdo inflamatorio concluyen volviéndose fibroblastos; por esto es mas racional suponer que en el tejido conjuntivo inflamado, el fibroblasto no sufra una metamorfosis reversible, sino que quede como armazón del tejido y a lo más aumente su volumen, contribuyendo a mantener, hasta donde sea posible, el equilibrio mecánico de su arquitectura.

En conclusión; el fibroblasto es producto de diferenciación del histiocito, y dificilmente como célula madura que es, puede reconstituirse en el tipo de su generador; lo que equivale a decir que en el proceso inflamatorio no desempeña el papel que le asignaban los antiguos autores.

En la próxima lección seguiremos estudiando la manera como se comportan los restantes elementos del tejido conjuntivo.

Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones

DECIMA SEXTA REUNION

El Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, celebró su sexta reunión del 29 de septiembre al 7 de octubre de 1930. Eligió Presidente al Dr. Madsen (Director del Instituto Serológico del Estado, de Copenhague) que desempeña esas funciones desde su creación en 1923.

Los miembros del Comité son los siguientes:

Dr. Ascoli, Director de la Escuela Superior de Malariología, Roma;

Dr. León Bernard, Presidente del Consejo Superior de Higiene de Francia;

Dr. Bordet, Director del Instituto Pasteur de Bruselas.

Sir George Buchanan, Senior Medical Officer en el Ministerio de Higiene, Londres;

Dr. H. Carriére, Director del Servicio federal de Higiene Pública, Berna;

Dr. C. Chagas, Director del Instituto Oswaldo Cruz de Río de Janeiro;

Dr. W. Chodzko, Director de la Escuela de Higiene del Estado polaco, Varsovia;

Surgeon General H. S. Cumming, Director del Servicio de Higiene pública de los Estados Unidos, Washington;

Dr. J. D. Fitzgerald, Director de la Escuela de Higiene y de los Laboratorios Connaught;

Dr. John Drummond Graham, del «Indian Medical Service»;

Dr. C. Hamel, Presidente del «Reichsgesundheritsamt», Berlín;

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

Dr. J. Jadassohn, Director de la Clínica Dermatológica de la Universidad de Breslau;

Dr. N. M. J. Jitta, ex Presidente del Consejo de Higiene de los Países Bajos;

Dr. R. Jorge, Presidente técnico del Consejo Superior de Sanidad Pública, Lisboa;

Dr. A. Lutrario, ex Director General de la Administración de Higiene en el Ministerio del Interior, Roma;

Dr. G. Pittaluga, Director de la Escuela de Higiene de Madrid;

Sr. L. Raynaud, Inspector General de los Servicios de Higiene de Argelia;

Dr. Scoseria, Presidente del Consejo de Higiene del Uruguay;

Dr. A. Stampar, Inspector General de los Servicios de Higiene en el Ministerio de Previsión Social e Higiene Pública, Belgrado;

Dr. M. Tsurumi, representante de la Oficina Sanitaria central del Ministerio del Interior del Japón, Tokío.

Situación actual de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y perspectivas para el futuro. — El Dr. Madsen refirió la importancia de la obra llevada a cabo por la Organización de Higiene, para la Sociedad de las Naciones y para la cooperación internacional en general y la analogía fundamental que presentan, a pesar de las grandes diferencias locales, los problemas de higiene en los diversos países y en las regiones rurales e industriales. Las mismas dificultades se repiten en todas partes y la experiencia adquirida por uno es de infinito valor para todos. Resulta, igualmente, que la higiene pública no es más que uno de los factores que ejercen influencia en las condiciones sociales, las cuales están, a su vez, profundamente afectadas por las cuestiones económicas y financieras, así como por los problemas relativos a las comunicaciones y al tránsito; la Sociedad de Naciones debería estar en condiciones de poner la experiencia adquirida por sus tres organizaciones técnicas a la disposición de los Gobiernos que necesiten una ayuda cualquiera para elevar el nivel de la vida y reconstituir algunos de sus territorios sobre un plan nuevo y superior; el éxito de la obra de higiene, tanto internacional como nacional, está tan estrechamente ligada a las condiciones económicas, financieras y sociales, que se iría a un fracaso, si solo se escogiera uno de esos factores como objeto de estudio y de acción.

La obra de la Organización de Higiene pasa por tres fases: la de estudio y constitución de una documentación; la de las conclusiones generales basadas en los datos reunidos, y, por último, la de la acción. Cualquiera que sea la función que la Sociedad de las Naciones quiera emprender en materia de higiene, debe pasar por la primera de esas fases; el servicio mundial de informaciones epidemiológicas y de estadísticas de higiene pública constituye un ejemplo típico de esa clase de actividad.

Luego, sobre la base de las informaciones reunidas, la Organización de Higiene puede establecer principios y formular reco-

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

mendaciones para iniciar una acción. Las conclusiones del Comité sobre los métodos para combatir el paludismo y la mortalidad infantil, son ejemplo de esa clase de actividad. Este método de trabajo permite a la Organización de Higiene darse cuenta de las necesidades de las administraciones sanitarias nacionales y acostumbrar a éstas a resolver sus problemas en colaboración con la Sociedad de Naciones. La obra de reconstitución sanitaria en China, en Grecia y en Bolivia facilitan ejemplos recientes de una acción gubernamental realizada con el concurso técnico y el apoyo de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones.

El Dr. Madsen observa que los Gobiernos y los institutos científicos consideran actualmente como permanentes, determinadas formas de actividad de la Organización de Higiene. Tal es el caso de la Comisión de Unificación de la dosimetría, que tiene por tarea establecer y aplicar medidas internacionales uniformes para la preparación y dosificación de los productos serológicos y biológicos. Tal es, igualmente, el caso de la Comisión de Opio del Comité de Higiene, cuya misión consiste en dar dictámenes al Comité, de conformidad con las obligaciones que le impone el Convenio del Opio de 1925, sobre los productos que deben incluirse en la lista de substancias sometidas a las disposiciones del Convenio, o que, por el contrario, pueden ser declaradas inofensivas y exentas, por lo tanto, de fiscalización. La comisión del Paludismo, después de extensos estudios, ha adoptado un plan general de lucha contra el paludismo, y actualmente está discutiendo un programa de estudios epidemiológicos cuya realización requerirá tres años, por lo menos. La Comisión de la lepra acaba de comenzar sus trabajos, después de haber procedido a un examen preliminar del problema relativo a esa enfermedad.

La encuesta sobre la mortalidad infantil está terminada en cuanto a su objeto principal, pero quedan por dilucidarse ciertos problemas especiales. Los trabajos de la Comisión de Enseñanza de la Higiene y de la Medicina preventiva y los estudios sobre la viruela y el cáncer forman parte de las actividades de carácter permanente; conviene proseguirlos modificando, quizás, la forma.

Por otra parte, el Comité de Higiene debe desarrollar su colaboración con los Gobiernos que le pidan su parecer, no sólo sobre la reorganización de los servicios de sanidad pública, sino también sobre los métodos que convenga emplear y sobre los planes técnicos que deben adoptarse para resolver los numerosos problemas administrativos y médicos relativos a la sanidad pública.

Esos pareceres, que representan una opinión técnica basada en la comparación de los conocimientos y de la experiencia de eminentes higienistas, constituyen, en cierto modo, la expresión del estado actual de la práctica y de la doctrina en las diversas ramas de la higiene pública.

Tales pareceres autorizados son necesarios especialmente en lo que concierne a la protección materna e infantil. Ya se ha reunido una abundante documentación sobre mortalidad infantil. Pero es necesario un informe general sobre la totalidad del asunto, para ayudar prácticamente no solo a las administraciones sanita-

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

rias que han pedido colaboración a ese fin, sino a otras que deseen organizar en sus propios países una campaña contra la mortalidad infantil y materna.

La higiene del niño de edad escolar y del adolescente, constituye otro problema digno de un estudio semejante.

Las medidas de lucha antituberculosa adoptadas en los diversos países, deben ser objeto de un estudio, quizá más urgente que otros. En los años anteriores se ha reunido ya una abundante documentación que constituirá un núcleo muy útil para un informe general.

El trabajo de la Comisión de especialistas en materia de tratamiento de la sífilis y cuestiones conexas, así como los numerosos estudios hechos sobre el diagnóstico serológico de la sífilis, formarán, asimismo, la base indispensable para un informe sobre las medidas que conviene adoptar contra las enfermedades venéreas y especialmente contra la sífilis congénita.

En el trascurso de los diez o quince años últimos, las administraciones sanitarias han tenido que adoptar medidas contra otras enfermedades sociales, tales como el cáncer, el reumatismo y las enfermedades del corazón. Esas enfermeades merecen ciertamente un atento estudio y convendría tratar de presentar una serie de informes sobre ellas.

Entre los métodos de aplicación práctica de la higine pública, sobre todo en las regiones rurales, uno, el de los «Centros de Higiene», merece estudio especial. Ese estudio, comenzado hace un año o dos, debe ser conducido a buen término.

Por último, la misión de las autoridades locales en la administración de la asistencia médica se impondrá, a la atención del Comité.

En cada uno de esos grupos de cuestiones enumeradas, hay que analizar las razones que han inducido a los diferentes países a adoptar tales o cuales medidas, hay que determinar hasta qué punto concuerdan entre sí esas medidas y los extremos sobre los cuales las diferencias de práctica exigen una nueva encuesta. El Sr. Madsen estima, que en un período de seis meses a un año, podrían presentarse informes sobre esas cuestiones, si se confía su preparación a pequeños «grupos de ponentes» que consultarían a los especialistas más competentes y que someterían sus conclusiones al Comité de Higiene, siendo éste el único competente, tanto para formular un parecer, como para decidir sobre el tipo de los problemas que podrían estudiarse.

Los trabajos de los ponentes darían a conocer en detalle la práctica moderna de la medicina preventiva y proporcionarían una base de las relaciones entre los servicios de sanidad pública y los seguros contra enfermedad, cosa que actualmente estudia la Comisión Mixta creada por el Comité de Higiene, y la Oficina Internacional del Trabajo.

Analizó igualmente, el Sr. Madsen los aspectos siguientes de la actividad de la Organización de Higiene:

1º. *Reuniones de los Directores de Escuelas de Higiene.*—El Dr. Madsen propuso que, en lo sucesivo, esas reuniones sean periódicas. Su fin es permitir un intercambio continuo de ideas y de

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

conocimientos experimentales entre las Escuelas de Higiene, que cada vez desempeñarán un papel de mayor importancia en el desarrollo de la organización de la sanidad pública en los diferentes países.

2°. *Enseñanza de la medicina.*—A petición del Gobierno chino, la Organización de Higiene presta actualmente su concurso a la Comisión nacional de enseñanza médica en China. Es evidente, que el estudio de las condiciones de higiene pública en un país dado, no será completo sin el examen de los métodos de formación de los médicos. Esta cuestión reviste gran importancia, aún en los países con mucha experiencia médica, y no podrá omitirse en el programa de los trabajos del Comité de Higiene.

3°. *Estudios relativos a las enfermedades que reinan en las colonias.* —El Sr. Madsen estima que sería conveniente reunir bajo los auspicios de la Organización de Higiene, a los Jefes médicos de los Ministerios de Colonias de los países que tengan poseciones en Africa y de las administraciones sanitarias de los países africanos. El fin de esas reuniones sería investigar la manera como podrían ser utilizados los servicios de la Organización de Higiene para proseguir los estudios sobre las enfermedades que se manifiestan especialmente en los territorios coloniales.

4°. *El problema de la alimentación.*— Este problema que entra en el programa de los trabajos de la Organización de Higiene, es singularmente importante para el Lejano Oriente. A propuesta del Dr. Madsen, se ha decidido emprender, en consulta con la oficina de Oriente, un estudio especial del problema del arroz en el Lejano Oriente.

5°. La cuestión de la *educación física* será asimismo objeto de estudio especial.

El Comité de Higiene ha designado varios Subcomités de redacción y a varios grupos de especialistas, para estudiar esos diferentes problemas con arreglo el método propuesto por el Presidente.

Enumeramos a continuación las más importantes decisiones adoptadas en el año último.

Escuela Internacional de Altos Estudios de Higiene. — A propuesta del Gobierno francés, el Comité de Higiene elaboró, con la aprobación del Consejo y de acuerdo con dicho Gobierno, un proyecto de organización de una Escuela internacional de altos estudios de Higiene, en París, bajo los auspicios de la Sociedad de las Naciones.

El proyecto del Gobierno francés pone de relieve el carácter internacional de la escuela de altos estudios de París y el elevado nivel de la enseñanza que en ella se dará.

El programa de estudios está dividido en tres ramas: la higiene general comparada; los nuevos conocimientos en materia de higiene y ciencias que con ella se relacionan, y los órganos y métodos de la cooperación sanitaria internacional.

Conferencia europea de higiene rural. — Para la preparación de la Conferencia de higiene rural, el Comité de Higiene ha designado a una Comisión compuesta de los Doctores Jitta, Presidente, Carriére, Chodzko, Fritzgerald, Hamel, Lutrario y Madsen. El Comi-

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

té expresó la esperanza de que el Instituto Internacional de Agricultura se servirá colaborar con esa Comisión, así como con la Oficina Internacional del Trabajo.

Paludismo.— El Comité de Higiene oyó una exposición del Dr. Schuffner, Presidente de la Delegación de la Comisión del Paludismo, que visitó la India el año pasado, invitado por el Gobierno de dicho país.

Acompañaba a esa Delegación, el Director del «Malaria Survey» de la India. La Delegación ha contado con toda clase de facilidades para estudiar a fondo los métodos antipalúdicos usados en la India. Ha podido comprobar que el paludismo había causado, probablemente, más daños que todas las demás epidemias juntas. El 90% de la población de la India está formada por agricultores y el problema existe en los 700.000 pueblos de la India.

La Delegación explica la inmensidad y variedad de las cuestiones que se plantean en la India, en lo que respecta al servicio médico. Muestra en su informe las ventajas del plan general basado en los resultados obtenidos en la lucha antipalúdica en determinadas regiones. Advierte que un plan de esa índole exigiría una participación financiera más importante por parte de las autoridades de distrito y de las autoridades municipales.

Además, la Comisión del Paludismo recomienda que el Servicio de Sanidad pública rural sea también un servicio médico, pues, a su juicio, la asistencia médica rural y una propaganda persistente sobre la eficacia de la quinina, son los complementos necesarios de la lucha antipalúdica.

El informe rinde homenaje a la obra del Servicio de Sanidad de la India y da las gracias al Gobierno de dicho país por las facilidades y el auxilio concedidos a los miembros durante su misión.

Lepra.— El Comité de Higiene adoptó el informe del Dr. Burnet, Secretario de la Comisión de la Lepra, sobre los resultados de su encuesta sobre esa enfermedad en Europa, en América y en el Lejano Oriente.

El Dr. Burnet pone de manifiesto las importantes lagunas que existen en el conocimiento de la lepra, su epidemiología, su tratamiento, su profilaxia, y comenta las diferentes maneras como se considera el problema en los diversos países.

El informe se expresa en estos términos:

En el interés que a los Gobiernos y a la opinión pública inspira la lepra, existen todas las graduaciones, desde la necesidad brutal de alejar a los sujetos peligrosos, como en la Edad Media, hasta una alta concepción moderna de higiene social.

El informe insiste en la necesidad de favorecer las relaciones personales entre los leprologistas de todos los países, a fin de reunir la documentación existente, generalizar los mejores métodos usados y fijar los programas de estudio.

Advierte el informe, que en todas parte se deja sentir la necesidad de una aproximación entre los leprologistas y que en todas partes merece buena acogida la obra del Comité de Higiene. Por último, añade que los especialistas esperan que la encuesta emprendida por la Sociedad de las Naciones signifique el comienzo de una

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

cooperación internacional para combatir la lepra y que esa encuesta será conducida de la misma manera que las llevadas a cabo sobre la sífilis y el paludismo.

Reorganización de los servicios sanitarios en China. — El Dr. P. Z. King, representante del Ministerio de Higiene de China en el Comité de Higiene, expuso los esfuerzos realizados durante los últimos meses por el Gobierno chino para aplicar el plan de reorganización de los servicios sanitarios de su país, elaborado con arreglo a las recomendaciones y con el concurso de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

La obra de higiene en la América latina. — Enteróse el Comité de Higiene de un informe del Dr. Mackenzie, de la Secretaría de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones, sobre los resultados de su encuesta en Bolivia. Esa encuesta constituye la primera etapa de la obra de colaboración técnica de la Organización de Higiene y del Gobierno boliviano en materia sanitaria.

El Comité enteróse con satisfacción de que el Gobierno boliviano había nombrado Director General de sus servicios de higiene a un médico boliviano, que vendrá a discutir con el Comité de Higiene el programa de colaboración entre la Organización de Higiene y Bolivia.

El profesor R. Debré, sometió un informe sobre la importancia y las causas de la mortalidad infantil, estudiadas durante su encuesta en la América latina. El Dr. Debré, que ha visitado la Argentina, Bolivia, Chile y el Uruguay, tomó parte en la Conferencia contra la mortalidad infantil reunida en Lima en Julio de 1930. Esa conferencia, a la que asistían los representantes del Perú, de Bolivia, de la Argentina, del Uruguay y de Venezuela, ha puesto de manifiesto la gran importancia del problema de la mortalidad infantil y la necesidad de una nueva encuesta.

La Organización de Higiene ha colaborado también en la preparación del Congreso serológico sudamericano, organizado por el Instituto de Montevideo. El objeto de esa reunión era proceder a un estudio comparado de los diferentes métodos empleados para el serodiagnóstico de la sífilis. Los trabajos del Congreso fueron presididos por el Profesor J. Jadassohn, miembro del Comité de Higiene y Presidente de la Comisión de la sífilis. Los trabajos fueron conducidos de la misma manera que los de las conferencias serológicas celebradas en 1923 y en 1928 en el Instituto de Copenhague.

NINGUN HOMBRE ES CULPABLE POR EMITIR UNA OPINION DISTINTA DE LA DE OTRO.

VOLTAIRE.

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

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

Prensa Médica Francesa

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Sesion del 7 de Noviembre de 1930

El tratamiento del pié contrahecho del recién nacido.— Judet comienza las maniobras de modelaje en el segundo mes de la vida del niño. Hace el enderezamiento por etapas (1-2-3) según los casos y fija con escayola el pié después de haber obtenido un resultado satisfactorio; el aparato escayolado se apoya en la rodilla y tiene una fuerza de contención muy grande.

Treves comienza el tratamiento en cuanto el niño ha recobrado el peso que tenía al nacer y prefiere las bandas adhesivas preparadas con óxido de zinc que, por la manera en que están colocadas, actúan sobre las tres deformaciones del pié.

R. Massart emplea también bandas adhesivas según la manera de Ducroquet, con punto de apoyo en la rodilla en flexión. Cuando la corrección es buena, este autor fija con un aparato escayolado la correction así obtenida.

Los antisépticos a base de cloro.— Leo expone el estado actual de la cuestión referente al modo de acción de los antisépticos a base de cloro tales como los hipocloritos de soda de Dakin, la cloramina de Doufresne simple o adicionada de borato o de cloruro sódico. El autor comprueba la escasez de documentos relativos a esta cuestión, después de la guerra.

A propósito de facturas abiertas. —Petit de la Veilleon no es partidario de la osteosíntesis para tratar las fracturas. Este autor ejecuta las dos indicaciones principales: inmovilización con aparatos de suspensión del tipo americano y desinfección por el método antiséptico de Carrel.

Desprendimiento óseo intra-articular de la rodilla. — Massart presenta la observación y las radiografías de una muchachita que corriendo, se dió un golpe en la rodilla contra un banco y se produjo un esguince con hemartrosis. Cuatro meses después del accidente no había habido mejora a pesar de los masajes y de la mecanoterapia. Una radiografía mostró al autor un desprendimiento óseo tibial externo cuya existencia se había ignorado por falta de un examen a los rayos X. Una artrotomía externa permitió la extirpación de esta cuña ósea y devolver a la rodilla su movilidad. Actualmente la recuperación funcional es total. El autor insiste sobre la necesidad de conocer por la radiografía la importancia de las lesiones del esguince antes de dar masajes y de movilizar y sobre la importancia de una refacción articular minuciosa en el curso del acto operatorio.

Estasis duodenal. — Lanos presenta la observación de una enferma a la que ha seguido durante varios años y en la cual ha te-

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

nido ocasión de ver evolucionar una éstasis duodenal. Esta enferma había sufrido, en 1910, una gastro-esterostomía, y más tarde, en 1924 una duodeno-yeyunostomía transmesocólica. Como la éstasis duodenal persistiera, el autor practicó, en junio de 1930, una gastrectomía suprimiendo la boca de gastro-enterostomía y haciendo abocar el asa eferente en el estómago, haciendo entre esta asa y la 3a. porción del duodeno una nueva duodeno-yeyunostomía. La enferma mejora y gana en peso.

Cáncer del epiploon. — BONNET ha observado el desarrollo de un cáncer del epiploon en una mujer operada dos años antes de histerectomía por anexitis bilateral supurada, con un cuerpo uterino voluminoso, pero de apariencia banal. Según el examen histológico parece probable que la lesión intestinal haya tenido por origen el cuerpo uterino. La lesión es curiosa por la lenta evolución de esta invasión secundaria sin ascitis hemorrágica.

Quiste del órgano de Rosenmuller. — MULLER (de Belfort) presenta la observación de una enferma operada de quiste del ovario con pedículo torsionado desarrollado, como ha mostrado el examen histológico, a expensas de un vestigio del órgano de Rosenmüller.

Enfermedad de Schlatter. — PEUGNIEZ ha observado un caso de apofisitis tibial en una niña de 12 años, alumna de una escuela de danza. El autor compara estos accidentes a la epicondilitis de los esgrimistas. La enferma ha curado con el reposo y la revulsión local.

Vólvulus total del intestino delgado. Detorsion. Curación.— VICTOR PAUCHET y LE GAC han visto aparecer un vólvulus en un enfermo operado anteriormente de colectomía. Este vólvulus no tiene ninguna relación con la operación practicada: se ha producido a causa de una brida epiplóica. Los autores han recurrido a la raquianestesia y han detorsionado el intestino, puncionado y aspirado los contenidos líquidos del intestino delgado, habiendo colocado el punto declive lejos, sobre la mesa, para no infectar la masa intestinal.

Fractura completa aislada de la cabeza radial. — LANOS presenta una enferma a la cual ha extirpado por una incisión, un fragmento, basculado hacia adelante, de la cabeza radial. Ha podido volver a dar a la articulación del codo la integridad de sus movimientos.

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

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DE DIRECTORIO

Se abrió la sesión a las 7 p. m. bajo la presidencia del doctor Guillermo Fernández Dávila.

El directorio tomó conocimiento del estado de los trabajos de varias iniciativas, que la institución está tratando de difundir en la colectividad y de llevar a cabo si fuese posible.

Contemplándose la iniciativa de la señora Antúnez de Mayolo referente a implantar en el Perú, las "Colonias Veraniegas para Niños", el doctor Bambarén expresó que todo lo que se relaciona con el cuidado de la salud del niño preocupa en el mundo y que figura entre los diversos modos de esta protección las «Colonias y Campos de Vacaciones», en razón de que son los niños en edad escolar los mas necesitados y los más aparentes para este cuidado.

La colocación de los niños que necesitan fortalecer su organismo bajo carpas, es asunto que no solo se contempla en la estación calurosa, sino que también trata de extenderse a los lugares que poseen fuentes termales o estaciones hidrominerales y climatológicas, organizándose así "Campos Termales para niños".

El doctor Molinery, miembro de la Sociedad de Medicina de París, es el apóstol de este empeño, que tiene por objeto hacer que beneficie de la cura hidromineral todo niño que la necesite, en razón de su particular condición orgánica. El niño no solo necesita Sol; requiere clima y curas termales, que todavía no están difundidas entre nosotros.

El último Congreso francés de Hidrología y Climatología reunido en Burdeos, en abril de 1930, ha emitido el voto de que se creen y generalicen los "campos termales para niños", con el mismo plan de las colonias y de los campos de vacaciones.

Sostiene el doctor Molinery que los campos termales para niños deben ser la transposición, en el plano hidromineral y climatológico, de las colonias y de los campos de vacaciones, que deben llevarse a cabo colocando a los niños en carpas, semejantes a las que usa el ejército.

La vida del niño en las carpas o tiendas de campaña es uno de los medios más eficaces para alcanzar su robustez. Aún los débiles del aparato respiratorio, pueden gozar de este modo de vida, sin peligro para su salud, pues, en la última gran guerra se ha visto que muchos enfermos de ese aparato de la vida orgánica, beneficiaron de su estada en campaña.

Los diversos modelos de carpas que hoy existen en el material sanitario de los ejércitos, puede utilizarse en las "Colonias Veranie-

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

gas para Niños", de preferencia la "carpa Tortoise" de dobles paredes, que es impermeable y muy confortable.

El estado sanitario y la dirección técnica debe asegurarse por médicos y visitadoras sociales, especializados en estos asuntos.

La organización de "Campos Termales para Niños" ha merecido recomendación de la Academia y de la Sociedad de Medicina de París, teniendo en cuenta que representan organizaciones en favor de la infancia, del niño que necesita beneficiarse de curas hidrominerales durante la época de su desarrollo.

Por la enumeración de los hechos de esta empresa que se lleva a cabo en Francia y que doctrinariamente apoya la iniciativa de la señora Antúnez de Mayolo, el doctor Bambarén pidió que se vea la forma de realizar lo más pronto posible esa iniciativa, teniéndose presente para el futuro la conveniencia de extenderla a los "campos hidrominerales infantiles."

Teniendo en cuenta las gestiones realizadas por la "Federación Odontológica del Perú" para que las Municipalidades distritales clausuren los Consultorios Dentales que sostienen, la Liga acordó ofrecer su apoyo a este pedido, teniendo en cuenta entre otras razones que la municipalidad provincial no posee esos organismos y que el Sindicato Médico Peruano ha pedido a la Dirección de Salubridad que haga desaparecer los servicios médicos gratuitos que tienen en funciones varias municipalidades, sin poseer fundamento legal y sanitario.

Habiéndose derogado la ley N°. 2531 que prohibía la venta y consumo de bebidas alcohólicas durante los días sábado y domingo en razón de la inmoralidad de las autoridades encargadas de vigilar su cumplimiento, la institución acordó que el doctor Wenceslao F. Molina presentase un proyecto que permita evitar los estragos del alcoholismo, que no solo degenera la raza, sino que aminora la duración de la vida y es factor importante de pauperismo.

La Liga acordó dejar constancia en el acta, de la complacencia que suscita la obra de higiene social que lleva a cabo en su hacienda "Chiclín" el señor Rafael Larco Herrera, presidente honorario de la Institución.

Contemplose con todo interés y neutralidad científica, la falta de honorabilidad que se está comprobando en muchos miembros de la administración derrocada, y teniendo en cuenta que hasta ahora no se defiende en forma alguna en el Perú la higidez mental y que es ella uno de los principales factores que condicionan la conducta humana, la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" acordó declarar que de nada servirán las sanciones que se apliquen, sino se dictan las providencias necesarias para emprender una vasta campaña de higiene mental, que bien la necesita el país, porque hasta ahora no se ha emprendido una obra semejante en el Perú. La Higiene Mental lucha por el normal desarrollo de la psiquis y por su perfección; consiguiendo estos anhelos, no se presentan las anomalías de la

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

conducta y las fallas morales, que son la exteriorización de mentes enfermas, taradas o anormales.

A propuesta de los doctores Soto y Arbulú, fué aceptado como socio activo de la Liga el doctor Luis A. Suárez.

Noticias

PRIMER CONGRESO DE OFTALMOLOGIA LATINO-AMERICANO.— En la sesión dedicada por la Sociedad de Oftalmología de Buenos Aires a la recepción del Prof. Charlin, se ha acordado celebrar en Santiago de Chile, en febrero del año 1931, el primer Congreso de Oftalmología latino-americano.

La tarea de organización del certámen se ha encomendado al Prof. Charlin, en unión de los doctores Martini, Espildora, S. Barrenechea y Schweitzer, de Santiago, Thierry, de Valparaíso y A. Campos de Concepción.

Hay que esperar que los oftalmólogos del Perú, que no son muchos, se apresten a que nuestro país sea representado científicamente en el Primer Congreso de oftalmología Latino-Americano.

Bibliografía

ENFERMEDADES DEL CEREBRO por los Drs. Léri, Serieux, Mignot y N. Perón. — Un tomo de 420 páginas. — *Editores Espasa-Calpe*.—Madrid, 1930.—Precio 12,50 pesetas.

Este interesante libro forma parte del Brouardel-Gilbert-Thoinot, *Nuevo Tratado de Medicina y de Terapéutica*, publicado bajo la dirección de P. Carnot y P. Lereboullet.

Los capítulos de este libro son los siguientes: Conmoción cerebral, Hemorragia cerebral, Reblandecimiento cerebral por André Léri. Sífilis cerebral, Tumores cerebrales, Abceso cerebral por Klipel. Parálisis general por Serieux, Mignot y Peron.

El interesante índice y la autoridad de sus autores hacen que este libro tenga una gran importancia y su lectura será de indiscutible utilidad a los médicos prácticos.

La edición muy cuidadosa siguiendo el formato y características de los marcados por la Editorial Espasa-Calpe, en este Nuevo tratado de Medicina y Terapéutica.

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

MANUAL Y GUIA DE ALIMENTACION DEL NIÑO, por Luis Fischer. —Un vol. de 190 páginas.— *Editores Espasa Calpe.*— Madrid-Barcelona.—1930.

Hasta el presente se han ofrecido en la bibliografía española pocos libros de la índole del que se refiere esta nota, escrito con amplio espíritu conceptual y práctico, a fin de que su publicación constituya un positivo tributo para la gran cantidad de público que haya menester sus enseñanzas. Por lo general, las obras en cuestión, que, naturalmente, han de responder a base científica, no juntaron a ese carácter la indispensable condición de claridad y sencillez necesarias para su eficacia práctica.

De aquí que la publicación de la obra cuyo título encabeza esta glosa, revista trascedental importancia. Escrito por un gran especialista norteamericano, Luis Fischer, este *Manual y guía de alimentación del niño*, que ha sido traducido al castellano por Irmis Barret de Nazaris, ofrece mucha luz sobre el tema de la Puericultura, rama de la Medicina que no ha sido impulsada con interés y acierto hasta hace poco.

El Manual y guía de alimentación del niño, que ofrece como cualidad sobresaliente la síntesis y la sencillez y claridad expositivas, constituye el resultado de las observaciones y estudios personales de su autor, gran pediatra yanqui, autor de varias obras excelentes sobre la materia, y médico instructor, consultor y puericultor de importantes instituciones de su país. Con excelente conocimiento de causa, el doctor Fischer va trazando el plan completo del tema en tres partes, con total de treinta y ocho capítulos, ilustrados con algunos dibujos alusivos.

En la primera, rotulada *Higiene general del niño*, habla de lo siguiente: puericultura prenatal, la habitación, limpieza y cuidados, los vestidos, tamaño, peso y desarrollo; enseñanza, vacuna, dentición, rayos X y transfusión de sangre. En la segunda, cuyo título es *Alimentación del niño*, de destete, alimentación mixta, leche de vaca, intolerancia, indicaciones higiénicas, reglas de alimentación, indigestión, dispepsia, alimentaciones especiales, método calórico, accidentes, estreñimiento, etcétera. Y, finalmente, en la tercera, *Otras diversas enfermedades*, fiebre y temperatura, reglas generales, sarampión y otras afecciones, niños anémicos, enfermedades infecciosas, accidentes, ojos, oído y boca, malos hábitos, aplicaciones externas, etc.

COMPTES RENDUS DES SEANCES DU CONGRES 1930 DE LA SOCIETE SCIENTIFIQUE FRANCAISE DE CHIRURGIE REPARATRICE PLASTIQUE ET ESTHETIQUE, publicadas por el doctor Ch. Claoné, secretario general. — *Editions Medicales Norbert Maloine.*— París 1930.

Este volúmen de 260 páginas contiene, una primera parte dedicada a la Asamblea general de la fundación, reglamento, lista de socios etcétera, todo lo concerniente a los Estatutos de esta importante sociedad médica.

Dedica 60 páginas a la sesión del día 6 de junio presidida por el doctor Dartigues y el resto de volumen se ocupa de los actos del 1er. congreso celebrado en París los días 3 y 4 de octubre de 1930.

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

La edición está admirablemente hecha en papel satinado y con numerosos esquemas, dibujos y fotografías.

ESTUDIOS DE FIMATOLOGIA, PATOLOGIA GENERAL Y APLICADA por el Dr. J. Valdéz Lambea.— Volúmen con 270 páginas.— *Manuel Marin, editor.*— Barcelona 1930.—Pesetas 12.

Es enorme la producción del autor en materia de tuberculosis. Este libro, es fruto de la labor de un clínico de fina observación y de sereno juicio.

El autor abarca las más modernas cuestiones de la especialidad tisiológica. Síntomas y síndromes fundamentales de orden fímico. Síndromes hematosos de la tuberculosis. Tuberculosis y endocrinopatías. El factor fímico en la obesidad y en la delgadez. Bacilemias y septicemias tuberculosas. Psicopatías de los tuberculosos. Las reacciones circulares en la tuberculosos. Tuberculosis y Albuminuria, etc.

Esta sola enumeración dá idea del interés de las materias que Valdés Lambea desarrolla con excelente espíritu crítico y gran acopio de doctrina personal.

L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE DU NOURRISSON por los Drs. F. D'Aillaines y Jean Armingeat. — Un vol. de 124 páginas. — *Gautier-Villars et Cie, editeurs.—Paris.-1931.*

Sin tratar de ancarecer la terrible gravedad de la invaginación intestinal del lactante, los autores, en este interesante libro, revisan el problema clínico que comporta el diagnóstico y el tratamiento, indudablemente quirúrgico, de la invaginación.

En diez capítulos, cuya disposición es una muestra de la escuela francesa, se estudian las diversas cuestiones relacionadas con él. Al leerlos se recoge una idea fundamental: la necesidad de diagnosticar precozmente la invaginación.

No estando las dificultades en el acto operatorio, sino en la precocidad para conocer la enfermedad, esta obra, salida de la clínica, está destinada a despertar en el práctico la tendencia a diagnosticar la lesión, tarea difícil muchas veces, que al retardar la intervención del cirujano, modifica sustancialmente las condiciones del pronóstico. Una estadística bien juzgada permite, a los autores, finalizar su libro con un conjunto de sabias enseñanzas.

LES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE por el Dr. J. Luis E. de Mora.—Un vol. de 250 páginas.—*G. Doin et Cie.*— París.- 1930.

El estudio detallado de 24 casos de tumores solidos del ovario en el servicio del profesor Gosset— quien lleno de cariño prologa la obra— ha dado motivo para que el autor redacte, en un libro útil, las ideas actuales sobre los tumores sólidos del ovario.

Epiteliales y conjuntivos, metastasicos y heterotópicos, cualquiera que sea su variedad, comportan siempre arduas tareas para su diagnóstico. Varios capítulos están por eso dedicados a estos estudios, destacando uno especial sobre las asociaciones, algo frecuentes, de estas neoplásias con el cáncer uterino.

El doctor De Mora hace hincapié y trae a colación las nociones anatomo-patológicas que el cirujano o el ginecólogo necesitan po-

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

seer cuando se encuentran frente a casos de tumores ovarianos. Su malignidad, su uni o bilateralidad, el volumen, etc. son otras tantas cuestiones que plantean distintos caminos, que hay que saber escoger para asegurar el éxito.

Numerosa y de gran valor es la bibliografía consultada por el autor para redactar este libro, que todos los trabajadores de la ginecología deben leer, y particularmente los nacionales, porque Luis E. de Mora es peruano, de aquellos que han nutrido su aprendizaje en las clínicas francesas.

EL ROMANCERO ESPAÑOL, de R. de Campoamor Freire.—*Editorial Cuadernos de Cultura.*— Valencia (España).—Ptas. 0'60.

Esta interesante publicación es un magnífico estudio de la poesía popular española. En forma sencilla, hace asistir a la formación del romance, describiendo sus distintas clases: el romance histórico, el novelesco y el de índole caballeresca. Sigue una breve pintura del juglar en sus primeros tiempos y su formación moderna.

Sobre todo, tiene un singular interés el estudio del ciclo carolingio y el de los romances llamados asturianos, andaluces, catalanes y valencianos.

El estilo es fácil y el tono popularísimo.

LAS ENFERMEDADES REUMATICAS CRONICAS, por los doctores F. G. Thomson y R. G. Gordon.—*Manuel Marín editor*, —Barcelona 1930.

Corresponde este libro al tomo VIII de la interesante colección Marañón.

Los autores solo tratan de hacer un libro útil y del cual el médico práctico obtenga enseñanzas para poder emplearlas diariamente; este deseo de los autores lo han conseguido completamente; la obra es de gran utilidad y la exposición de los distintos cuadros clínicos de enfermos reumáticos que el práctico puede conocer en su vida diaria, ha sido un gran acierto.

El libro está dividido en tres partes. La primera se ocupa de los factores etiológicos y dedica una serie de capítulos a los tipos clínicos y al diagnóstico diferencial señalando las indicaciones terapéuticas. Se dedica un capítulo a la artritis climatérica de la mujer.

La segunda discute el diagnóstico de casos considerados muchas veces como reumáticos sin serlo.

La tercera parte está dedicada al tratamiento aplicable a las enfermedades reumáticas crónicas, de modo que el práctico pueda guiarse respecto a las indicaciones terapéuticas a que debe sujetarse el enfermo según los casos.

LA DICTADURA, LA JUVENTUD Y LA REPUBLICA, por Lázaro Somoza. — *Editorial Cuadernos de Cultura.* — Valencia (España) 1931.

El conocido periodista de *La Libertad*, de Madrid, traza un cuadro vibrante de la situación política de España desde el principio de la Dictadura hasta la hora actual.

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

Enjuicia duramente la actuación de Primo de Rivera, aclarando las causas de su advenimiento y salida del poder y haciendo resaltar la decidida y eficaz actuación de la juventud estudiantil en tan nefasto período.

Al estudiar la realidad política actual informa de sus luchas y procedimientos, de los esfuerzos por mantener el régimen monárquico, resquebrajado y a punto de hundirse; la verdad sobre las elecciones que se preparan, etc.

Muy interesantes son los capítulos que dedica al período histórico que va de Calomarde a Primo; las figuras guías: Pi y Margall y Costa; la autocracia y el militarismo contra la libertad y finalmente el deber de la juventud con la República.

Un libro digno de leerse en estos momentos de conmoción política.

POR LA ESCUELA RENOVADA de Carmen Conde.—*Editorial Cuadernos de Cultura.*— Valencia (España) 1931. —Pesetas 0'60.

Carmen Conde profesora y cultísima publicista, nos regala en este cuaderno con su bella prosa, poniendo de manifiesto su moderna orientación pedagógica.

Sobre un fondo humanísimo familiariza al lector con los problemas actuales de la escuela: la educación femenina, la fatiga y la necesidad del gimnasio, las casas de maternidad y el peligro de la familia inmoral.

Muy acertado el estudio de los perjuicios de las centralizaciones españolas, en lo que respecta al Magisterio. Y de gran interés los capítulos que dedica a la cinematografía escolar, el arte en la escuela y el cancionero infantil.

Un éxito más que añadir a los ya conseguidos por esta publicación en sus 25 números publicados hasta la fecha, los cuales van formando una enciclopedia popular utilísima a todo aquel que quiera formar su inteligencia sin pérdida de tiempo ni grandes quebraderos de cabeza.

Difícil empresa, sostenida a golpe de grandes esfuerzos por sus iniciadores.

DEBEMOS TRABAJAR COMO SI NO FUESEMOS A MORIR NUNCA, A FIN DE NO PERDER LA ESPERANZA DE TERMINAR NUESTRAS LABORES; Y DEBEMOS TRABAJAR CUAL SI FUESEMOS A MORIR MAÑANA PARA NO DEJAR NADA INCONCLUSO.

LITTRÉ.

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

Indice de Materias del Año 1929

PAGINA

Academia Nacional de Medicina ... 383

Bibliografía ... 42-75-108-136-182-204-232-289-321-360-396- 444
Biografía del Dr. José C. Ulloa ... 142
Bacteriología de la enfermedad de Carrión ... 235

Climaterio gastro-hepatoentérico ... 3
Constitución psicopática y delincuencia ... 123
Centenario del nacimiento del Dr. José C. Ulloa ... 141
Control y profilaxia de los enfermos cardiorenales. ... 185
Concepto médico jurídico de la invalidez ... 291-323- 363

Delincuencia y Epilepsia ... 52
Diabetes insípida e hipófisis ... 183

Enfermedad de los Andes ... 13-58-80-129-190 207-342- 379

Hermilio Valdizán ... 399
" " " y la bibliografía médica peruana ... 409
" " ... 417
Hospitales de la Beneficencia Pública de Lima ... 420

Ictericia obstructiva ... 89
Infarto del riñón ... 308

Leche y dietética en los hospitales de Lima ... 27
Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social ... 72 202

Notas terapéuticas ... 70-106-135-181-230-286-317-394- 443
Necrología—Dr. Casimiro Medina ... 71
Noticias ... 73-107-287-319- 356
Nefropatías y concepto de Volhard-Fahr ... 164
Necrología.—Dr. Evaristo M. Chavez ... 231
Necrología.—Dr. Jaime Ferrán.—Dr. Domingo Cabred ... 438

Primera Conferencia Latino Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal ... 39
Polioencefalitis localizada en los núcleos óculomotor común, trigémino, facial, intermediario de Wrisbergs, vestibular y nucleo rojo. ... 45
Prensa Médica Francesa ... 69-103-179 437
Primer congreso italiano de Nipiología ... 222

Tratamiento de la dismenorrea dolorosa y de la esterilidad por el procedimiento de Iribarne ... 109

Ulloa y la asistencia de los alienados en el Perú ... 152
Ulloa y las instituciones médicas del Perú ... 159

Várices y método esclerosante ... 77

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

Indice de Autores del Año 1929

	Pagina
Aldana G. Luis	235
Avendaño Leonidas	409
Arce Julián	420
Bambarén Carlos A.	52-123- 438
Bumstead John H.	89
Calderón Carlos	183
Delgado Luis M.	303
Espejo Luis D.	419
Gonzáles Galván José M.	3
Gonzáles Olaechea Max	45
Guzmán Barrón E. S.	89
Lastres Juan B.	164- 185
Monge Carlos	13-58-80-129-190-207-342- 379
Muñiz Manuel A.	143
Mazzei E. S.	183
Muñoz José Medardo	291-323- 363
Manchego Enrique P.	308
Olaechea Abel S.	27- 420
Paz Soldán Carlos E.	159- 387
Salas Asencios Miguel	109
Vargas Prada Luis	52- 123
Valentín Fracchia Luis	77
Valdizán Hermilio	152

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

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

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS
BIBLIOTECA
LIMA-PERU

Atrofia tabética del nervio óptico

Comunicación presentada al Conservatorio del Hospital Militar.

Por el Dr. ISMAEL ANCHORENA

El caso que presentamos se refiere a la *atrofia del nervio óptico*, que tan frecuentemente se encuentra en clínica, cuya causa es la tabes.

A menudo ocurre que una persona se queja de que ha disminuído su agudeza visual o que "no distingue mas que una parte de los objetos".—Aparentemente la salud es perfecta, y sin dar importancia al fenómeno, consulta generalmente con el óptico para que le dé lentes que restablescan la visión a su anterior agudeza. El óptico agota la paciencia del enfermo y la suya propia, recorriendo un sinnúmero de vidrios de su caja de prueba, sin conseguir remediar el defecto y termina por opinar "que es una debilidad al cerebro" o, si es mas sensato, que consulte con el oculista.—Es entonces cuando al exámen oftalmoscópico se encuentran algunas de las muchas causas de ambliopia, y entre ellas la atrofia del nervio optico.

E. G. H. de quien nos ocupamos en seguida, no ha escapado a esta regla: su enfermedad actual principió *hace seis años*, lo menos; pero no tuvo ningún síntoma que él ni su médico tratante juzgaran necesitase el examen del fondo del ojo, y, cuando hace apenas dos años, notó por primera vez la disminución de la agudeza del ojo izquierdo y consultó al oculista, supo con gran sorpresa que se trataba de una atrofia del nervio óptico, es decir, que el mal para haber llegado al estado en que se encontraba debió haber principiado mucho tiempo antes.

Antecedentes.— a) De familia, nada de particular.— b) Personales; de 30 años de edad; raza blanca; de 1.64 m. de talla, constitución débil; temperamento nervioso.— c) Hábitos: no bebe licor nunca; fuma poquísimo.— d) antecedentes patológicos, *completamente negativos*, no ha tenido ninguna enfermedad venerea aparente.

Principio de su enfermedad.—Hace seis años, empezó a padecer de dolores que se hicieron cada vez mas agudos, en la pierna y muslo izquierdo, que también se presentaban otras veces en el miembro inferior derecho.—Refiere el enfermo que estos dolores eran como "rayos, y también como latidos", que le recorrían todo el miembro inferior izquierdo o derecho, haciéndose más intensos con el trascurso del tiempo, y *sobre todo de noche*.—Durante cuatro años consecutivos padeció de estos dolores, que fueron diagnosticados "reumatis-

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

mo" y tratados como tal sin resultado favorable alguno, solamente desde hace dos años (precisamente cuando el oculista hizo el diagnóstico de "atrofia tabética del nervio óptico") es que fué por primera vez sometido a tratamiento antiluético intenso y sistemado; dichos dolores casi han desaparecido.

A fines del año 1924 notó por primera vez que el ojo izquierdo no veían bien y consultó con el oculista, quien en su exámen descubrió la trofia del nervio óptico y la pérdida del reflejo patelar, opinando que se trataba de una atrofia tabética y para confirmar su diagnóstico ordenó reacción de Wassermann en la sangre, que resultó negativa.—Alarmado ya el paciente por el parecer del especialista en Arequipa, donde entonces se encontraba, resolvió venir a Lima y en el Hospital Militar San Bartolomé le hicieronn la Reacción de Wassermann en la sangre y el líquido céfaloraquídeo, con resultado francamente positivo en ambos. — Desde entonces empezó su tratamiento, principiando por inyecciones de benzoato de Hg. 0.01. gr. inyecc. intram. cada 2 a 3 días, hasta un total de 25. Aunque los dolores fulgurantes que hemos mencionado disminuyeron, la visión del ojo izquierdo siguió peor, al extremo de que a fines de Diciembre de ese año solo tenía visión cuantitativa que la perdió también a los pocos meses, en Febrero o Marzo de 1925, sin embargo de que durante los cuatro meses anteriores había continuado en Arequipa (a donde regresó de Lima) un tratamiento muy enérgico, consistente en: 5 series de inyecciones intravenosas de salvarsan, de seis ampollas (hasta 90 ctg.) cada serie, alternadas con enesol y neoriodina.

Pero no solamente siguió una marcha inexorable la atrofia del nervio óptico en el ojo izquierdo, no obstante el tratamiento enérgico, sino que también el ojo derecho empezó a sufrir una restricción del campo visual que comprobó el oculista, asegurándole al paciente: "que estaba ya anulado en la mitad interna o nasal". Esto sucedía a principios de 1925.—En consecuencia, siguió el tratamiento con bastante vigor: le pusieron de entonces a la fecha inyecciones intramusculares de cianuro de Hg. cuatro series de 12 cada una; inyecciones de preparados de bismuto; inyecciones de sulf. de estricnina y por último poción de ioduro de potasio.

Estado actual.—Como síntomas funcionales, el enfermo acusa: amaurosis del ojo izquierdo; estrechez del campo visual del ojo derecho; nictalopia y muy leves y espaciados dolores al miembro inferior izquierdo.

Los signos objetivos que hemos observado son: ligero estrabismo externo del ojo izquierdo; pérdida completa del reflejo luminoso y de acomodación del ojo izquierdo, así como de la visión cuantitativa y cualitativa de este mismo ojo; la papila francamente atrófica, tanto en el ojo izquierdo como en el derecho y los reflejos pupilares en este último también abolidos.— La tensión intraocular al tonómetro de Mc. Lean es de 25 mm.— (tomando el 15 de Noviembre de 1926). Además, en el *ojo derecho*, no obstante la atrofia ostensible de la papila, se conserva la visión central (puede hasta leer) y, no solamente está perdido el campo nasal a la visión, sinó que el campo temporal presenta una muy apreciable estrechez concénttica, para el blanco y para los colores: azul, rojo y verde.

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

Los músculos extrínsecos del ojo están en su completa integridad funcional, de manera que el estrabismo externo del ojo izquierdo no reconoce como causa ninguna parálisis ni paresia, sino que obedece únicamente al desequilibrio en la sinérgia por falta de visión en dicho ojo.

La nictalopia del ojo derecho, es consecuencia de la estrechez del campo visual,

Los órganos olfatorio, auditivo y gustativo; la sensibilidad general, la tactil etc. etc. no presentan trastornos.—Los reflejos rotulianos están abolidos; no hay signo de Romberg.

La R. de Wassermann en la sangre, hecha en el laboratorio del Hospital Militar el 12 de Noviembre de 1926, es débilmente positiva, no obstante de que sigue tratamiento antiluético.

Diagnóstico.—Los antecedentes de este enfermo; la marcha de la atrofia del nervio óptico, la reacción de Wassermann positiva en la sangre y en líquido céfalo-raquídeo; los dolores fulgurantes en los miembros inferiores; la abolición de los reflejos pupilares y la abolición del reflejo rotuliano, son suficientes elementos de diagnóstico de "atrofia tabética del nervio óptico."

Pronóstico.—Perdido ya el ojo izquierdo, hay para el ojo derecho una ligera atenuante en medio de la severidad indiscutible de las atrofias tabéticas del nervio óptico: es la conservación de la visión central y particularmente de la visión cromática, aun cuando ya el campo visual de ésta y del blanco se encuentra reducido.—En efecto, según el sabio profesor de oftalmología Dr. Fuchs de Viena, "la disminución del sentido de los colores precede al del sentido del espacio (percepción de la forma de los objetos) y tiene por esto un valor grande *para el pronóstico.*—Si dos casos tienen la misma agudeza visual y el mismo campo visual para el blanco, mientras que el campo visual para los objetos coloreados está mas estrechado en un caso que en el otro, *el primero debe ser considerado como mas gravemente atacado que el segundo*».

Se debe distinguir la "*atrofia tabética del nervio óptico*" de la "*neuritis óptica sifilítica*", y es llegado el momento de hacer resaltar las diferencias o contrastes entre una y otra.

En la neuritis la sífilis localiza exclusivamente su funesta acción en el nervio óptico de ambos ojos, casi simultáneamente, desorganizando desde un principio el "haz máculo papilar", y por eso la visión central es la primera en sufrir un decaimiento apreciable.

En la amaurosis tabética es la visión en su campo periférico el primer trastorno ostensible. La visión central se pierde varios meses después. Además, en este caso, cuando por primera vez fué examinado el enfermo en Arequipa, en 1924, con motivo de la disminución de la visión periférica del ojo izquierdo, el oculista comprobó ya la existencia de una atrofia papilar, así como abolición del reflejo patelar.

E. G. H. seguramente ha principiado su atrofia tabética hace seis años, cuando menos.—Así lo prueban: los dolores fulgurantes de los miembros inferiores, que se manifestaron hace seis años, cuya verdadera naturaleza fué desconocida y tratada en consecuencia sin éxito alguno durante cuatro años; el decaimiento de la visión desde hace dos años; la marcha aunque lenta pero progresiva de la atrofia

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

de manera que cuando el paciente acusa signos subjetivos satisfactorios (conservación de la visión central y de un campo visual suficiente para muchos usos de la vida) en el ojo derecho, sin embargo, el exámen oftalmoscópico manifiesta una papila atrófica en estado avanzado..... Es decir, que los signos subjetivos y objetivos se armonizan completamente con lo que en tales casos ocurre en las atrofias tabéticas del nervio óptico.

Para terminar, vamos a trascribir literalmente los conceptos emitidos por el Prof. Fuchs de Viena en su notable conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid (24 de Febrero de 1920), al ocuparse de "La TABES Y LOS DESÓRDENES VISUALES" — Dice así:

" La atrofia de los nervios ópticos es la complicación mas fu-
" nesta de la tabes, *puesto que conduce fatalmente a la ceguera.* Mien-
" tras que los fenómenos papilares pasan por lo general inadvertidos
" para el enfermo, la disminución de la vista por atrofia óptica es
" tanto más de temer cuanto que sobreviene a menudo en el estado
" inicial de la tabes, de suerte que estos desgraciados pueden quedar
" ciegos durante muchos años. Solo por excepción sobreviene la
" atrofia en el estado atáxico o paralítico, hasta tal punto, que un
" enfermo con ataxia notable no tiene que temer el llegar a ciego.
" Del mismo modo, en los enfermos atacados de atrofia óptica, la
" ataxia solo llega muy tarde, de modo que desde este punto de vista
" se pueden considerar estos casos de tabes como relativamente be-
" nignos."

"La atrofia óptica ataca al 10 o 15% de tabéticos, la mayor par-
" te de ellos hombres en la flor de su edad".

La tifoidea en Lima, los abastos de agua y la contaminación de las sustancias alimenticias

Por el Dr. ERNESTO EGO-AGUIRRE

Una de las enfermedades que mas necesita combatirse por los incalculables daños que causa en la tifoidea. Así como la viruela fué considerada como el índice revelador de la salubridad de un pueblo, la fiebre tifoidea es el exponente actual de la situación sanitaria de una población. Y es que constituye una de las enfermedades más evitables, una dolencia cuya difusión puede ponerse a raya con la practica y ejecución de las medidas higiénicas. En su evitación, lo ha dicho Palanca, intrervienen factores tales como la educación, la limpieza, la alimentación correcta, la ingeniería y , sobre todo, la buena organización sanitaria. Es decir, que en ninguna otra campaña pro-

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

filáctica como en esta se necesita del concurso de los factores que integran la civilización moderna.

Muy graves daños ha experimentado el género humano por causa de la fiebre tifoidea, cercenando vidas quien sabe destinadas a que útiles finalidades. Y en nuestro medio, en Lima, también han podido fijarse en el recuerdo y en la demografía los acarreos de la infección tifoidica.

Sería irse a mayores tratar de revisar en una contribución periodística como se hace la difusión y el contagio de tan grave enfermedad. Muchas páginas de texto compacto tendrían que llenarse. No se espere de nosotros tal buceo exhaustivo en el campo, hondo y complejo, de la patología y de la higiene. Por algo están impresos en nuestra mente los áticos comentarios de un autor francés cuando alababa "aquella curiosidad vaga y ligera" que lo husmea todo pero sin la pretensión de descender hasta su íntimo secreto.

¿Es conveniente adentrarse en la Hidrografía y estudiar los orígenes mismos del río Rímac? Digamos más bien que como fuente de la que se aprovisiona el agua que se consume en Lima, abastecimiento constante e invariable de la capital, sus aguas se han recoleccionado desde antiguo en la Atarjea, el gran reservorio de la capital del Perú.

En tiempos pretéritos y hasta en los próximos el caudal de aguas limense se colectaba de las aguas que ofrecían la llamada "Caja Real", las galerías filtrantes, unos pocos pozos semiartesianos y la famosa agua de "cuatro riegos". El común de ellas era, por entonces, abundante y permitía al pueblo proceder como si sobrase el preciado líquido, desdeñando su pérdida y no cuidando nunca de su dispendio.

El agua de "cuatro riegos" se ha considerado siempre como la más impura. No es la índole de estas líneas estudiarla a la luz de la hidrogeología ni a travez de las reservas que oponen a determinadas aguas consejos tan escrupulosos como los de Janet y Vander Broeck. Pero aunque no se tenga gran intención, es prudente no ceñirse a estas opiniones que piden el destierro de las aguas como las de "cuatro riegos", por que se privaría de este modo a las colectividades del recurso precioso de ciertas aguas frescas, que convenientemente tratadas, pueden etiquetarse de potables.

La distribución de las aguas de Lima se hacía por tuberías de plomo, donde circulaba a todos los hogares una agua con abundante flora microbiana, con una riqueza de cien o más bacilos coli por centímetro cúbico, siendo de advertir que la presencia de esta bacteria comensal obligado de las materias fecales, impone el rechazo de una agua que ofrezca más de cinco bacilos coli por campo.

Conviene decir aquí que el bacilo coli del agua de Lima no se incorporaba siempre en la Atarjea, sino que por las fisuras y desgastes que las cañerías de distribución experimentaban por acción de la electrolisis subterránea, el coli y otros gérmenes de putrefacción o no, invadían el agua, contaminándola a favor de las inevitables filtraciones de las capas superficiales de un suelo no escaso de detritus y restos orgánicos de hombres y animales.

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

En 1917, la Municipalidad de Lima emprendió una activa campaña sanitaria, poniendo los primeros jalones en la reforma de los métodos de dotación de agua a la capital y cuya inicial está dada con la cloración del agua. Un técnico muy versado en estos menesteres, el doctor Julio C. Gastiaburú, ha subrayado las ventajas de esta obra, que iniciada hace doce años, ha soportado con éxito la dura prueba de su aplicación, al convertir en potable e inocua una agua que venía ofreciendo gérmenes de contaminación en proporción no despreciable.

Desde entonces se han emprendido varias reformas hidráulicas consistentes en el aumento de las galerías filtrantes y en la construcción de reservorios de decantación y coagulación de las aguas. A muy alto costo una empresa extranjera ha ido mejorando el sistema de los filtros operación que aún debe proseguirse para asegurar a la capital una perfecta dotación de agua.

No hay duda que las aguas subterráneas son generalmente higiénicas. La depuración que realizan al atravezar el suelo es una cualidad que las hace a menudo recomendables. Su valor, no obstante, debe acrecerse, ya que es posible que ofrescan serios peligros para la salud, por las contaminaciones que puede experimentar y que se hacen visibles al estudiar sus cualidades biológicas. Además, las aguas subterráneas, tecnicamente irreprochables, son por desgracia de un volumen que no satisface las necesidades de una colectividad de cierta importancia. Entonces, ha dicho un higienista de mucha valía, ¿no vale más servirse del agua del río próximo, depurarla y distribuirla?

Es un axioma en Higiene que los cursos de agua de algún volúmen y de cierta rapidez en su marcha se depuran solos. Es que el movimiento permite que, después de algunos kilómetros de recorrido, se desembaracen de sustancias en suspensión y hasta de microbios. De otro modo París no podría beber las aguas del Sena, ni Buenos Aires las del Río de la Plata, ni Ginebra las del lago donde los suburbios ribereños desaguan sus cloacas.

La ciudad de Lima tiene por razón de tales hechos que aprovisionarse del Rímac, y sólo de él. Ya el ingeniero Luis A. Guevara ha demostrado la imposibilidad de captar el volumen suficiente de agua subterránea. Sus escritos que transparentan un criterio sanitario verdadero, no desdeñaría suscribirlos un médico higienista.

Trátese convenientemente el agua; cuídese de mejorar las plantas de depuración, sobre todo en las épocas de crecida; échese manos de procedimientos como el de la verdunización que tantos resultados benéficos aporta, y estése seguro de que ya pasaron las épocas de ir en busca de las aguas de manantial por Santa Eulalia o Huarochirí para conducirlas a nuestra capital por acueductos y canales de elevado costo y fácil destrucción.

La proyección benéfica de toda ésta labor está dada por la disminución de la mortalidad por tifoidea entre nosotros. De 155 por millar de defunciones ha bajado a 48 sobre igual proporción de individuales en 1928, para volver a ascender en 1929 a 72. La disminu-

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

ción en las cifras coincide con el progreso que la prédica y la educación sanitaria van haciendo entre nosotros y con la adopción de las modernas ideas higiénicas que se traducen en el aumento de las obras hidráulicas, de ingeniería y de salubridad que impone la civilización.

Mas el despunte de la mortalidad el año 1929 — en estos primeros días de 1931 no se puede conocer aún los óbitos por tifoidea en 1930— confirma que hay otros peligros a los que conviene poner atajo si se quiere cautelar debidamente el bienestar colectivo.

Por otra parte la baja experimentada en las cifras de defunciones y cuyo detalle puede hallarse en el boletín de la Dirección de Salubridad Pública que hacen muchos años edita el Ministerio de Fomento no es satisfactoria. Y aunque es verdad que superponiéndolas a las de otro años se percibe visiblemente su descenso, siempre halagador, no se puede dejar de pensar en la desventaja que salta cuando se les compara con las de otros países en los que atinadas disposiciones sanitarias, cumplidas conscientemente por el público, hacen de la mortalidad por tifoidea un número bajo e inverosímil.

El problema del cultivo de las hortalizas y en general de los vegetales alimenticios de tallo corto, es de urgente solución. Incriminadas con razón como medios de trasporte de los bacilos de las fiebres tíficas, sirven para inflar la cifra de enfermos, porque se burla, pese a la vigilancia ejercida y merced a la irresponsabilidad de determinados agricultores, los decretos y ordenanzas que prohiben, desde 1911, el regadío de los vegetales de tallo corto con aguas de albañal.

La elaboración del pan, asunto apenas soslayado en nuestro medio, es de necesaria vigilancia para evitar su acción indirecta en la trasmisión de la tifoidea. En la epidemia presentada entre los dragones de Belford, en 1906, el pan fué el vehículo utilizado por el germen para su trasmisión.

El problema de la carne tiene íntimo contacto con las epidemias de fiebre tifoidea. Ahí están las enseñanzas de Friesleben demostrando que las ratas de matadero contienen en sus deyecciones bacilos de la tifoidea.

Precisa especialmente emprender por todos una campaña despiadada contra las moscas, que juegan papel importantísimo en la propagación del morbo. Posándose en las materias fecales lo hacen en seguida en los alimentos como la leche, causante del 17 por ciento de las epidemias tíficas en la Germania. Así lo ha probado Schuder y así lo han confirmado las epidemias de Dunkerque y Fontainebleau, en Francia.

Este aspecto alimenticio, por decirlo así, de la difusión de la fiebre tifoidea, casi no está vigilado entre nosotros, donde el cuidado y la selección de los alimentos ya debe alcanzar una categoría superior. Cuántos hayan observado la actividad comunal en los últimos años, han recogido la impresión unánime de que los municipios no llenaban su función edilicia. De este juicio rotundo nadie discrepa. Con el criterio de que esos cargos son una delegación de la ciudad y sólo en su nombre deben ejercerse, esos cuerpos hubiera sido reemplazados. Pero otros conceptos, enturbiándose cada día más, dejaban que las autoridades municipales se entregaran a la obra política, descuidando los trascedentales intereses de los ciudadanos, en este caso, de la higiene y buena conservación de las sustancias alimenticias. Sólo

Universidad del Perú. Decana de América

recientemente un verdadero sentido de la orientación municipal ha hecho que las comunas tomen a su cargo funciones que parecían olvidadas.

Pero es indudable que la no vigilancia de las aguas es el primordial factor de daño y el medio más conocido y peligroso en la trasmisión de la fiebre tifoidea, no sólo por ingestión de agua poluta, sino en el baño. Tales han sido los casos de un muchacho que se sumergió en las aguas sucias del río Hudson y la de varios náufragos del Eastland, que pocos días después de naufragar en el río Chicago, según dió cuenta el cable, frente a la desembocadura de las alcantarillas de la ciudad, presentaban un cuadro típico de tifoidea. El asunto interesa mucho por que entre nosotros existen varias piscinas públicas en las que puede adquirirse la enfermedad. Personas que han padecido de tifoidea, convertidas en lo que se denominan "portadores de gérmenes", puede infectar el agua y ser éstas medios indirectos de contagio.

No es posible desconocer después que se toma conocimiento de estas cosas, que el problema sanitario de la fiebre tifoidea tiene íntimo contacto con los problemas salubrificadores y sociales. Mejorar las características materiales y morales, difundir la educación pública y los preceptos de la higiene, favorecer y amparar el bienestar colectivo y permitir una alimentación y un albergue saludables, constituyen los medios de luchar eficientemente contra la difusión de la fiebre tifoidea.

Estas afirmaciones doctrinarias de indiscutible envergadura científica deben divulgarse ampliamente. Concurre ese esfuerzo a formar la conciencia sanitaria nacional. Si la colectividad se impresiona con las desgracias epidémicas, precisa también que experimente un sentimiento de satisfacción ante la conservación de la salud pública. Los resultados de aquella aptitud comprensiva están dados por las facilidades que hay que ofrecer a la acción gubernativa de los que por su situación en el país están obligados a vigilar la salubridad nacional.

DEBEMOS TRABAJAR COMO SI NO FUESEMOS A MORIR NUNCA, A FIN DE NO PERDER LA ESPERANZA DE TERMINAR NUESTRAS LABORES; Y DEBEMOS TRABAJAR CUAL SI FUESEMOS A MORIR MAÑANA PARA NO DEJAR NADA INCONCLUSO.

LITTRÉ.

Universidad del Perú. Decana de América

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS
BIBLIOTECA
LIMA-PERU

El problema sexual en las prisiones

(Continuación)

Por el Br. JULIO ALTMANN SMYTHE

DISMINUCION DE LA VITALIDAD

Entre los continentes absolutos la vitalidad disminuye en forma alarmante. Mueren, generalmente, jóvenes, después de haber llevado una vida por demás triste. Ya desde antiguo se conocía esta verdad. En el año 1746, hace ya casi dos siglos, se hizo una tabla de mortalidad, encontrando el Dr. Deparcieux una notable tendencia entre los continentes, de sucumbir a una edad temprana.

En época más reciente, en las tablas de mortalidad formada por el doctor Mayer, aparece que de cien individuos tomados en los dos extremos de la vida o del período genital, de los cuales una mitad eran religiosos de los dos sexos, y la otra mitad trabajadores legos o artesanos de diferentes oficios, se encuentran las diferencias siguientes:

	Religiosos	Obreros
De 16 a 25 años	2,68	1,48
De 30 a 40 años	4,40	2,74

Creemos que estos dos cuadros nos dirán bastante sobre los efectos de la continencia en la vitalidad humana. Y si no bastaran, recordemos la vida de los santos que han existido.

ORQUITIS AGUDA

Dándole toda la razón a Pearce Gould, quien opina que "el deseo sexual excesivo y no satisfecho es una de las causas de la orquitis aguda", un amigo mío me dió a conocer un suceso doloroso, del que fué víctima en sus días de adolecencia.

Muchacho vigoroso y de muy despierta imaginación, debido a la extremada rigidez de sus padres, no tuvo contacto carnal hasta la edad de 20 años. Sin embargo, presentaba el hábito de la masturbación, y, generalmente, estaba dominado por deseos sexuales, agudizados por una forzosa continencia.

Un buen día llegó a su casa una familia amiga, entre la que se encontraba una hermosa niña de 17 años, y de quien mi amigo N. N. estaba violentamente enamorado.

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

Parece que la niña en referencia tuvo necesidad de ir al W. C. Llevado por una morbosa curiosidad N.N. púsose a observar por un pequeño agujero, lo que acontecía dentro del escusado. La muchacha, movida quizá porqué causa, desnudándose completamente principió a palpar y a mirarse los órganos genitales. Cuenta mi amigo que todo su ser se extremeció de deseos eróticos, pero no realizó la masturbación porque, en aquel momento, fué llamado por sus padres.

En los próximos días sintió fuertes dolores en el testículo derecho y se inflamó de manera alarmante, que le hizo temer y le impulsó a dar aviso a sus padres. Llamado el médico, con el tratamiento impuesto por éste, curó de la afección. Pero desde esa ocasión, afirma N.N., pudo usar de la llave de la puerta de calle de su casa y salir en las noches, sin tener que dar cuenta de sus acciones. Seguramente gracias a un buen consejo del médico. Y desde entonces dejó, para siempre, de masturbarse, como era su costumbre.

PRIAPISMO

Sucede, a veces, que algunos continentes enferman y jamás llegan a imaginar las causas de su mal. El médico, por su parte, engañado frecuentemente por el enfermo, no llega, tampoco, a conocer la causa principal de la enfermedad. Se desorienta y busca la causa, pero no llega, generalmente, ni a imaginarla. Pues bien. Generalmente la causa inexplicable de muchas enfermedades se encuentra en la continencia.

El médico italiano Remondino, en su obra "Algunas observaciones acerca de la continencia como factor en la salud y en la enfermedad", recuerda el caso de un individuo que durante la enfermedad de su esposa, que impedía la realización del acto sexual, sufrió frecuente y extremo priapismo. Llamado el doctor Remondino para la curación del paciente, aquel insinuó que la enfermedad bien pudiera deberse a la continencia que soportaba durante todo el proceso de la enfermedad de su mujer. Naturalmente el enfermo no aceptó que sus molestias pudieran deberse a la continencia, a la que estaba sometido y, por el contrario, achacó su mal a otras causas muy diferentes.

Sin embargo, aconsejado por Remondino, efectuó el acto carnal fuera del hogar y en breves semanas estaba completamente curado de la enfermedad que lo aquejaba.

DESEO SEXUAL HIPERESTESIADO

Es frecuente entre los continentes, que el deseo genésico se presente en ellos hiperestesiado, de tal suerte que la única preocupación que los domina es la de realizar el acto carnal.

Sucede con ellos algo muy similar que con las personas que se privan del alimento suficiente y que continuamente están pensando en éstos y hasta sueñan con banquetes sustanciosos y abundantes. Es la voz de la Naturaleza que se deja oír, como si quisiese ordena-

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

que no se violen sus preceptos. Quien se encuentre familiarizado con Freud, fácilmente podrá interpretar estos sueños golosos de los hambrientos de alimentación, como los de los hambrientos sexuales.

Por propia experiencia sabemos de que los ensueños eróticos aparecen cuando estamos dominados por la idea del sexo. Es la válvula de escape de la Naturalezá, que permite salir a los instintos reprimidos en la subconciencia. Son, puede decirse, la mejor salvaguardia de las normas naturales. Y el mejor llamado que puede hacernos nuestro propio organismo. Pero los derrames seminales nocturnos continuados pueden conducir, como generalmente conducen, a la *espermatorrea*, de efectos bastantes peligrosos. En sí, estas "emisiones son tan fisiológicas como que se llene de saliva la boca del hambriento" (Delbet), pero suelen traer complicaciones funestas.

"Nadie piensa tanto en los placeres sexuales como aquellos en quienes al amor ha sido reprimido; del mismo modo que los hambrientos, siempre están mucho más preocupados de la alimentación que los demás individuos normalmente nutridos. La necesidad no satisfecha crea una preocupación constante que se delata con la selección de lecturas, las curiosidades perversas, los conceptos y palabras picarescas y de doble sentido...." (Marestan). Y en verdad, estos desgraciados, noche y día son presos de lúbricas quimeras, unidas a un erotismo doloroso. Viven pensando en el acto sexual, se lo imaginan una y otra vez, sus conversaciones versan siempre sobre escenas libidinosas y tienen, continuamente ensueños eróticos, acompañados de pérdida seminal. Y llega época en la que ya, no pudiendo resistir por más tiempo esta continencia forzada que tanto los inquieta, llegan a la masturbación, sin que ésta llegue a sarisfacerlos por completo, naciendo en ellos, entonces, el hábito malsano, que tan común es entre aquellos que no realizan normalmente el acto genésico.

El deseo sexual, de esta suerte hiperetesiado, produce una grave inquietud en el espíritu del continente, no permitiéndole realizar su trabajo, ya sea físico o intelectual, con la debida exactitud y con el necesario entusiasmo. La continuada preocupación de motivos sexuales y las abundantes pérdidas seminales involuntarias determinan, además, un sueño agitado, una enorme irritabilidad y sobre excitación nerviosa, dolores de cabeza, neuralgias testiculares y lumbalgias y una terrible depresión moral que quita al hombre todo anhelo de trabajo continuado.

Por lo demás, esta gran irritabilidad sexual unida a erecciones y emisiones seminales a la menor provocación, como suele suceder a veces, puede llevar al hombre, cuando el terreno es predispuesto, a la enagenación mental.

ENFERMEDADES DE LA PROSTATA Y DE LA VEJIGA.

Es frecuente que los médicos encuentren, generalmente, lesiones en la próstata y en la vejiga de los continentes, unidas estas enfermedades a la incontinencia de la orina. Castro Calpe, gran defensor de la continencia, acepta el hecho anteriormente anunciado, si bien es cierto que cree que puedan ser producidas por otras causas, como ser una antigua blenorragia.

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

Sin dar por sentado que la continencia produce estos trastornos, es muy probable que así sea, dada la sinergia funcional de los órganos génito-urinarios.

ESTERILIDAD E IMPOTENCIA GENERADORA

Otros de los efectos de la continencia es la esterilidad e impotencia, lo que se ha podido observar particularmente entre las religiosas enclaustradas, que rompen su voto y se unen luego en matrimonio. Son innumerables los casos de esterilidad que se presentaron entre las ex-monjas, quienes, en la época de la Revolución Francesa, cuando fueron dispersadas las órdenes religiosas y confiscados los conventos, contraían matrimonio, una vez libres. Varios autores de la época dan a conocer un buen número de estos casos. El doctor Garnier, por su parte, en su obra "La Esterilidad Humana" dice: "Cuando, con el celibato, contravienen las leyes del amor y refrenan sus exigencias, distrayéndolas de su objeto o falseándolas y materializándolas con prácticas vergonzosas, y siempre dañosas, incurren en la pena de la esterilidad, tanto del cuerpo como del espíritu".

Es de sospecharse que sea en extremo peligroso, para la misma constitución familiar, la continencia prenupcial excesivamente larga, por los efectos que ésta pueda llevar consigo más tarde.

Suele suceder, entre los continentes, aunque no con mucha frecuencia, que cuando no se produce las poluciones nocturnas, el licor espermático se acumula en las vesículas seminales y allí se espesa y condensa de tal modo, que llega formar verdaderas concreciones, que obstaculizan su libre emisión.

ENFERMEDADES NERVIOSAS

Un inmenso número de trastornos neurósicos tienen su origen en el deseo sexual reprimido o en algún motivo relacionado íntimamente con el acto genésico. Son innumerables los casos de continentes que por predisposición particular se ven atacados de neurastenia o de alguna otra perturbación neuropsíquica. Por propia experiencia puedo afirmar que la continencia produce desastrosos efectos sobre nuestro organismo en general y sobre nuestro sistema nervioso en particular. Los médicos alienistas saben mejor que nadie de la verdad de mi anterior afirmación y que en los nosocomios abundan los célibes continentes que ofrecen trastornos neurósicos. El sabio Nystrom, quien ha tenido amplia oportunidad de observar y estudiar un inmenso número de continentes, cree que no se puede soportar una continencia absoluta, durante un período de varios años, sin que se produzcan graves trastornos en el sistema nervioso. Rohleder opina en igual sentido.

Buen número de histéricas se reclutan entre célibes continentes. Parece que la continencia contribuye a despertar las manifestaciones histeriformes, sin que las causas de naturaleza sexual sean las principales que desencadenan esta enfermedad.

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

La psiconeurosis de angustia tiene, en la mayoría de los casos, un origen sexual. S. Freud ha tenido oportunidad de conocer innumerables casos de esta especie. En su obra "La Histeria" nos da a conocer la confesión muy significativa por cierto, de una joven señora, atacada de este mal: "Va Ud. a saber ahora cuál es el origen de los ataques que de soltera me daban. Por entonces dormía yo en una habitación inmediata a la alcoba de mis padres, los cuales dejaban la puerta abierta y una lamparilla encendida sobre la mesa. De este modo ví algunas noches que mi padre se pasaba a la cama de mi madre, y escuchaba luego ruidos que me excitaban mucho. Poco después comenzaron a darme los ataques".

La satiriasis, por su parte, nace siempre del hambre sexual insatisfecho. Debay, refiriéndose a ella, afirma: "La Naturaleza, que no produce nada inútil, no ha dado, ni al hombre ni a la mujer, órganos que para nada sirvan y castiga, así mismo, con terribles enfermedades, a los que tratan de sustraerse a sus leyes. Por esto la satiriasis se encuentra generalmente entre los individuos condenados al celibato y solo alcanza muy rara vez a los casados que usan del matrimonio." Tristezas, el decaimiento moral, la neurastenia, la depresión mental, unidas al hecho que las irradiaciones cerebrales vuélvense alarmantes y determinan un desorden nervioso general, pueden conducir al hombre al suicidio, todo como producto de la continencia absoluta. Además, el carácter de los continentes se transforma y se pervierte y es generalmente entre ellos, como lo prueba el cuadro que va a continuación, donde se encuentra el mayor número de envidiosos y de criminales.

Cuadro formado por Quintiliano Saldaña, en los años 1908-1907

Delincuencia	Total en España	Habitantes	Delincuentes
Célibes . .	7928	42,92	56,05
Casados	4155	48,30	29,34
Viudos	2069	8,78	14,61

Aunque no niegan que la continencia produce trastornos nerviosos, algunos mentalistas, varios de renombre como Krafft-Ebing, creen que su acción principal consistiría en poner de manifiesto la predisposición neurótica del sujeto. La continencia no sería la causa directa de la enfermedad nerviosa, sino que sólo la daría a conocer.

Para nosotros la continencia, ya en forma directa o indirecta, es causa de graves trastornos en la salud mental del hombre. Castro Calpe lo reconoce así cuando dice que en "algo" influye la continencia en las enfermedades nerviosas. El mismo ha observado que el histerismo aparece, frecuentemente, entre las mujeres casadas en ausencia del esposo. En su obra "Deontología médica en las tendencias sexuales de los célibes", refiriéndose a las enfermedades mentales producidas por la continencia, afirma: "En el grupo pequeño de los continentes absolutos creo intervino en algo patogénicamente la abstención genésica; tanto más cuanto que en varios casos ví desaparecer todos los síntomas después del matrimonio: su nueva vida los curó, a pesar de tener los pacientes la alimentación

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

corriente de nuestra clase media, sin uso de fármacos ni de otros medios terapéuticos".

HABITO DE LA MASTURBACION

"Muy pocos son los que pueden jactarse de haber evitado la triste práctica de la masturbación" (Metchnikoff). Unos en forma más viciosa que otros, todos los hombres han recurrido a esta práctica antinatural, para producirse el goce artificial del placer genésico. Sólo la edad, unida a una educación sexual racional y a la realización del acto sexual normal, nos ha hecho huír de esta práctica. Pero durante nuestra adolescencia, impedidos de unión sexual con mujer, bien por causas económicas, por la rigidez familiar o por motivos de carácter, es seguramente casi increíble, que no nos hayamos masturbado más de una vez. Y es indudable de que si hubiésemos encontrado facilidades para la realización natural del acto genésico, no hubiéramos llegado jamás a la masturbación. Esta triste práctica era sólo, para nosotros, un sustituto, muchas veces repugnante, del acto sexual que imaginábamos dentro de nuestra conciencia. Era la caricatura de lo que soñábamos en nuestros lechos juveniles, pletóricos de deseos eróticos, que brotaban debido a la continencia forzosa, a la que estábamos sometidos involuntariamente.

El onanismo, pues, era para nosotros un substituto solamente y la causa de él, fué una continencia involuntaria. Bastó que ésta desapareciese para que, si el hábito no lo habíamos adquirido en forma tiranizadora, dejáramos para siempre de masturbarnos. La misma opinión que sustento, es decir, que la causa del onanismo es la continencia forzada, es la de Dejerine, Forel, Venturi y otros muchos autores que han buscado la causa de este hábito. Castro Calpe, por su parte, reconoce que "es muy cierto que será casi fatal la masturbación, ya psíquica, ya manual y aún vendrán otros substitutos peores de la cópula fisiológica, si la abstinencia de ésta no va unida al propósito práctico de esperar la época núbil para satisfacer las tendencias sexuales ..... o si la castidad aparente encubre conversaciones, lecturas o espectáculos eróticos".

Si aceptamos lo antes expresado no es para admirarse, pues, que en los establecimientos penales se haga uso de práctica tan poco deseable. Es humanamente imposible querer que los reclusos, sin el freno necesario, condenados a una continencia larga y forzosa, no se masturben. El deseo sexual hiperestesiado por una continencia prolongada, imposibilitado de satisfacerse en la forma normal, busca un fácil substituto y lo encuentra, siempre, aunque incompleto, en el onanismo. Es perfectamente lógico.

No faltan defensores del autoerotismo fisiológico. Havelock Ellis lo recomienda a los jóvenes, y, aún, a cierta categoría de adultos. Sin embargo, reconoce de que puede producir graves daños, entre otros, la impotencia varonil. G. Béard cree, también, que el onanismo metódico y distanciado no produce serios trastornos en el organismo humano, aunque, por lo general, es la causa de estitiqués, de debilitamiento general, de neuralgias cerebrales, de decaí-

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

miento mental, de desarreglos nerviosos graves o de carácteres vagos que entrañan, siempre, disminución de energías vitales. En determinadas circunstancias puede ser la causa de locura, de tuberculosis y de otras graves enfermedades, que pueden conducir al hombre al Manicomio o a la tumba, siempre que exista una predisposición orgánica.

La inmensa mayoría de los autores consultados muéstranse enemigos del onanismo, aún en los casos distanciados. Así, por ejemplo, Garnier cree que "la práctica del onanismo ataca a la vida en su origen, pervierte algunas veces de manera extraña, la sensibilidad física y moral de los individuos que se dejan dominar por este abominable vicio". Según él produce: temblores, palpitaciones, convulsiones, epilepsia, neuralgia testicular, espermatorrea diurna y nocturna y la frigidez venérea, que se acompaña a veces de síntomas urinarios (prostatorrea e incontinencia de orina). Marestan piensa que "la masturbación arruina la inteligencia, agota el organismo, conduce a la esterilidad, a la impotencia, al desprecio de las sanas alegrías compartidas, y es tanto más terrible cuanto que nada los impide entregarse a ella varias veces al día. Y una vez expuesto en esa pendiente, es difícil volver atrás". El doctor Hermilio Valdizán conoció en su práctica profesional a un sujeto atacado de delirios, víctima de la masturbación, quien sanó completamente de su mal, al dejar tan triste práctica, reemplazándola por la cópula normal metódica.

Otros autores afirman que la masturbación produce amiostenia general, insomnio, cefalea, pérdida de atención y memoria, tendencias melancólicas y suicidas, etc.

Siendo la causa principal del onanismo la falta de medios adecuados de satisfacción del deseo genésico, es lógico pensar con Schrenck-Notzing, de que "la mejor terapéutica del onanismo y de otras formas de hiperestasia sexual consiste, con raras excepciones, en la práctica regular del coito". Opinión ésta comprobada por la experiencia diaria, entre toda clase de personas. Y, en sentido opuesto, la educación de la castidad o la prohibición de realizar normalmente el acto sexual, impulsa al hombre hacia la masturbación, como lo acepta Giuseppe Mariani en su interesantísima obra, de la que es autor, "La Questione Sessuale".

Inversion

Es innegable que el hombre y la mujer poseen desde el nacimiento una "tendencia" masculina o femenina, según sea el sexo a que pertenezcan. Es fácil comprobarlo con sólo observar a los tiernos niños, quienes manifiestan en sus juegos sus tendencias más profundas. Raro es el muchacho que no le guste jugar a la guerras y a los soldados; difícil, por no decir imposible, encontrar una niña que no pase largo tiempo contemplándose en un espejo o que no guste jugar con muñecas, que cuidan con verdadero amor maternal, a tal punto que si se le entrega a una muchacha inocente de cuatro a cinco años una muñeca cualquiera, la besará y arrullará, cual si se tratara de una criatura.

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

Sin embargo, sucede a veces también de que el temperamento femenino se encuenta en el muchacho y la tendencia masculina en la niña. Estos últimos casos ¿no nos significan de que ya existen en ellos predisposiciones especiales, que causas exteriores pueden hacer cambiar o manifestar claramente? Nos parece que sí.

No se discute, ya, la naturaleza bisexual del embrión, que con el desarrollo evolutivo precisa su sexo con detrimento del opuesto. Los animales inferiores son en su gran mayoría hermafroditas; a medida que se asciende en la escala zoológica los sexos se presentan diferenciados en cada individuo. ¿No será la inversión sexual, un simple atavismo, atavismo que se hará notable bajo determinadas circunstancias? Es presumible que así sea. Y que una de estas circunstancias puede ser la continencia prolongada.

Gregorio Marañón dice que: "es evidente que todo ser es en sus principios bisexuado y que sólo posteriormente se decide al sexo definitivo a que pertenecemos durante toda nuestra existencia. Pero este sexo definitivo no es casi nunca absoluto; no es varonil sin mezcla de mujer, ni femenino sin mezcla de varón. Es siempre una mixtura de los caracteres somáticos y funcionales de los dos sexos, si bien con enorme predominio de uno sobre el otro. El que prevalece se adueña de todo el organismo e imprime su sello sobre cada función y cada órgano, a más de moldear en forma radicalmente distinta los caracteres sexuales primarios y los órganos de la generación El otro sexo, el vencido, se atrofia, se esconde, tal vez en algunos casos acaba por anularse. Pero generalmente está solo dormido y acecha para hacerse presente". (G. Marañón.) Puede ser que baste una causa exterior importante para que el sexo, que hasta ahora estaba escondido, se manifieste, quizá si venciendo al sexo que anteriormente predominaba y que lo había subyugado. Una de estas causas exteriores puede ser la continencia, que determine un trastorno endocrínico, capaz de hacer revivir el sexo opuesto. Es casi siempre necesario la predisposición para convertirse en invertido sexual.

En algunas ocasiones también el macho bien constituído puede sustituir, durante largo tiempo, el fin sexual natural por una perversión, que traduce un trastorno de su vida psico-sexual.

Bastaría una causa suficiente para ello. Nada más. Porque "todo individuo tiene siempre, tantas partes de varón y tantas de hembra" (Weininger) que se manifestarán según las circunstancias. Podríamos agregar, todavía, de que todos los hombres son capaces de una elección homosexual, que casi siempre se realiza en lo subconciente, sin que llegue a manifestarse en la conciencia, ni la lleven a cabo en forma práctica.

Freud, al tratar de dilucidar la génesis de la inversión sexual afirma: "La definición de la definitiva conducta sexual tiene lugar después de la pubertad y es el resultado de una serie de factores aún no examinados, que son, en parte, de naturaleza constitucional, pero, en parte también, de naturaleza accidental. Sin duda algunos de estos factores pueden llegar a poseer una tal importancia que influencia en su sentido el último resultado". Los miles de invertidos ocasionales que existen, bien nos prueban de que los factores externos pueden influir en la perversión del instinto sexual.

Universidad del Perú. Decana de América

Viven en los seres, pues, los dos sexos, con preponderancia de uno. Circunstancias exteriores pueden hacer variar la tendencia del sujeto, perdiendo el sexo subyugante, entonces, su cualidad. ¿No es presumible que la continencia involuntaria pueda ser una de estas circunstancias?

Debemos tener presente que existen dos clases de homosexuales que Ferenczi llama: "tipo homoerótico subjetivo" (que se siente mujer) y "tipo homoerótico objetivo" (completamente viril y que solo ha cambiado el objeto femenino por otro del mismo sexo). Este último tipo de invertido suele deberse a que la libre elección del objeto haya sufrido serias limitaciones. Creemos que la forzada continencia a que se somete a determinados individuos —a los reos, por ejemplo — puede influir en la inversión y llevar al hombre a convertirse en un "tipo homoerótico objetivo".

No existe una gran distancia entre ambos tipos. Como lo afirma Freud, hay sujetos que tienen mezcladas estas dos clases de homoerotismo. Y es muy frecuente que, debido a necesidades o imposiciones del momento, el tipo homoerótico objetivo, se transforme en tipo homoerótico subjetivo. Muchas circunstancias pueden influir en tal cambio, principalmente en sujetos predispuestos.

"El papel sexual de la mucosa anal no se halla en ningún modo limitado al comercio sexual entre individuos masculinos. Su preferencia no constituye nada característico de la inversión. Parece, al contrario, que la "predicato" del hombre debe su papel a su analogía con el acto realizado con la mujer" (S. Freud). El hombre continente involuntario y recluido con otros individuos de su propio sexo, busca, casi siempre, un sustituto al acto que anhela realizar. No es raro, pues, que en los internados o en los establecimientos penales, los reclusos perviertan a alguno o algunos de sus compañeros, con el fin de realizar el acto carnal, que analogan al coito con mujer. De allí que en estos establecimientos abunde en forma asombrosa la inversión, tanto activa como pasiva. Es un mal lógico y natural. Pero el verdadero peligro lo encontramos en que una vez libres, el hábito o la perversión es llevada por estos sujetos al exterior, contaminando con ella a individuos que debieran ser absolutamente normales, en lo que el instinto sexual se refiere.

Se puede sostener que algunas enfermedades tienen su origen en la pederastia. Descuret, refiriéndose a la pederastia pasiva o "phacins", señala como consecuencia de ella las fisuras, las fístulas anales, los prolapsos, los cánceres del recto, etc.

DE LA FRECUENCIA NORMAL DEL ACTO GENESICO.

Hemos estudiado en los capítulos anteriores la necesidad de la realización de la función sexual y los graves trastornos que suele traer consigo la continencia absoluta. Veamos, ahora, la frecuencia con que normalmente debe cumplirse con esta función vital.

Los libros sagrados de las diversas religiones no sólo se ocuparon de la salud del alma, sino también de la del cuerpo. Y es raro el que no consignen algún párrafo sobre la frecuencia con que debe realizarse el acto genésico. Así el Talmud judaico recomienda: "al joven

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

saludable y vigoroso que no necesita trabajar, una vez al día; el obrero, dos veces por semana y los hombres que se dedican al estudio, una vez por semana". Zaratustra lo recomienda cada nueve días. Mahoma, en su Korán, lo permite una vez a la semana. Lutero, por su parte, cree debe realizarse dos veces a la semana.

Los hombres de ciencia también se han ocupado de esta árdua cuestión. Forel recomienda el acto genésico a los hombres de 25 a 30 años, de dos a tres veces a la semana. Mantegazza opina en la misma forma. Gurjot cree que debe realizarse cada tres días; Halles, dos veces a la semana; Hammond, una vez por semana; Actón, una vez por semana y Fürbinger, de 50 a 100 veces en el año.

Estas cifras son demasiado generales para aceptarlas ciegamente. Creo que debe tenerse presente, en cada caso particular, la edad del sujeto, su salud general, el clima, el ambiente en que vive, sus diversas ocupaciones, la estación del año, la raza a que pertenece, etc.

DE LOS PELIGROS DEL ACTO SEXUAL NORMAL

Es lógico pensar que el acto genésico, aunque se verifique normal y metódicamente, presenta algunos peligros a la salud general del hombre, cuando éste no se encuentra unido en matrimonio con mujer sana. Como la gran mayoría de los sujetos de 20 a 30 años de edad, debido a exigencias económicas y a otras propias de nuestra época, permanecen solteros, parece que los peligros del acto sexual son generales a todos o a casi todos los hombres sexualmente maduros.

Algunos autores afirman que la continencia aleja el peligro de graves enfermedades, especialmente las de carácter venéreo. No lo creemos así. Si es muy cierto que las estadísticas comprueban que las mujeres que se dedican al comercio carnal están, en su inmensa mayoría, contaminadas de males venéreos, no es menos cierto de que estos pueden evitarse mediante algunos preservativos, que debieran ser conocidos por todos los hombres. Una sana e inteligente educación bastaría para alejar toda clase de peligros, que sólo la ignorancia hace posibles.

Además debe convenirse que si bien es cierto que las enfermedades de carácter venéreo son el producto, en la mayoría de los casos, de la acción erótica, muchas veces, también, son adquiridas en la forma más inocente que pueda imaginarse. Bastaría servirse un helado o un café en un tiesto usado anteriormente por un luético, que tenga placas sifilíticas en la boca, por ejemplo, y que no halla sido debidamente desinfectado, para adquirir la sífilis. La blenorragia se adquiere, a veces, usando de letrinas públicas o las que se hubieran visto visitadas por un enfermo de este mal.

Y no solo esto: ¿Cuántos de los que abusan de los placeres sexuales se encuentran libres de toda enfermedad venérea y cuántos recién iniciados la adquieren casi sin culpa alguna, a veces en el primer coito?

Todo depende, pues, de saber rodear al acto sexual de las debidas precauciones, para evitar, de esta suerte, fatales infecciones. La adquisición de enfermedades venéreas sería poco menos que im-

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

posible si se dotara a los hombres de una sólida educación sexual, y en cuanto a lo que se refiere a los establecimientos penales, dada la vigilancia que se podría ejercer, sobre mujeres y hombres, por los médicos que dedican sus energías a la higiene penitenciaria, todo peligro podría conjurarse.

Continuará.

Inflamación

(Continuación)

Lección de Anatomia Patológica, recogida por el Dr. Jorge Avendaño y dictada

Por el Dr. OSWALDO HERCELLES
Profesor Jubilado de la Facultad de Medicina

Plasmazellen. —El concepto del plasmazellen, tal como lo concibió Waldeyer de célula jugosa del tejido conjuntivo, ha pasado por una serie de modificaciones, sin que sobre su morfología y génesis se haya uniformado hasta el día la opinión de los diferentes investigadores.

El plasmazelle actual, es el plasmazelle de Unna, porque ha sido este autor, quien primero lo estudió con sus caracteres morfológicos, de célula granulosa, con protoplasma basófilo, denominándolo *granuloplasma:* es preciso sin embargo declarar que Unna cometió el error de considerarlo como célula patológica, no aceptando que pudiera ser un elemento normal del tejido conjuntivo.

Los estudios posteriores de Pappenheim, Negreiros, Rinaldi, Maximow, Ferrata y otros, han aclarado muchos puntos relacionados con su morfología y han determinado desacuerdos en lo que se refiere a su génesis, a tal punto, que desde los trabajos de Ghon y Román, el plasmazelle se ha confundido con las células de Turk y aún con con un gran número de células linfoides de protoplasma intensamente basófilo y ligeramente vacuolizado; aún Marschalko — que es quien mejor ha estudiado sus caracteres morfológicos, a tal punto, que en la clasificación actual, el verdadero plazmazelle es denominado Plasmazelle Unna-Marschalko, — cuando trata de su génesis, lo considera como un descendiente linfocitario, error derivado, sin duda, de guiarse por los caracteres tintoreales de su protoplasma, cuando aquí como en todo elemento celular, debe ser la estructura del núcleo la que sirva para identificarlo. Autores como Enderlen, Justi, Pappenhein y Weinderich opinan, que, toda célula que con el azul policromo presente protoplasma con coloración azul intensa debe ser,

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

sin más estudio, considerada como un plasmazelle. Con este criterio, una gran cantidad de células del tipo linfoide, entre las cuales se encuentran los progenitores de los eritrocitos, serían plasmazellen.

Tratemos pues de sintetizar la manera como se ha ido caracterizando poco a poco la morfología de ésta célula.

Unna, estudiando las células de lupus, presenta el plasmazelle con un protoplasma intensamente basófilo; pero insiste mucho, en que sus granulaciones, de ninguna manera son comparables con las del granulocito.

Jaddassohn el año 1891, confirma las conclusiones de Unna y arroja una viva luz para la caracterización de este elemento celular, siendo el primero que hace notar que el plasmazelle se caracteriza morfológicamente por la posición excéntrica de su núcleo, dato que confirma y acepta definitivamente Unna, un año después ; sin embargo el mismo Jaddassohn se equivoca, cuando dice que en condiciones normales existe en el tejido hemopoyético, y es que no basta la sola excentricidad del núcleo para caracterizarlo, pues hay muchas células linfoides que presentan nucleo excéntrico y protoplasma intensamente basófilo, sin ser plasmazelle.

Un notable progreso en el estudio de este elemento celular se hizo con las investigaciones posteriores de Marschalko, quien poniendo en práctica métodos personales de colaboración, insistió sobre la estructura del núcleo, constituído por gruesas masas cromáticas muy diferentes de las formas no maduras de tipo linfocitario. Mas tarde, Pappenheim indicó que las masas de cromatina se disponían en forma radial lo que hizo definirlo: *células con núcleo en rueda de Pappenheim.*

Aunque estos estudios dieron al plasmazelle un cierto número de caracteres especiales, fueron los que con posterioridad llevó a cabo Marschalko los que definieron mejor todavía su individualidad.

Este autor dice que el protoplasma no es homogéneo, sino que se presenta irregularmente aglomerado, dejando, algunas veces, espacios claros, indicando, igualmente, que en la vecindad del núcleo se nota siempre un halo claro que se destaca del protoplasma; Martinoti, agregó a esta descripción, que el protoplasma se presenta de aspecto finamente granuloso, que él llama "pulverulento".

Estos caracteres morfológicos del plasmazelle que le dan verdadera individualidad, permitieron a Von der Leyen, Paltauf y Schaffer reconocer al plasmazelle en los tejidos con coloraciones simplemente nucleares, tales como la hematoxilina.

Para proceder con provecho al estudio del plasmazelle en la inflamación, se necesita, en primer lugar, resolver dos puntos fundamentales: 1°. Si es una célula normal que se presenta en el organismo, independiente de toda alteración morbosa; 2°. Si es un tipo independiente y específico, como lo son, por ejemplo, en la sangre los leucocitos neutrófilos, eosinófilos, etc.

La primera cuestión está completamente resuelta, desde que las investigaciones de los diferentes autores están de acuerdo en afirmar, que al estado normal y con los procedimientos de técnica corriente, se encuentran siempre plasmazellen en los diferentes órganos y tejidos.

En cuanto al segundo punto, el desacuerdo no puede ser más grave, desde que eminentes investigadores pertenecientes a escue-

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

las diferentes, sostienen opiniones completamente opuestas. Se hace pues necesario discutir estos diversos criterios, y formar opinión personal; pero antes, es indispensable resumir la morfología del típico plasmazelle Unna-Marschalko.

Por plasmazelle se debe entender, una célula redondeada ú oval, algunas veces alargada y aplastada, con un protoplasma fuertemente basófilo, finamente granuloso (granuloplasma de Unna), que se puede designar con el adjetivo de pulverulento; con un núcleo relativamente pequeño, redondo, casi siempre excéntrico, constituído por másas cromáticas bastante gruesas, algunas de las cuales se disponen en forma de los radios de una rueda; en la proximidad del núcleo y en su parte interna, existe un espacio claro que recubre al núcleo en forma de birrete en media luna y en el cual, según Maximow, se encuentra el centrosoma. El protoplasma no presenta ninguna granulación comparable a la de los granulocitos, ni granulaciones azurófilas como los linfocitos; el plasmazelle es pués agranulocito por excelencia.

Estudiando Hodara el tejido linfático, y más tarde Schrider, en investigaciones semejantes, describen como plasmazelle, células que Pappenheim señala con el nombre de linfoblastos y que por la estructura de su núcleo, se parecían ligeramente al plasmazelle tipo Unna-Marschalko; llevado de este concepto, Pappenheim consideró la célula de irritación de Turk como plasmazelle. Resulta de lo dicho, que para Pappenheim el plasmazelle no es tun tipo celular independiente, sino una forma transitoria de cualquier elemento celular del tipo linfoide; Weindenrich acepta dos clases de plasmazelle, uno que llama plasmazelle atípico y otro el verdadero plasmazelle tipo Marschalko; en las láminas que él presenta, se observa que el plasmazelle atípico es una célula de tipo linfoide. Scheleinger, Schwarz, Schrider, participan de la opinión de Pappenheim, en el sentido que toda forma linfoide, sea del tejido conjuntivo o de la sangre, puede transformarse en plasmazelle.

Maximow hace derivar el plasmazelle del linfocito emigrante de los vasos o de la célula linfocitaria del conectivo, pero reconoce en este elemento una célula completamente diferenciada, bien distinta del plasmazelle linfoblástico o mieloblástico de Hodara, Schrider y Weindenrich. Ferrata, aún cuando no excluye la posibilidad de su génesis linfoblástica en casos rarísimos, considera que el verdadero plasmazelle, es, en la casi totalidad de los casos, de orígen histioide y concluye diciendo "los llamados plasmazellen atípicos serán linfoblastos o mieloblastos pero no plasmazellen".

Ante opiniones tan distintas, conviene definir, el verdadero concepto del plasmazelle: es un hecho sabido que el plasmazelle típico, Unna-Marschalko, se presenta en ciertos procesos inflamatorios como célula gigante polinucleada, en la que su núcleo ofrece los caracteres en radios de rueda de Pappenheim, lo que no sucede nunca con el plasmazelle linfoblástico; esta descripción de Boselini y de Papadia, confirmada por Ferrata, Juspa y Negreiros Rinaldi inclina a darle al plasmazelle tipo Unna-Marschalko, una autonomía celular perfecta, no basada en las características tintoreales de su protoplasma, sino en las particularidades no confundibles de su núcleo.

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

Considerado el plasmazelle, como célula perfectamente diferenciada y normal del tejido conjuntivo, se puede intentar el estudio de su orígen, para lo cual se agruparán las teorías enunciadas: en *hemática, mixta* e *histioide*.

Los partidarios de la primera teoría, hacen derivar este elemento celular de los linfocitos y de las células linfocitoides emigradas de los vasos, que una vez en el tejido conjuntivo toman su forma definitiva, incambiable. Los partidarios de la teoría mixta admiten que procede de los linfocitos emigrados y de las células linfocitarias del tejido conjuntivo; los partidarios de la tercera teoría lo hacen derivar únicamente de las células del tejido conjuntivo, sea del fibroblasto, sea del histiocito típico, y consideran que prueba su opinión la coloración *intra vitam* del azul de isamina, que permite reconocer en algunos plasmazellen gránulos impregnados con coloración vital. Esta opinión nos parece la más acertada y en consecuencia consideramos al plasmazelle como un elemento genuino del tejido conjuntivo, sin ninguna vinculación con los elementos linfocitarios, que pueden dar lugar a pseudos plasmazellen, pero de ningún modo al genuino granuloplasma de Unna tipo Marschalko.

Ramón y Cajal ha sido el primero que ha dado a conocer al plasmazelle del tejido conjuntivo del bazo y de los ganglios linfáticos con el nombre de célula *cianófila*; Maximow y Ferrata lo han descrito en los elementos interfoliculares del tejido adenoide; Joly y Schwarz lo han encontrado en el omento; Ramón y Cajal en el tejido conjuntivo subcutáneo; Foa en el tejido conjuntivo del hígado; Greggio no lo ha encontrado en el tejido conjuntivo del ovario del embrión, ni del niño, pero si siempre en el ovario de la mujer adulta y senil. Se podría seguir enumerando diferentes trabajos que demuestran que el plasmazelle existe normalmente en el tejido conjuntivo de todos los órganos y tejidos.

Para apreciar el papel del plasmazelle en la inflamación, se necesita conocer primero su función al estado normal; desgraciadamente el asunto está lleno de incertidumbres, a tal punto que Veratti en su monografía sobre esta célula concluye diciendo: "la función y el significado del plasmazelle son del todo desconocidas, desde que ninguna de las tentativas de su interpretación hasta el presente pueden resistir a la crítica". Hoffmann considera el plasmazelle como leucocito degenerado; Weinderich sostiene que es transitoria su fuerte basofilia, la cual sería precursora de la clasmatosis de su protoplasma; según este concepto, la célula comenzaría por aumentar su basofilia en la inflamación, para en seguida hacer con su protoplasma un fenómeno semejante al que realiza el clasmatocito con sus prolongaciones. Enderlen, Justi, Jannocic y Porcile le consideran portador de sustancias nutritivas lo que haría aceptar que su papel en la inflamación estaría encaminado a suministrar las sustancias necesarias a la proliferación celular; Schaffer supone que son células destinadas a absorver las sustancias irritantes del plasma. Dantschakoff afirma que el plasmazelle transporta sustancias nutritivas del jugo orgánico para ponerlas a disposición de las células que las necesitan.

El hecho que la función fagocitaria no sea ceptada por un gran número de autores, entre los cuales podemos citar a Marchand y

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

Greggio, nos lleva a inclinarnos en el sentido, que la proliferación de los plasmazellen en los procesos inflamatorios agudos, obedezca, en gran parte, a desempeñar una función de orden diastásica, por clasmatósis de su protoplasma como lo quiere Pirrone, a suministrar jugos nutritivos necesarios a la activa proliferación celular que se desarrolla en la inflamación.

Por otro lado, un cierto número de investigadores opinan que el plasmazelle, a la larga, se trasforma en el territorio inflamado en célula fibroblástica del tejido conjuntivo, concluyendo por tomar la forma de célula fija estromática; Marschalko, Schotlaender, Krompecher, Leo, Ehrlich, Weishaupt, participan de estas ideas.

En los procesos inflamatorios crónicos, que toman el tipo esclceroso, Vanzetti estudia todas las formas de pasaje entre el plasmazelle y el fibroblasto; Maximow, Greggio, Marchand, Porcile, Parodi y Ferrata llegan a las mismas conclusiones.

Sintetizando, pués, estas diferentes opiniones, podemos aceptar, que ante el proceso irritativo, el plasmazelle desempeña dos funciones: en primer lugar hace el papel de célula secretora, dando nacimiento por clasmatósis parcial de su protoplasma á diastásas neutralizantes de las propiedades irritativas del plasma local, y en segundo lugar produce sustancias estimulantes de la proliferación defensiva, desde que es incapáz de desempeñar por sí solo funciones fagocitarias; más tarde, cuando la irritación se hace crónica como sucede en la esclerosis, contribuye a formar tejido fibroblástico, integrando parte de las zonas apagadas del proceso inflamatorio.

Mastzellen. — Desde el año 1878 haciendo Ehrlich coloraciones con soluciones de violeta de metileno, diferenció en el tejido conjuntivo, estos elementos celulares de granulaciones basófilas, considerándolos como un producto de engrasamiento de las células fijas de dicho tejido. Investigaciones posteriores de Ehrlich y Wetsphal, demostraron la existencia de este elemento celular, tanto en el tejido conjuntivo como en la sangre circulante; pero los estudios de Maximow, señalaron la diferencia entre el *mastzellen histioide* y el *sanguíneo* a tal punto que Maximow conservó el nombre para el histioide y dió al sanguíneo el de *mastleucocito*.

Los estudios de Ferrata, Gollinelli y otros han confirmado ampliamente estas ideas.

El hecho tiene gran importancia, puesto que siendo la proporción de estos elementos muy pequeña en el torrente sanguíneo y relativamente abundante en el tejido conjuntivo, habría que interpretar las cosas en uno de estos dos sentidos: o los mastleucocitos, tan pronto como se producen en el aparato hemopoyético, abandonan el torrente circulatorio para ir a vivir en las mallas del tejido conjuntivo, o los mastzellen producidos en este tejido tienen muy poca tendencia a pasar al torrente sanguíneo, donde su presencia debe ser considerada como exponente de haberse sobrepasado su producción. Estas reflexiones no tienen ya razón de ser, desde que está demostrado que el mastzellen conectivo es completamente diferente del mastleucocito, y algo más, que en los distintos animales el mastzellen conjuntivo presenta diferencias de animal a animal. Sin entrar en particularidades morfológicas, se puede decir con Rubens-Duval, que hay dos tipos principales de mastzellen histioides: uno formado de

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

células de contornos claros, del tamaño de un monocito; otro de forma variable, con prolongaciones, presentando el protoplasma diferentes formas de las características granulaciones.

Para poder interpretar el papel que estos elementos desempeñan en la inflamación, sería necesario tener datos precisos sobre su génesis y sobre la función que realizan en el tejido conjuntivo normal; desgraciadamente, los autores no se han puesto de acuerdo sobre estos dos puntos, pués mientras que para Maximow, derivan de las células linfocitoides de los tejidos, para otros autores su orígen es muy diferente; así Sabrazés y Lafon lo hacen derivar directamente del hemohistoblasto; Ciaccio que describe su célula lipóidica en el tejido conjuntivo, considera que es una variedad de esta célula en las primeras etapas de diferenciación histiocitaria; Ferrata considera que es una simple célula histiocitaria, con absorción de gránulos. En nuestro concepto, los mastzellen al estado normal, son células histiocitarias que tienen por papel absorver los productos de desintegración de los elementos que sufren desgaste, y por consecuencia en la inflamación, tiene a su cargo barrer el territorio inflamado de ciertas granulaciones protoplasmáticas, productos de desintegración de células destruídas; la gran cantidad de mastzellen que se observa en ciertos procesos inflamatorios, y con particularidad en los nódulos verrucosos, en su periodo de resolución, abonan esta opinión. Estas granulaciones, si se caracterizan por su coloración basófila o ausencia de oxidasas deben tener, en determinados casos, constitución química diferente; unas veces lipóidica como ya lo ha observado Ciaccio, otras probablemente lecitínica y aún de naturaleza que nuevas investigaciones microquímicas se encargarán de poner de manifiesto.

En resumen, el mastzellen histioide, es un histiocito adaptado a la metabolización de ciertos productos de desintegración de los elementos celulares.

Célula eosinófila.— Ha sido Ehrlich, quien, en su estudio diferencial de los plasmazellen de Waldeyer, dió a conocer este elemento celular, caracterizado por presentar en su protoplasma granulaciones teñibles por los colorantes ácidos.

Vinieron después los trabajos de Maximow, referentes a la manera como se le observaba en el tejido conjuntivo de los diferentes animales y las investigaciones de Weindenrich, Begonzini, Kantak y otros que llegaron a establecer que la célula eosinófila era un elemento normal del tejido conjuntivo; sin embargo Ehrlich y su escuela no admitían la génesis histiocitaria de la célula eosinófila; para ellos debería considerarse toda célula de esta categoría como un leucocito sanguíneo inmigrado a las mallas del tejido conjuntivo. Los estudios de Sabrazés demostrando la eosinofilia local en la pared de los quistes hidáticos, los de Chauffard sobre la eosinofilia local y los más explícitos todavía, de la escuela de Marchand, sobre la génesis histiocitaria de la célula eosinófila, no dejan ya duda sobre la independencia de la célula eosinófila del tejido conjuntivo, de los leucocitos eosinófilos del medio sanguíneo.

¿En virtud de qué estímulo, y de qué función, la célula eosinófila del tejido conjuntivo prolifera en el proceso inflamatorio? Es un hecho conocido que la eosinofilia sanguínea se presenta en la parasitosis intestinal, en la convalescencia de las enfermedades infecciosas,

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

en las enfermedades anafilácticas que se acompañan de erupciones cutáneas, asi como en el período eruptivo de la verruga peruana.

Todo esto hace suponer que hay dos factores que concurren a su producción: un antígeno que modifica el estado coloidal del medio sanguíneo y un anticuerpo, formado a expensas de este antígeno, que actuando sobre el elemento celular histiocitario lo hace evolucionar al tipo eosinófilo. Serán las granulaciones eosinófilas, enzimas encargadas de restablecer el equilibrio perturbado del plasma intersticial?. —Nos inclinamos en este sentido; dichas granulaciones no deben interpretarse como residuos de desintegración de otros elementos celulares, por que la granulación eosinófila, se encuentra en los elementos sanguíneos no maduros, atestiguando que actúa dentro de ese protoplasma celular, resguardando su integridad durante la maduración.

En resumen, la célula eosinófila es un elemtnto de garantía para la vida del tejido de granulación.

Célula linfocitaria. — El tejido conjuntivo presenta en condiciones normales, células pequeñas y medianas, no granulosas, de protoplasma basófilo, cuya presencia ha sido demostrada desde las clásicas investigaciones de Ranvier, Marchand, Maximow, Joly, Dominici, Renaud y Weindenrich, para no citar sino los principales investigadores que la han estudiado.

Sobre el orígen de la célula linfocitoide se ha discutido bastante y aún cuando algunos investigadores consideran la célula linfocitoide del tejido conjuntivo de orígen hemático y por consecuencia como células inmigradas en dicho tejido, en el momento actual se acepta que el tejido conjuntivo produce dichos elementos, que están llamados a desempeñar dentro de ese tejido, un papel importantísimo en el metabolismo de las grasas.

Bergel ha estudiado las modificaciones que sufren los linfocitos durante la digestión de las grasas tisulares y considera que el *linfocito* (forma de reposo), se transforma en *gran linfocito* (forma de transición), para concluir en *gran mononuclear* (forma de actividad lipolítica). Las diferentes células linfocitarias, representan, pues, una sola y misma categoría celular, cuyo aspecto morfológico varía según su faz de reposo o de actividad.

Los trabajos de Fiessinger han aclarado un gran número de puntos sobre esta materia.

La célula linfocitaria es la generadora de la lipasa, fermento lipolítico que tiene por papel transformar las grasas neutras en glicerinas y ácidos grasos.

Aschoff y Kamiva han objetado el papel lipolítico de la célula linfocitaria; pero las investigaciones de Loepper y Marchal, desvanecen las objeciones de Aschoff; las últimas investigaciones de Fiesinger, referentes al poder lipolítico de los ganglios linfáticos del bazo y de la médula ósea, se pueden resumir así: con la ayuda de una técnica perfecta se ha aislado de los ganglios, una lipasa que saponifica las grasas, desdoblándolas en ácido graso y glicerina; en el bazo no se encuentra en tan gran abundancia como en los ganglios linfáticos; su actividad varía en los distintos animales; así en el carnero y en la vaca, es más elevado que en la cobaya y el conejo; en la médula ósea,

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

sea que se trate de cobaya, de carnero o de vaca, falta completamente el fermento lipolítico.

Si se examina un exudado serofibrinoso, tal como un líquido pleural, ascítico, etc. cuya fórmula citológica sea a linfocitos, se encuentra apreciable cantidad de fermento lipolítico, lo que no sucede cuando la fórmula citológica es a polinucleares. Estas y otras investigaciones más, hacen que se considere a la célula linfoide del tejido conjuntivo, como la reguladora, o mejor dicho, como la que tiene a su cargo el metabolismo de la grasa en dicho tejido, según las necesidades fisiológicas o patológicas del organismo. En efecto, el papel local de la lipasa linfocitaria no se limita, a la utilización fisiológica de la grasa, sino que obra como defensa local en ciertas infecciones en general y en la infección tuberculosa en particular, donde realiza un papel de defensa contra la infección disolviendo la envoltura grasosa del bacilo, y permitiendo que sólo entonces, se vuelva vulnerable a los fermentos proteolíticos que se encargan de hacerlo desaparecer; en síntesis, la lipasa linfocitaria, sensibiliza al bacilo tuberculoso para ser atacado por los fermentos proteolíticos de otros elementos celulares. Es sabido que el bacilo de Koch determina en el tejido conjuntivo una reacción linfocitaria; a primera vista podría creerse que es el bacilo el que determina esta reacción, pero el hecho que esta misma reacción se produzca con bacilos muertos, enseña que no se la debe atribuir a una actividad del microbio, sino a una parte de su componente que persiste después de la muerte y éste no es otro, que la envoltura grasosa del bacilo que constituye su medio de protección.

La infección tuberculosa es el ejemplo máximo del proceso inflamatorio, que despierta la reacción linfocitaria; pero el bacilo de Koch solo despierta esta reacción por la grasa que lo envuelve; la reacción linfocitaria se presenta, pues, siempre que hay grasa que destruir dentro del tejido lesionado, y como en los elementos celulares del tejido conjuntivo que han perecido por el agente causante de la inflamación, las técnicas histológicas revelan dentro de su protoplasma un gran número de elementos atacados de degeneracion grasosa, hay que concluir que las células linfocitarias del tejido conjuntivo inflamado se multiplican ante el estímulo grasoso determinado por estas células muertas.

Hasta aquí se ha estudiado aisladamente cada uno de los elementos celulares del tejido conjuntivo ante la inflamación; habría que referir, para que la exposición fuera completa, las fibras conjuntivas, las fibras elásticas y los leucocitos polinucleares inmigrados; pero será mejor examinar primero la manera armónica como entran en juego todos los elementos estudiados hasta aquí, en el proceso anatomo-fisiopatológico de la inflamación.

Esto será objeto de la próxima lección.

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

Notas Nipio-paidológicas

Por el Dr. ERNESTO EGO-AGUIRRE

LA SALUD DEL NIÑO Y LA FATIGA ESCOLAR, *por Raoul Blondel.* — («Bruxelles-Medical». 1930)

Cuestión que ha llamado mucho la atención de los médicos de niños, apasionando desde hace tiempo a los padres de familia y a cuantos tienen que hacer con la infancia.

El autor estudia el crecimiento del niño y las modificaciones que experimenta, con ese motivo, su organismo. La irregularidad de tales procesos, demanda energías, en ocasiones desmesuradas, y entonces se pregunta si esos períodos de fatiga son compatibles con el trabajo. Sostiene, con atinadas observaciones, como la desigualdad en el aprovechamiento de los alumnos al comienzo de los cursos y en sus finales, obliga a organizar el trabajo escolar de acuerdo con estas necesidades psicológicas. Los reglamentos de la escuela al imponer crecido número de horas de labor, atentan contra el bienestar y el perfecto crecimiento de los puericios, a cuyas necesidades, por el contrario, hay que ajustar hasta el mobiliario escolar. Esto último encierra importancia, ya que el crecimiento del niño hace que, muchas veces, no se amolde su organismo a las mesas y utensilios de trabajo. Y como esta claustración se prolonga varias horas, la incomodidad y las repercusiones sobre las diversas funciones orgánicas imponen una higiene escolar distinta a la acostumbrada.

Por otra parte, los programas escolares constituyen, a los ojos del autor, un desafío al buen sentido. Sus investigaciones le llevan por eso a pedir que se incluyan médicos en los consejos superiores de instrucción, que llevan la voz de los técnicos de la medicina sobre los puntos que caen dentro del campo de sus funciones. Es preciso que el cerebro del niño no sucumba, dice, bajo esas masas de conocimientos con que se le carga. Conviene por tanto dedicar las mañanas al trabajo mental y las tardes al ejercicio al aire libre, al desarrollo físico tan indispensable para asegurar un buen crecimiento.

INVESTIGACION SOBRE LA INMUNIDAD DEL RECIEN NACIDO Y DEL LACTANTE *por Luigio Auricchio.* — («La Pediatría». 1930).

Trabajo interesante que revela el sentido observador de su autor. Muchas experiencias y diversas comprobaciones clínicas

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

le permiten sostener que durante el embarazo y la lactancia de los animales que utilizó en sus pruebas de gabinete, las hemolisinas aparecen en la sangre en gran desproporción con las dósis de antígeno. Cantidades mínimas de estos engendran elevadas proporciones de las primeras. Algo más. Los hijos las tienen en igual proporción que las madres, sin que sea la vía placentaria la única fuente. La secreción lactea cumple, en estos casos, idéntico cometido. Observaciones hechas en la época de la lactancia son las que han permitido la aseveración de que la leche materna es un vector no despreciable de anticuerpos.

Pero todavía el autor ha constatado nuevos hechos. Las hemolisinas reaparecen en los sucesivos embarazos de modo expontáneo, trasmitiéndose a los hijos, acción que demuestra que el pasaje por el filtro placentario no es fruto de modificaciones introducidas por los antígenos en este órgano, sino un fenómeno por decirlo asi fisiológico.

SOBRE EL EMPLEO DE LA VITAMINA C EN EL LACTANTE *por R. Rhomer.*— («Revue Francaise de Pédiatrie». 1930).

Cinco casos detalladamente seguidos y cuyas historias refiere en la primera parte del trabajo, los utiliza el autor para demostrar como el desarrollo normal se interrumpe. Aunque se trata de enfermos con trastornos ya pasados y sometidos a una alimentación azas suficiente y perfectamente tolerada y digerida, no permitieron estos hechos el restablecimiento total. Y sólo la administración de la vitamina C ha podido concluir con la transitoria paralización del desarrollo infantil.

Estudiando el porqué de esta acción recuerda el autor la evolución y los síntomas del escorbuto, ausentes en los casos estudiados. Asienta por eso en su mente, cada día con más fuerza, la idea de una hipovitaminósis. Es la corriente que circula actualmente en Pediatría, nacida de los estados crónicos por ausencia de uno o más factores accesorios indispensables para la vida celular. El conocimiento fisiológico de ellos es incompletamente sabido, especialmente el de la vitamina C. En cambio, algo se tiene ganado en lo que se refiere a las posibilidades de su acción estimulante del fisiologismo. Así, hay técnicos que achacan al sistema neuroendocrino el papel de intermediario en la estimulación celular. En este camino el autor revisa diversos trabajos, sin que falten los de Abderhalden para quien aumenta la respiración de las células, los de Moriquand para el que antes que un factor de crecimiento es de equilibrio, y los de Bezssonoff quien le asigna doble función, excretoria y plástica, en cuanto a la utilización de los carbohidratos, etc.

No toma partido el autor en estas y otras apreciaciones. Más bien emite sus propias, personales convicciones, diciendo que operando con la vitamina C ha obtenido efectos terapéuticos específicos en casos de escorbuto manifiesto; influjo favorable en la insuficiencia digestiva crónica que supera a la de los frutos y vegetales por el trastorno que pueden traer al estado dispéptico; y acción estimulante sobre el crecimiento ponderal de lactantes dis-

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

tróficos sin trastornos digestivos. Observaciones ulteriores, que promete, le harán decir algo sobre el mecanismo de su acción en dichas enfermedades.

LA DESHIDRATACION EN EL LACTANTE *por el Dr. Salvador Burghi.*—(Archivos Argentinos de Pediatria.—Buenos Aires Nov. 1930).

La importancia que, día a día, adquiere el conocimiento de las perturbaciones del metabolismo por alteración de la función biológica del agua, se traduce en el avance que está haciéndose en la intrincada interpretación de la etiología y patogenia de las perturbaciones digestivas del lactante.

La célula necesita para su crecimiento agua de la que se imbibe primero en forma inestable, pero que después fija de modo definitivo. Precísase para ello la presencia de ciertas sustancias alcalinas, hidratos de carbono y vitaminas. El crecimiento está ligado a esta aportación, que es de equilibrio respecto a la intervención de factores antagónicos, como los lipoides y sales de calcio, que impermeabilizan en cierto grado la célula.

La alimentación es el medio de adquirir el agua. En el lactante enfermo modificanse mucho estas condiciones y puede suceder que se pierda mayor cantidad de agua que la que se ingiere, ya por que no se toma la cantidad necesaria, ya por que la eliminación es mayor que la ingestión; o también por que la capacidad celular de fijar el agua se pierda como consecuencia de los procesos patológicos concurrentes, tales como la fiebre, diarrea, etc.

El terreno posee a este respecto importancia decisiva. Las alteraciones orgánicas constitucionales o congénitas entran por mucho. El hecho se hace más ostensible en los niños alimentados artificialmente, que de esta manera pueden morir por atrepsia, sin que la leche de mujer logre despertar en las células la capacidad fijadora.

La insuficiencia alimenticia interviene también en la deshidratación. Cuando es cualitativa, por la falta de determinadas sustancias en la ración alimenticia, tal como sucede en el régimen farináceo; cuando es cuantitativa, por la inanición que determina y que puede corregirse si las células conservan aun la facultad de nutrirse, esto es, de hidratarse. La hipotrepsia de tercer grado de Marfán y la descomposición de Finkelstein distínguense solamente por la reacción a la alimentación.

Las infecciones agudas y crónicas, las perturbaciones digestivas, las intoxicaciones, son otros tantos medios de llevar a la deshidratación, más aguda y trascendental en los hidroestables que en los lábiles.

En forma aguda y en forma crónica puede hacerse la pérdida del agua, determinando otros tantos tipos de sintomatología particular y en los que se combinan o no el balance negativo del agua con la pérdida de la facultad de hidratarse que poseen las células.

Cuando es brusca e intensa constituye un síndrome definido y de extrema gravedad. Este balance negativo lo ocasiona la diarrea, la sudación insensible, aumentada por la fiebre y por la insuficiencia

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

o falta de indigestión de agua, ya por que no se la dan, ya por que la vomita o la rehusa. La fiebre de concentración de los recien nacidos es de este grupo.

La forma crónica se observa en la subalimentación prolongada y en las enfermedades que se acompañan de vómitos habituales o rebeldes. Frecuente en los débiles congénitos y en los tres primero. meses de la vida, lleva a la distrofia y establece un círculo vicioso que a veces es imposible romper.

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL *por los Dres. P. Teisser y P. Teisser y J. A. Thavany.*— (La Presse Medicale, Paris. Oct. 1930.)

Diez casos bien seguidos y mejor estudiados dan motivo a revisar las causas del fracaso del tratamiento y que son la edad, la virulencia del gérmen, las infecciones secundarias del líquido céfalo-raquídeo, y, sobre todo, los tabicamientos de las meninges medulares. Las enseñanzas recogidas llevan a declarar que el suero antimeningocócico es únicamente antimicrobiano. Su acción bactericida es poco manifiesta. sin embargo y varía de grado, siendo mas neta, en la seroterapia monovalente que en la polivalente. Los autores aconsejan en ciertos casos la sociación con las inyecciones endoproteínicas, de cierta eficacia en los sujetos facilmente reaccionables al choque protéico.

Otras veces, los autores han dado preferencia a la quimioterapia (tripaflavina, gonacrina, etc.) en inyecciones muy diluidas en el canal raquídeo sin haber observado shock ni agravación del cuadro.

Terminan recomendando la combinación de los tres sistemas siempre que los resultados sean nulos o poco manifiestos dentro de un plazo prudencial, autorizando esto a ensayar en el mismo paciente y sucesivamente las tres medicaciones.

LA VACUNACION ANTIVARIOLICA EN EL TRATAMIENTO DE LA COQUELUCHE *por el Dr. Generoso Schiavone.*— (Archivos Argentinos de Pediatria, Buenos Aires.—diciembre 1930).

En un buen número de niños atacados de tos convulsiva el autor, al vacunarlos, ha observado que el tiempo de enfermedad se ha amenguado evolucionando el proceso satisfactoriamente. Los vómitos y las quintas de tos han cesado en parte o disminuído completamentes

Prosiguiendo la observación de los casos ha notado que la "reprise" se retiraba para no volverse a presentar en los niños con vacunas prendidas. Algo mas, ella no se observaba si el resultado positivo de la vacunación se había obtenido cuando todavía no existía la "reprise".

No puede establecer con certeza el autor de este trabajo la acción o el mecanismo de estos fenómenos, aunque se nota su inclina-

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

ción a admitir que sea en virtud de una especie de absceso de fijación a nivel de las pústulas vaccinales.

El autor aconseja la práctica de este método, que no es nuevo, pero lo indica solo en los niños cuyas condiciones permitan hacer una primo-vacunación en el curso de la enfermedad. Como no produce trastornos ni complicaciones los peligros no son una causal de impedimento, sobre todo en niños de buen estado general, del que hay que estar seguro por un examen algo detenido y a fin de despistar la bacilosis y las causas que motiven la desnutrición y el debilitamiento acentuado.

Con primovacunaciones es con las que el autor ha efectuado sus experiencias y por eso termina su trabajo indicando que se haga uso de las revacunaciones por quienes deseen conocer los resultados que este método pueda ofrecer.

LESIONES CEREBRALES EN LA COQUELUCHE *por el Dr. Wladimir Mikulowski.* — (Archives de Medecine des Enfants. Paris.—setiembre 1930).

La coqueluche, por las consecuencias que trae, en una enfermedad que atrae toda la atención. La demografía tiene impresa reciamente su huella. Aparte su larga duración y la discutible eficacia de su escaso arsenal terapéutico, las complicaciones que le sobrevienen a los enfermos testimonian su carácter infeccioso. El sistema nervioso no escapa al virus, y este trabajo es uno más en la bibliografía de las encefalitis coqueluchosas.

Los síntomas del lado del sistema nervioso hasta hace poco eran considerados como consecuencias de los esfuerzos hechos durante las quintas de tos. La hiperhemia meníngea, los edemas, las hemorrágias cerebrales se citaban como causa. Pero ya no cabe duda que al lado de estos factores, la impregnación del sistema nervioso por las toxinas es la causa de las encefalopatías sobrevenidas en el curso de la tos convulsiva.

Y así como el autor menciona el ejemplo de las hemorrágias intestinales en el curso de la tifoidea, las diátesis hemorrágicas que se ven en los afectados de coqueluche pueden sobrevenir por el anormal funcionamiento hepático determinado por el virus de la tos convulsiva.

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR LA RADIOGRAFIA TORACICA EN LA TIFOBACILOSIS *por el Dr. M. Pehu.*— (Paidoterapia, Barcelona.—Setiembre 1930).

Los progresos de la radiografía han permitido descubrir de manera bastante precisa las lesiones parenquimatosas, ganglionares y pleurales que el exámen clínico mas minucioso no llegaba a encontrar. Con un procedimiento de esa clase los casos de interpretación difícil son ayudados en su diagnóstico, y la clínica infantil cuenta por eso con un recurso de inestimable valor.

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

Muchos casos de tifobacilosis de Landouzy se descubren, desde que se ha hecho uso de la radiografía. Como se trataba, al decir de este maestro, de una septicemia bacilar, de una infección sanguínea sin lesiones, de una tuberculosis "no folicular", los signos clínicos eran los únicos medios de formar un juicio. Y ya se sabe las dificultades que comportaba etiquetar de tifobaciloso a un niño.

Con la intervención de la pantalla se sabe que la fiebre proviene de una localización anatómica del mal, imposible de haber sido hallado por los recursos de la clínica pero hoy facil de descubrir con el roentgenograma.

Aunque queda en pie la admirable descripción de Landouzy los progresos de la ciencia han arrinconado el concepto de la infección sanguínea única, para sustituirse con el criterio fundamental que la tifobacilosois es causada por lesiones mas o menos grandes de los órganos contenidos en la cavidad torácica y que sólo la radiografía permite descubrir.

¿EL ESTADO TIENE DERECHO DE OBLIGAR A UNA MADRE TUBERCULOSA A SEPARARSE DE SU HIJO?

por el Dr. S. Abatucci.—(La Presse Médicale, Paris junio 1930).

La ciencia eugénica y el taylorismo, los dos signos de los tiempos, atentos a la defensa de la especie y en preocupación de que se engendren seres robustos y sanos, está olvidando su vida afectiva. Y sin pretender esgrimir este argumento contra la útil obra de Grancher la colocación familiar, el autor expresa que la salud del cuerpo no es todo. Por el contrario palpita a su lado la del espíritu, "ya que nada podría remplazar, cerca de la cuna, la solicitud de la que ha dado a luz, en la alegría y el dolor". Ninguna mujer aceptaría la separación obligatoria. Sólo la miseria del hogar, su higiene defectuosa impóneles la dura obligación de romper la unión. Para evitar este mal hay que propiciar la educación higiénica en la que la visitadora juega utilísimo papel.

Notas Terapéuticas

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA MEDICACION BROMURADA.— El producto más importante de los medicamentos bromurados es, sin duda alguna, el bromuro de sodio, y el ***sédobrol*** presentado en tabletas de extracto de caldo vegetal concentrado dosificadas a 1 gr. de bromuro de sodio químicamente puro, el que responde admirablemente a las necesidades eclécticas de la medicación bromurada; estas tabletas disueltas en agua caliente dan un caldo sabroso muy eupéptico, con el cual se disimula el bromuro de sodio, y este tomado así no irrita la membrana mucosa gástrica;

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

como esta preparación se acepta bien, puede darse a cualquier enfermo. Es por estas ventajas que el sédobrol se halla indicado según el Dr. J. Peyrus (Sud medical et Chirurgical, Julio 1930) no solamente en las enfermedades nerviosas, sino sobre todo en la terapéutica diaria, pediatria, ginecología, estomatología, en una palabra, en todas las especialidadees.

ENSAYO SOBRE LOS MODOS DE APLICACION Y PROPIEDADES DEL ADONIS VERNALIS.— El Adonis Vernalis se ha considerado siempre como un diurético y tonicardíaco ligero. Hasta los trabajos, verdaderamente notables, de MM. Mercier, Lutembacher, Jung, Veil, Fontenailles etc. que han demostrado tanto desde el punto de vista farmacológico como clínico, que la acción útil de este medicamento está representada por la actividad de dos glucosidos: *adonidósido* y *adonivernósido* cuyas propiedades son comparables a las de la digitalina y de la uabaína. El *adoverne* contiene estos dos glucósidos en la misma proporción que se encuentran en las plantas seleccionadas más ricas en principios activos. Este producto se ha utilizado por los experimentadores y por el Dr. J. Sassard (Tésis de Lyon 1930) quien ha comprobado que con el adoverne se consigue netamente el refuerzo, la regularización y el relajamiento de los latidos cardíacos, e importante aumento de la diuresis y mejoría de los síntomas disnécos. Este trabajo muy interesante por cierto, del Dr. Sassard ha sido confirmado recientemente por un estudio del Dr. Giraud-Ocosra quien ha concluído de sus múltiples observaciones que el adoverne es un medicamento fiel, cuyos efectos tonicardíacos se pueden notar en todos los casos sensibles a la acción de la digitalina; pero se separa de ésta por una acción relajante menos neta y menos duradera sobre el corazón; en fin, además de sus propiedades tonicardíacas, el adoverne posee cualidades sedantes manifiestas: se le puede prescribir en forma de gotas o de gránulos en dosis variables, según cada caso, por que el adoverne presenta gran manejabilidad, ventaja ésta muy importante.

Noticias

TERCER CONGRESO MEDICO PAN AMERICANO— El III Congreso Médico Panamericano de acuerdo con la resolución del Comité Ejecutivo de la Asociación Médica Panamericana, se reunirá en la ciudad de México del 26 de julio de 1931 al 31 del mismo mes, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

El Congreso estará dividido en las siguientes Secciones:

PRIMERA.—*Relaciones Médicas Internacionales.*

SEGUNDA.—*Medicina General.—Medicina Tropical e Higiene.—Pediatria.—Dermatología.—Neurología y Psiquiatría.*

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

TERCERA.—*Cirugía General— Oftalmología. — Otorinolaringología.—Cirugía Ortopédica.—Cirugía Genito-Urinaria.—Obstetricia y Ginecología.*

Los trabajos serán de dos clases: comunicaciones y memorias. Las primeras no deben tener mayor extensión que la propia para ser leídas en quince minutos. Las memorias podrán tener cualquier extensión, pero deberán acompañarse de un resumen que llene las condiciones de una comunicación y que será leído.

Las memorias se publicarán íntegras si los miembros de la sección la aprueban.

Todos los trabajos que se presenten deberán ser escritos en español, inglés, francés o portugués, que son los idiomas oficiales del Congreso. Deberán, además, llevar un sumario de no más de trecientas palabras, escrito en el idioma del trabajo y traducido al inglés en caso de presentarse el trabajo en español, francés o portugués, y al español en caso de ser escrito el trabajo en inglés.

La Junta Organizadora está constituída así:

1.—PRESIDENTE: Dr. Rafael Silva.

2.—VICEPRESIDENTES: Dr. Ulises Valdés.—Dr. Fernando Ocaranza.—Dr. Luis Rivero Borrell.—Dr. Everardo Landa.—Dr. Siefried Figueroa.

3.—SECRETARIO GENERAL: Dr. Francisco de P. Miranda.

4.—PROSECRETARIOS: Dr. Manuel Martínez Báez.—Dr. Adolfo Arreguín.

5.—TESORERO: Dr. José Torres Torija.

VOCALES: Dr. Demetrio Lopez.— Dr. Genaro Escalona.—Dr. Francisco Bulman.—Dr. Eliseo Ramírez.—Dr. Salvador Bermúdez. —Dr. Felipe Aceves.—Dr. Salvador Iturbide Alvarez.—Dr. Isidro Espinosa y de los Reyes.—Dr. Manuel Ortiz Gea González.— Dr. Alfonso Ortiz Tirado.— Dr. Efrén D. Marín.—Dr. Tomás Iglesias.

Bibliografía

CIRUGIA ELEMENTAL DEL MEDICO PRACTICO por J. Maissonnet.—Un volumen 1020 páginas.—*Salvat editores*, S.A. —Barcelona 1931.

En la "Cirugía elemental del médico práctico", se estudia la práctica médicoquirúrgica corriente, procurando hacerla útil al cirujano, al estudiante y al practico, que en cualquier momento se ven obligados a asegurar el tratamiento de urgencia o el definitivo de un herido. En esta obra se estudian los métodos más modernos, sin descuidar los antiguos que han acreditado su valor; sobre rodo se han reproducido las enseñanzas que la experiencia de la guerra ha demostrado ser las mejores y se ha insistido con frecuencia en el material empleado por el Servicio de Sanidad militar, por su gran utilidad.

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

La obra regularmente voluminosa, consta de siete partes: en la primera se trata del herido y del enfermo, y de todas las circunstancias relativas a los mismos: habitación, cuidados requeridos, inyecciones, etcétera. La segunda parte estudia la operación en general: esterilización, preparativos, sala de operaciones, anestesia, intervenciones elementales, etc. etc. La tercera parte comprende la cura: las materias utilizadas, los antisépticos, técnica de vendajes, etc. La cuarta parte está destinada exclusivamente a las fracturas óseas, y en ella se estudian los aparatos de tratamiento y transporte, los diversos métodos, férulas, etc. La quinta parte se ocupa de la patología traumática de las articulaciones. En la sexta parte se estudian los elementos quirúrgicos de la ginecología y de las vías urinarias. Finalmente en la séptima parte se describe la Cirugía elemental de los órganos de los sentidos y se dan algunas nociones de estomatología.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA EN EL HOMBRE Y LA MUJER por el Dr. Julio Janet. — Un tomo de 552 páginas. — *Salvat, editores*, S. A. — Barcelona 1931.

Existe el gran error de considerar la blenorragia como una enfermedad benigna por la que deben pasar todos o casi todos. Se olvidan con harta frecuencia las temibles complicaciones que puede producir, que envenenan muchas existencias y que muy a menudo hasta llegan a suprimirlas. Además la importancia del gonococo es, desde el punto de vista social, igual por lo menos a la del espiroqueto y del bacilo de Koch. Su acción esterilizante en el hombre, y sobre todo en la mujer, hace de él uno de los principiales factores de despoblación.

Sabido es que en la mujer las tres cuartas partes de las afecciones genitales proceden de la blenorragia. Además, por ser esta afección una de las más frecuentes, ha sido siempre objeto de la explotación más indigna por parte de empíricos y charlatanes poco escrupulosos, tanto más cuanto que muchos enfermos atacados por ella, por timidéz y por temor de revelar su enfermedad, no se atreven a pedir el auxilio de su médico habitual y son presa fácil de este género de comerciantes. Pero en la blenorragia no sólo el charlatán constituye un gran peligro social, sino que debemos desconfiar también de los errores científicos momentáneos, enunciados con la mayor buena fe, pero singularmente peligrosos para el individuo y hasta para la raza; generaciones enteras en ciertos países han pagado con estrecheces uretrales los errores de terapéuticas reinantes. Algunos métodos llamados modernos, demasiado brutales e intempestivos y faltos de oportunidad, provocan epididimitis a centenares y conducen a la esterilidad a gran número de individuos que, abandonados a sí mismos, sin tratamiento alguno, habrían tenido más probabilidades de salir indemnes.

Se puede decir que la blenorragia del hombre y de la mujer, a pesar de su enorme difusión, es ciertamente la enfermedad peor conocida y la peor tratada; y, sin embargo, pocas son las enfermedades tan variadas y tan complejas, pocas son las enfermedades que requieren conocimientos tan diversos; para ser un buen especialista es preciso ser a la vez venereólogo, urólogo, ginecólogo y bacteriólogo, y probablemente a este carácter tan complejo debe la blenorragia su descrédito actual.

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

El tratamiento de la blenorragia constituye para el médico una verdadera mina casi inexplorada. Con conocimientos perfectos el éxito contra la misma no sería dudoso y la innoble blenorragia, plaga de los tiempos modernos, cesaría pronto de cebarse en la humanidad

El arte especialista consistirá en librar al enfermo de sus gonococos en el menor tiempo posible y reduciendo al mínimo las probabilidades de accidentes consecutivos. El tratamiento debe ser también todo lo suave y prudente posible, de tal modo que hasta se ha dicho que puede calcularse la valía de un especialista por el número de epididimitis que se producen en su clientela.

El objeto de este libro es condensar en algunas páginas el resultado de la experiencia que ha podido adquirir el Dr. Janet en el tratamiento de esta afección, del que se ocupa de un modo casi exclusivo desde hace muchos años.

SINDROMES MENTALES SIMULADOS por el Dr. A. Vallejo Najera.—*Editorial Labor. S. A.*—Un volumen de 96 páginas. —Barcelona, 1930.—3 pesetas.

La circunstanciade tener el autor a su cargo un servicio castrense, por el que forzosamente han de pasar todos los militares sospechosos de padecer una psicosis o psicopatía, le ha permitido coleccionar una interesante serie de documentos vivos y hacer un estudio clínico de la simulación y de los simuladores. Como estas obras son escasísimas hay que felicitar al Dr. Vallejo Nájera por este trabajo, fundamentado en la observación directa de casos típicamente españoles.

LE DIABETE SUCRE: SON TRAITEMENT por el Dr. P. A. Carrie.—*G. Doin et Cie., editeurs.* — Un volumen de 96 pages "La Practique Médicale Illustrée".—París, 1930.

En esta obra el autor analiza las directrices que permiten establecer en forma correcta el tratamiento de un diabético.

Muestra igualmente cómo es examinado el diabético y cómo los resultados de este examen son interpretados para establecer el tratamiento, exponiendo como deben ser equilibrados los régimenes, calculo y prescripción en la práctica, precisando, por último, las indicaciones y la técnica de la insulinoterapia.

Es, pues, un trabajo en el que se exponen concienzudamente, no solamente las nociones teóricas indispensables que deben conocerse sino, sobre todo, las nociones prácticas, constituyendo así un guía preciso para todos aquellos que se interesan por el tratamiento de la diabetes.

NINGUN HOMBRE ES CULPABLE POR EMITIR UNA OPINION DISTINTA DE LA DE OTRO.

VOLTAIRE.

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

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

El duelo de la medicina peruana

Este mes de marzo ha sido de duelo para la medicina nacional. Dos profesionales eminentes, aunque no semejantes, han desaparecido del escenario de la vida, llevándose sus preciosas existencias, pero dejando huella luminosa, por sus excelsas virtudes.

Julián Arce, el 1° de marzo, y Daniel Edo. Lavorería, el 24 del mismo mes, bajaron a la tumba, en medio del dolor de los suyos y de la apoteosis para sus personas extinguidas.

Por rara coincidencia, los dos fundaron la Dirección de Salubridad Pública en 1904, habiendo continuado Lavorería en esa repartición pública hasta el día de su muerte.

Arce espíritu recio, trabajó y estudió sin descanso, llegando por su ansia infinita de superación a acumular amplia labor médica, que publicó en todas las revistas profesionales.

Lavorería por su tono psíquico se mantuvo dentro del cumplimiento austero de su labor de profesor y funcionario, sin penetrar en el ambiente de la publicidad científica.

Ambos poseyeron la ética más acabada, tanto en su vida ciudadana, cuanto en el ejercicio de su profesión. Pero Arce era poco flexible, demasiado rígido; vivió algo aislado del agregado social, que tanto contribuye en la modelación del carácter y en la conquista de los atributos gregarios. Lavorería poseía en su vida rectilínea, la facilidad para transigir con la realidad ambiente, que no es claudicación sino medio fructuoso de bienandanza.

Ocuparon puestos importantes en el servicio público; fueron honrados; han muerto pobres.

«La Crónica Médica» se inclina reverente ante los restos mortales de estos dos médicos peruanos, que supieron dar lustre a la profesión, mantuvieron la tradición fernandina y dejan obra realizada digna de imitación

Dr. Carlos A. Bambaren.

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

Doctor Julián Arce

† 1°. DE MARZO DE 1931

El doctor Julián Arce nació en Lima, el 15 de febrero de 1863. Hijo del sargento mayor don Julián Arce, muerto en la guerra con Chile, y de doña María Ramírez de Arce. Hizo sus primeros estudios en el Colegio de Nuestra Señora de la O, bajo la dirección del pedagogo don Pedro P. Drinot. Pasó en 1874, al Colegio Nacional de Nuestra Señora de Guadalupe donde terminó su instrucción secundaria, mereciendo distinciones por su contracción al estudio.

En 1878, ingresó a la Universidad Mayor de San Marcos y en 1880 se matriculó en la Facultad de Medicina. Alumno distinguido de esa Facultad, que en 1886 le concedió la contenta de doctor. Fué Ayudante disector del Anfiteatro Anatómico en 1883, bachiller en Medicina en 1887, sustentando una tesis intitulada "La radezyge", médico y cirujano el mismo año y Jefe de Clínica Médica de Mujeres en 1888.

Cursando el primer año de medicina, formó en 1880 en las filas del batallón de reserva número 18, comandado por el coronel don Ricardo Ortiz de Zevallos. En diciembre de ese mismo año, fué nombrado, como estudiante de medicina, segundo practicante de la ambulancia de la reserva, cuyos médicos fueron los doctores Eulogio Zagal y Rodríguez Ramírez.

Estudiante aún, se contó en el número de los condiscípulos de Daniel A. Carrión y ha sido entre los compañeros del mártir, uno de los que con mayor cariño y con más infatigable perseverancia, cumplió el afectuoso encargo hecho por Carrión a sus camaradas.

El 5 de octubre de 1887 leyó en la Sociedad Médica Unión Fernandina su primer trabajo sobre la verruga peruana en su forma aguda y grave: la Fiebre de la Oroya, sobre la base de sus observaciones personales recogidas en la asistencia que prestó a sus condiscípulos Abel Orihuela y Daniel A. Carrión y luego en el que fué médico titular de la provincia de Huarochirí, facultativo don Valentín Barrera y Bustos. Fué este el primer estudio científico completo de la enfermedad. En diciembre de 1889 se graduó de doctor en la Facultad de Medicina, sosteniendo la tésis "La Fiebre de la Oroya o forma agūda de la Enfermedad de Carrión".

En enero de 1889, fué comisionado por el supremo gobierno, a propuesta de la Facultad de Medicina, para informar sobre una epidemia que había aparecido en Chongollape, extendiéndose a Lambayeque y Chiclayo, y que se consideró fiebre amarilla; en el informe que publicó "La Crónica Médica" de ese año, demostró que no se

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

trataba de tal enfermedad exótica. En los años comprendidos entre 1890 y 1900, ejerció su profesión en diversos establecimientos agrícolas de las provincias de Chancay y Chiclayo.



Dr. Julián Arce

En 1901, fué elegido miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de Lima. En 1902, miembro de la Comisón Organizadora del primer Congreso anti-alcohólico en cuya actuación puso todo su entusiasmo y esfuerzo.

En 1903, fué nombrado por la Municipalidad, para dirigir el Censo de Lima.

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

Vacante ese mismo año en el Hospital "Dos de Mayo" de Lima, el servicio médico que regentara el malogrado internista Juan Cancio Castillo, el doctor Arce se presentó como opositor al concurso convocado por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima para la provisión de dicho cargo; el doctor Arce después de brillantes pruebas, fué electo médico titular de dicho establecimiento hospitalario en el servicio "San Roque".

En 1904 fué llamado por el gobierno para organizar la Dirección de Salubridad Pública en el Ministerio de Fomento que recién se creó en ese año.

Fué grande el mérito indiscutible de su labor de organización sanitaria,en país como el nuestro, bastante pobre y bastante rebelde a las innovaciones en todos los órdenes de la pública administración. El doctor Arce desempeñó el cargo de Director de Salubridad, con aquella constancia, con aquella consagración, que constituyeron algunas de sus características personales.

En el año de 1911 razones muy respetables de su personal delicadeza y de dignidad profesional, le obligaron a renunciar el cargo, cuyo desempeño fué para el doctor Arce más rico en amarguras que en satisfacciones.

Member del "Royal Sanitary Institute" de Londres, desde el año de 1910, fué promovido el año 1915, a la categoría de Fellow, habiendo tocado al doctor Arce el honor de ser el primer suramericano que ostentara tal título.

Su actuación en el V Congreso Médico Latino Americano (VI Pan Americano) celebrado en Lima el año de 1913 fué muy acertada, dándose a conocer como muy versado en Medicina Tropical.

En 1916, fué nombrado catedrático del curso de Enfermedades Tropicales; el doctor Arce a despecho de sus enfermedades, a despecho de la rudeza de la lucha por la vida, dedicó a la docencia todo el caudal de su talento y de su voluntad.

El mismo año, le fué conferido el título de miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Caracas.

Presidente de la Academia Nacional de Medicina en el año 1922, el doctor Arce contribuyó eficazmente en la obra de renovación de la actividad científica de nuestro más docto instituto médico, presentando muy interesantes comunicaciones, planteando el estudio de muy importantes problemas sanitarios nacionales, restableciendo la publicación del Boletín de la Institución.

Fué socio fundador del "Círculo Médico Peruano" y del "Sindicato de Médicos del Perú".

En 1929 desempeñó el cargo de médico director del hospital "Arzobispo Loayza".

En diciembre de 1930 fué nombrado miembro del Consejo Consultivo de Salubridad Pública.

Bibliografia del Dr. Julian Arce

Estudios publicados en el "Monitor Médico"

1.—Historia clínica de un caso de Mal de Brigth. 1885.

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

2.—Historia clínica de un enfermo de neumonía alcohólica.—1885.

3.—Tesis para el bachillerato de Medicina: La Radezige.—1885

4.—Discurso en la ceremonia inaugural del monumento funerario a Daniel A. Carrión.—1887.

5.—La epidemia de Chiclayo. — 1889.

Estudios publicados en "La Crónica Médica"

6.—Conferencia sobre la fiebre de la Oroya o forma aguda de la enfermedad de Carrión.— 1889. (Tésis para el doctorado en Medicina).

7.—Un caso de distomatosis.— 1899.

8.— Sobre un caso de distomatosis. —1899.

9.—Algo sobre el paludismo.— 1902.

10.—Discurso en la Sociedad Médica Unión Fernandina.—1904.

11.—Apología de Carrión.—1904.

12.—Instrucciones contra la peste bubónica.—1905.

13.—La defensa contra el cólera.— 1910.

14.—El nuevo manicomio de la Magdalena del Mar.— 1912.

15.—El 606 de la fiebre grave de Carrión.—1912.

16.—El estudio de la patologia nacional y el congreso médico.—1912.

17.—Los trabajos del grupo de Medicina Tropical y epidemiología.— 1912.

18.—Un caso de aneurisma del corazón (Comunicación a la Academia de Medicina de Lima.)— 1913.

19.—Quinto Congreso Médico Latino Americano. Trabajos del grupo de Medicina Tropical (Junio y Noviembre). — 1913.

20.—El agua potable de Lima.— 1913.

21.—Trabajos del grupo de Medicina Tropical y Epidemiología —1913.

22.—Apuntes sobre la enfermedad de Carrión.— 1913.

23.—Estudio experimental de la enfermedad de Carrión. (Colaboración con los doctores Ramón E. Ribeyro y Daniel Mackehenie). —1913.

24.—Algunas consideraciones sobre la hematología clínica de la fiebre grave de Carrión. (Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano). —1913.

25.—La anemia de la fiebre grave de Carrión. (Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano). — 1913.

26.—Algunas consideraciones sobre las infecciones bacterianas que complican y agravan la fiebre grave de Carrion. (Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano).— 1913.

27.—Inoculabilidad de la verruga peruana a los animales. (En colaboración con los doctores Ramón E. Ribeyro y Daniel Mackehenie).— (Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano). — 1914.

29.—Primeras tentativas de inmunización en la verruga peruana. (En colaboración con los doctores Ramón E. Ribeyro y Daniel Mackehenie.— (Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano) — 1914.

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

29.—Un caso de leishmaniasis de la cara tratado por el tártaro emético. (Comunicación a la Sociedad Médica del hospital "Dos de Mayo").— 1915.

30.—Sobre un probable caso de esplenomegalia tropical (Comunicación a la Sociedad Médica del hospital "Dos de Mayo").—1915.

31.—La paragonimiasis en el Perú. (Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano).—1915.

32.—Pie Musgoso. (Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano.)— 1916.

33.—Un caso de cisticercosis. (Comunicación a la Sociedad Médica del hospital "Dos de Mayo").— 1916.

34.—La Medicina Tropical. Lección inaugural del curso. — 1916.

35.—Algunas consideracionds sobre la nueva teoría dualista de la Enfermedad de Carrión.—1916.

36.—Los protozoarios en la patología humana. —1917.

37.—Sobre un caso de espiroquetosis ictero-hemorrágica. (Colaboración con el doctor Ramón E. Ribeyro). 1917.

38.—Espiroquetosis ictero-hemorrágica.—1917.

39.—Consideraciones sobre un caso de encefalitis letárgica.— 1920.

40.—Espiroquetosis ictero-hemorrágica.—1921.

41.—Proyecto de un Consejo de Educación Médica.—1921.

42.—Sobre un caso de dextrocardia congénita.—1922.

Estudios publicados en el "Boletin de la Academia Nacional de Medicina"

43.—La profilaxia de la plaga bubónica.— 1903.

44.—Discurso necrológico del doctor Armando Vélez.— 1903.

45.—La plaga bubónica. (Informe en colaboración con los doctores Manuel R. Artola y Daniel E. Lavorería).—1903

46.—Discurso al hacerse cargo de la presidencia de la Academia Nacional de Medicina.—1922-1923.

47.—Icteria crónica hemolítica congénita y verruga eruptiva. — 1922-23.

48.—Consideraciones sobre un caso de verruga maligna.— 1922-1923.

Estudios publicados en "Anales de la Facultad de Medicina de Lima"

49.—Historia de la Verruga Peruana o Enfermedad de Carrión. 1918. Tomo I.

50.— Verruga benigna.— 1918. Tomo II.

51.— El concepto nosográfico de la Medicina Tropical.—1918 Tomo I.

52.—Verruga maligna.—1918. Tomo II.

53.—Algunas consideraciones sobre la insuficiencia renal de la gripe.—1919. Tomo III.

54.—Sobre las recientes investigaciones de Noguchi, acerca del agente específico de la fiebre amarilla.—1919. Tomo III.

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

55.—Sobre la supuesta endemicidad de la fiebre amarilla en la costa del Perú.—1919. Tomo III.

56.—Epidemia de Trujillo, de 1882-1885.—1919. Tomo III.

57.—Epidemia de Huacho de 1884. —1918, Tomo IV.

58.—Epidemia de 1885.—1919. Tomo IV.

59.—Sarampión y rubeola.—1920. Tomo V.

60.—Influencia de la última guerra sobre el estudio de la Medicina Tropical y sobre la enseñanza médica general— 1920. Tomo IV.

61.—Apreciaciones generales sobre el diagnóstico y la clínica. La verruga peruana no genera esplenomegalia. — 1921.—Tomo VII.

62.—Meningitis cerebro-espinal, producida por micrococcus catarrhalis.—1921.

63.—Programa de las lecciones de Farmacología.—1922.

64.—Un caso de malaria crónica y verruga peruana.—1922.

65.—Profilaxia de la verruga peruana basada en los caracteres etiológicos y epidemiológicos propios de esa enfermedad.—1922.

Estudios publicados en la "Gaceta Médica Peruana"

66.—Algunas consideraciones acerca de la verruga peruana o enfermedad de Carrión.— Enero 1923.

67.—Ataque pernicioso hiperazoémico, causado por el plasmodium vivax.—Marzo de 1923.

68.—Lección sobre la malaria crónica.—Julio de 1923.

69.—La enseñanza teórica y práctica de la medicina.—Julio de 1923.

70.—Los elementos endoglobulares de Barton (Bartonella bacilliformis, Strong), en la verruga peruana o enfermedad de Carrión —Enero y Febrero de 1924.

Estudios publicados en "El Comercio" de Lima

71.—La prevención de la tisis y otras formas de la tuberculosis. El gérmen tuberculoso y el organismo humano. Cómo se genera la enfermedad.— 3 de Junio de 1899.

72.— Cómo se adquiere la tisis.—Como se hace el contagio y la propagación de la tuberculosis.—5 de Junio de 1899.

73.—Profilaxia de la tisis y demás formas de la tuberculosis.— 6 de Junio de 1899.

74.—Contra la enteritis.—21 de Agosto de 1899.

75.—La mortalidad de Lima.—18 de Setiembre de 1899.

76.—La plaga bubónica. Primera parte. La plaga y su bacilo. La plaga en los animales. Rol que estos desempeñan en la diseminación de la enfermedad.—4 de Diciembre de 1899.

77.—Segunda parte. Infección y contagio. Modos como se verifican. Las formas de la plaga. Gravedad y mortalidad.— 5 de Diciembre de 1899.

78.—Tercera parte .—La plaga endémica. La plaga epidémica. Pestis minor. Pestis ambulans. La plaga pandémica.—24 de Diciembre de 1899.

79.—Cuarta parte.—Tratamiento y profilaxia de la plaga.—12 y 13 de Marzo de 1900.

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

80.— Las ciencias médicas en el siglo XIX.—3 de Enero de 1901.
81.—Los ataúdes metálicos higiénicos.—2 de Junio de 1901.
82.—Algo acerca de los ebrios recogidos por la policía.—9 de Junio de 1901.
83.—Escuelas nocturnas.— 23 de Junio de 1901.
84.—La viruela y el paseo al cementerio general.— 3 de Noviembre de 1901.
85.—Sección demográfica de la oficina de registro del estado civil.— 4 de octubre de 1901.
86.—Profilaxia de las enfermedades infecto-contagiosas.—Octubre de 1907.
87.—La epidemia de verruga en Matucana.— 15 de Abril de 1912.
88.—El problema del agua potable.— Enero de 1913.
89.—Por la higiene de Lima.— 15 de Agosto de 1922.

Otras publicaciones

90.—La lucha contra la tisis.—"La Evolución", Lima 4 de diciembre de 1901.
91.—Trabajo presentado al concurso sobre la Provisión de Brazos para la Agricultura. (Premiado con medalla de oro.) 1°. de marzo de 1902.
92.—Trabajo presentado al Concurso para la Agricultura.—(Premiado con 100 libras peruanas oro) 14 de noviembre de 1902. Este trabajo así como el anterior se publicaron en un folleto titulado: Sociedad Nacional de Agricultura. Concurso Provisión de Brazos para la Agricultura. Trabajos premiados. —Lima 1902.
93.—Diversos proyectos presentados al Congreso Antialcohólico de Lima.— 1903.
94.—Sobre los efectos del alcohol en el cerebro humano.—Conferencia por el Profesor Víctor Horsley. Extracto publicado en "The Lancet" de Londres (5 de marzo de 1900), traducido y ampliado por el doctor Julián Arce. "El Heraldo Antialcohólico". Lima, junio de 1903.
95.—Discurso necrológico del doctor Antonio Pérez Roca, en representación de la Academia Nacional de Medicina.—"La Prensa" Lima, 25 de junio de 1913.
96.—Las leishmaniasis dérmicas del Perú. Comunicación al V Congreso Médico Latino Americano. Actas y Trabajo. Tomo V. 1914. —"Los Progresos de la Clínica". Madrid 1915.
97.—Estudio sanitario del agua potable de Lima. Comunicación al V Congreso Latino Americano. Actas y Trabajo. Tomo V.—1914.
98.—Comunicación verbal sobre la creación en las Universidades de América, de la Cátedra de Medicina Tropical.— Actas y trabajos. Tomo V.— 1914.
99.—Conferencia en sesión plena del V Congreso Médico Latino Americano, sobre la etiología y modo de trasmisión de la verruga peruana.— "La Prensa" Lima 12 de noviembre de 1913.
100.—Reportaje sobre "La fiebre amarilla en Paita".— "La Prensa" Lima 19 de julio de 1919.

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

101.—Patogenia de la anemia de la verruga peruana en sus dos formas.—Conferencia en el "Centro de Estudiantes de Medicina", el 5 de octubre de 1929.

Estudios publicados en "Perú Médico"

102.—Homenaje a Daniel Carrión. Diciembre de 1927. (Publicado también en "El Comercio", Lima 19 de diciembre de 1927).

103.—Hiperazohemias extrarrenales.— Febrero de 1928.

Estudios publicados en "Anales Hospitalarios"

104.—Tratamiento de las malarias.—Junio de 1919. (Publicado también en "El Comercio", Lima 7 de junio de 1919).

105.— Reforma de la Organización Nosocomial. Memoria de la Comisión nombrada por la Junta de Hospitales de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, para efectuar y proponer las reformas requeridas en los Hospitales. (Colaboración con el doctor Abel S. Olaechea). Enero-Febrero de 1930.

106.—Anexo correspondiente al Hospital "Arzobispo Loayza" del Médico Director comisionado para la reforma de dicho establecimiento, durante el periodo de 4 de febrero al 4 de agosto de 1929. — Enero-Febrero de 1930.

Este trabajo, así como el anterior se publicaron por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, en un folleto titulado: Reforma de la Organización Nosocomial. Informe de los Médicos Directores de hospitales nombrados en Comisión.— 1930.

107.—Lección sobre la malaria crónica.— Enero-Febrero de 1930.

108.—Paroxismos o ataques perniciosos. Lección del curso de Enfermedades Tropicales.—Junio de 1930.

109.—Paroxismos o ataques perniciosos.— Octubre-Noviembre Diciembre de 1930.

El Sepelio

En el momento de inhumarse los restos del Dr. Julián Arce se pronunciaron los siguientes discursos:

Discurso del Dr. Raúl Rebagliati
a nombre de la Facultad de Medicina

Ha muerto un varón ilustre. El doctor Julián Arce, valor indiscutible de la medicina peruana y uno de los hombres más representativos de su generación yace en este féretro que rodeamos en ceremonia solemne y conmovedora sus amigos, sus camaradas, sus discípulos.

Hondo pesar aflige en estos momentos a la Facultad de Medicina porque con el doctor Arce desaparece uno de sus miembros más distinguidos y que más trabajara por el prestigio y el progreso de la institución, a la que dedicó la mejor parte de sus valiosas actividades.

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

Interesante y ejemplar la vida de don Julián, como cariñosamente le nombráramos quienes tuvimos la suerte de frecuentar su trato. Nació en Lima, el 15 de febrero de 1863. Después de brillantes estudios secundarios, Arce ingresa a la Universidad de San Marcos, en 1878, matriculándose, dos años después en la Escuela de Medicina. Que fué estudiante distinguido, lo prueban la contenta de doctor, concedida en 1886 y sus tesis de bachiller y de doctor, esta última de gran valor científico, pues demostraba ya que la llamada fiebre de la Oroya, era la forma aguda y grave de la verruga peruana.

El doctor Arce perteneció a esa falanje de estudiantes compañeros de Carrión que adquirieron ante sí mismos el compromiso de trabajar por la medicina peruana y realizar el estudio de nuestras enfermedades autóctonas. Carrión se inmoló voluntariamente a ese ideal. Odriozola y Arce principalmente continuaron la obra, aportando constantemente nuevas observaciones y estudios, con tal entusiasmo, decisión y asiduidad que casi agotaron el estudio clínico de la enfermedad peruana que lleva el nombre del compañero martir.

Inició su labor profesional en provincias del norte del Perú, comisionado por el gobierno, a propuesta de la Facultad de Medicina, para efectuar estudios sanitarios y luego, entre 1890 y 1900, fué médico de establecimientos agrícolas de las provincias de Chancay y Chiclayo, de donde enviaba contribuciones clínicas que aparecían en las revistas científicas de la época. Fué entonces que comenzó a especializarse en Patología Tropical, disciplina que llegó a dominar por completo. De regreso a Lima, en 1901, fué elegido miembro titular de la Academia Nacional de Medicina, institución a la que prestigió con sus contínuos e importantes trabajos científicos.

Llamado por el gobierno de 1904, fundó la dirección de salubridad, que organizó atinadamente y a la que consagró durante siete años, lo mejor de sus energías. En un país como el nuestro de dilatado territorio, con medios de comunicación difíciles y hasta impracticables, de población heterogénea e ignorante, sin la menor noción de salubridad, rebelde a los más elementales hábitos sanitarios, implantar métodos científicos e iniciar una legislación sanitaria era obra bien dicífil. Arce, sin embargo, empleando unas veces la persuación y la sagacidad, otras la intransigencia y otras la astucia, consiguió poner en marcha ese complicado mecanismo de la salubridad pública. Todas las disposiciones sanitarias impuestas por él subsisten hasta hoy, pues son el fruto del estudio especial de nuestro medio. Dedicó al desempeño de su cargo tanta competencia y pureza administrativa que su salida, determinada por personal delicadeza ante acto arbitrario y deshonroso del gobierno de 1911, fué una verdadera desgracia para la salubridad del país. Todos conocemos la forma como— con raras y honrosas excepciones — han sido manejadas estos asuntos por los funcionarios que vinieron después de él.

En las importantes comisiones que el doctor Arce desempeñó, reveló siempre su claro talento y su indiscutible probidad científica. Fué así como en 1889, estudió la epidemia icteroide aparecida en las provincias de Lambayeque y Chiclayo, negando la naturaleza de fiebre amarilla que se le atribuía; en 1902, contribuyó al éxito del primer congreso antialcohólico; en 1903 dirigió el censo de Lima; en 1913, fué uno de los más eficaces gestores del Congreso Médico La-

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

tino Americano reunido en Lima, y, en 1929, director del hospital Arzobispo Loayza, proponiendo las medidas tendientes a mejorar la condición de ese nosocomio. Los informes de cada una de esas comisiones son verdaderos estudios científicos que servirán como fuentes de consulta.

En la Facultad de Medicina el doctor Arce ha ocupado puesto de honor desde el año 1916, fecha de su ingreso como catedrático de Medicina Tropical. El fué el fundador de esa cátedra que, con cortos intervalos ocasionados por estados delicados de salud, ha desempeñado hasta su muerte. Conocida es la dedicación especial del profesor Arce al estudio de las enfermedades tropicales. El conocimiento de nuestra patología autóctona, particularmente la verruga y la uta, le deben contribuciones muy importantes. Aportando a la cátedra el acerbo científico conseguido con la observación y el estudio y después de haber desempeñado la dirección de salubridad que contribuyó también a enriquecer este bagaje, la actuación del doctor Arce en la cátedra de su especialidad no podría ser sino brillante, pues, además de maestro fué un clínico notable. Observador y estudioso no dejaba detalle por explicar en cada enfermo, empleando todos los posibles medios de diagnóstico, con tal de llegar a su conocimiento íntegro. El profundo conocimiento de las materias de su cátedra que se desarrollaba en su sala San Roque del hospital Dos de Mayo, su fácil y pintoresco lexico, su amor a la juventud a la que instruía y educaba con austero ejemplo, hacían del doctor Arce un modelo de maestro a quien rodeaba la admiración y el respeto tanto de sus alumnos cuanto de sus compañeros de Facultad.

Tal la semblanza, rápidamente bosquejada, del médico ilustre, de funcionario probo, del maestro ejemplar. Todas sus actividades las desarrolló con inteligencia, tino y honradez cientificas. Su vida, sin embargo, fué de lucha constante contra los elementos adversos. El estado de su salud prematuramente quebrantada, acaso por exceso de trabajo intelectual, le mortificaba grandemente, impidiéndole desenvolver su vasto programa de contribución científica. La incomprensión y a veces la mala voluntad de los hombres le cruzaron el camino en no pocas oportunidades. Su carácter serio y ecuánime, su voluntad firme y resuelta, su honradez rectilínea, su dignidad inquebrantable, la sinceridad y franqueza que ponía en todos sus actos pudieron hacerla aparecer díscolo ante los hombres incapaces de alimentar tales dotes de espíritu. Pero quienes le tratamos de cerca y aprovechamos sus enseñanzas en los campos científico, ético y afectivo sabemos bien que con Arce se va el representante de un linaje de hombre que es cada vez más difícil encontrar en nuestra tierra: Don Julián Arce fué un hombre íntegro.

Maestro, amigo, compañero, descansa en paz.

Discurso del Dr. Carlos Monge a nombre de la Academia Nacional de Medicina

La Academia Nacional de Medicina de Lima, en cuyo nombre me cabe el inmerecido honor de hablar en estos dolorosos momentos, se inclina reverente ante los restos del académico don Julián Arce, cuya vida compendia todas las virtudes del hombre probo, del pro-

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

fesional que ajustó la vida a los principios más severos de la ética médica, del higienista que encausó por rumbos nuevos la salubridad del país, del investigador científico que dió horizontes más amplios a la medicina nacional, del maestro que dejó discípulos reunidos hoy todos a su alrededor en una sincera invocación de fe y de esperanza en los altos ideales que supo cultivar hasta el sacrificio y que al irse nos deja como la mejor herencia de su vida.

Su vida significa una ascensión gradual dentro de todas las posibilidades de la profesión médica. Contenta de médico al dejar las aulas de San Fernando, Arce en sus múltiples actividades ocupó merecidamente todas las situaciones dilectas. Presidente de la Sociedad Unión Fernandina, presidente de la Sociedad Amantes de la Ciencia, miembro de la Academia Nacional de Medicina a la que se incorporó hace treinta años, presidente de la Academia de Medicina, director de Salubridad, catedrático de la Facultad de Medicina, director de hospital, su reputación científica llegó pronto al extranjero y así fué también miembro de la Academia Médica de Caracas y miembro del Real Instituto Sanitario de Londres.

A otros tocará decir lo que significó en la enseñanza, en la vida hospitalaria, en la higiene, en el ejercicio profesional. Yo debo hablar de lo que representó para el país dentro de la Academia Médica peruana.

En razón de la naturaleza misma de las academias ninguna tribuna de mayor realce para poner de relieve la capacidad de un hombre de ciencia. Arce fué una de sus figuras prominentes. La Academia contó con él como uno de sus miembros mas asiduos. Los hechos culminantes de su vida científica están guardados celosamente en los archivos de la institución. Ellos nos dicen lo que representó su labor en el pensamiento médico nacional.

La biografia del maestro desapearecido no puede hacerse sin hablar de la preocupación constante de su vida: el estudio de la enfermedad de Carrión. Arce fué uno de los mejores representantes de esa generación inteligente a la que pertenecieron Mestanza, Alcedan, Odriozola, a quienes correspondió el honor de proseguir los trabajos de quien les dió su rumbo espiritual: Daniel A. Carrión, el mártir como le llaman muchos, el hombre de ciencia, como le llamo yo. Odriozola y Arce recogieron su herencia y le dieron la amplitud precursora del momento actual. A Arce corresponde el honor insigne de haber diferenciado sobre bases sólidas la verruga maligna que Carrión describiera en el diario de su enfermedad y rubricara con su muerte. Desde ese momento fué el infatigable y tenaz sostenedor de la unidad de la Verruga peruana, puesta en duda mas tarde por las interpretaciones erróneas de Strong y la comisión americana. Las consideraciones clínicas y epidemiológicas que sustentaban sólida y sabiamente la tesis de Arce, recibieron la más brillante comprobación con los trabajos experimentales de uno de sus alumnos. Cuando se estudia a fondo la obra del maestro se ve enunciado el trastorno de los órganos formadores de la sangre que 30 años después comprobaron los hematólogos de Lima. Más todavía yendo al campo experimental, Arce nos daba cuenta en 1913 de sus estudios sobre tramisión del mal a los animales, ayudado por inteligentes colaboradores. Para decirlo de una vez: la obra de Arce sobre la enfer-

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

medad de Carrión constituye un trabajo clásico, de obligada consulta al estudioso que investigue esta enfermedad.

Dotado de una vastísima cultura, profundamente conocedor de las materias que constituían su especialización favorita, intransigente cuando los hechos no se conciliaban con la doctrina médica, sin dejar resquicios para que la imaginación supliera los elementos que pudieran faltar en la integración de una verdad y animado de un riguroso espíritu de observación, no es de extrañar que en el seno de la Academia sostuviese sus opiniones con un vigor desacostumbrado. Fué así, como cuando la aparición, hace algunos años, de una epidemia que se tituló de Fiebre Amarilla en el norte de la república, Arce— con esa energía que acompaña al convencimiento de algunos espíritus—quedara aislado, solitario, al asegurar en la Academia la falta de base científica para demostrar la naturaleza amarílica de dicha enfermedad. Hoy todos sabemos como los trabajos de Noguchi que dieron peso a la opinión predominante eran erróneos. Arce fué fue un precursor en el conocimiento del problema.

Fué además un renovador en patología médica nacional; fué debido a su gestión perseverante, a su capacidad científica y a su inteligente orientación que en el Perú se habló de enfermedades tropicales. Y así imprimió a la medicina peruana una dirección de importancia trascendental. La Academia por su iniciativa tuvo ocasión de recomendar a los poderes públicos la creación de la cátedra de Medicina Tropical, de la que fué profesor hasta la fecha.

Arce fué uno de los inspiradores del movimiento científico intenso producido en la preparación del congreso medico de 1913, del que fué uno de sus organizadores oficiales. Allí dió acogida comprensiva a los que iniciaban su labor experimental de investigación. Por primera vez él organizó los viajes de estudio a las selvas y serranías que marcaron una etapa nueva en los métodos de estudio. Permitíase asegurar que las constataciones de ese entonces en relación con la naturaleza leishmaniásica de ciertas lesiones de la piel y las mucosas no hicieron sino comprobar las impresiones clínicas del maestro, cuya modestia no dejó jamás trasparentar tal hecho.

Estas breves pinceladas no dan sino una lejana idea de la labor considerable de Julián Arce. Pero puede decirse que en materia médica todos los terrenos le eran familiares. Así sus trabajos sobre peste, sobre paludismo, sobre cardiología, sobre hematología, etc., ocuparon muchas veces las sesiones de la Academia.

De esta ligera incursión en su actividad de estudios, que sólo abandonó días antes de morir, se desprende un hecho capital: Arce aparece como uno de los mas brillantes conductores del pensamiento médico nacional.

Señores:

Obra de energía y de fe, obra de esfuerzo y de virtud, obra tenaz y profunda, tal la vida del maestro.

La Academia Nacional de Medicina la muestra como un ejemplo y se inclina respetuosamente ante su tumba.

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

Discurso del Dr. Abel S. Olaechea
a nombre de los médicos del Hospital "Dos de Mayo"

En nombre del cuerpo médico del hospital «Dos de Mayo» me es honroso expresar brevemente ante los despojos mortales del doctor Julián Arce, que fué su dignísimo miembro, el sentimiento que embarga a todos los que lo componen, por el hecho de haberse cumplido la inexorable ley que ha abierto para ese facultativo la era de la eternidad, sentimiento que en mí, particularmente, es muy profundo, porque me unieron con él desde mi iniciación en la carrera médica vínculos de colaboración en las actividades de la medicina pública y de verdadera amistad, que el transcurso del tiempo no hizo sino mantener y consolidar.

El doctor Arce perteneció al hospital "Dos de Mayo", como jefe del servicio de medicina de la sala de San Roque desde el año 1903, en que la obtuvo por concurso, consagrándose a las labores de su cargo con asiduidad y abnegación que sabía poner en todas las funciones que en su labor de médico fué llamado a desempeñar; pudiendo decirse así que fué el mismo profesional como funcionario de sanidad, como profesor universitario y como médico del hospital; dando en todas partes muestra de su inteligencia fecunda, de su espíritu de estudio y de progreso, de su integridad, de su probidad muy notables, cualidades todas que le trajeron la consideración y el respeto no sólo de sus colegas sino también de las personas que le conocieron. Su rectitud de carácter no le permitía las transacciones que el trato de la vida impone para muchos y su fortaleza de voluntad, su virtud, fué tal que ha podido ser tachado de exagerado, pero nunca de complaciente. Su personalidad moral es, por eso, singularmente ejemplar, siendo aspectos de ella dignos de anotarse: su modesta vida de labor continua, fiel siempre al ideal; su apartamiento, por razones de principio, del alto cargo de director de salubridad pública en que dejó huellas inmarcesibles de sus vastos conocimientos médicos y de sus dotes de organizador; y su precaria situación económica en que ha terminado sus días y deja a su digna viuda.

Su contextura anímica lo hacía percibir el bien por el bien mismo, sin poner nunca como medida de sus acciones el provecho. Severo observante de los principios de la ciencia y fervoroso patriota creyó que podía ser mucho por el adelanto del país sirviéndole con decisión, para aplicar en él los principios de la higiene y de la profilaxia así como para dar orientaciones certeras a la asistencia mediante su conveniente organización; habiéndole correspondido en este orden el de ser el fundador de la primera escuela de enfermeras.

En su servicio de San Roque, al que asistió hasta hace treinta días, encontraba los mayores atractivos para su alma, declarando él siempre, lo que todos apreciabamos también, que, a pesar de sus achaques se confortaba en el medio hospitalario dedicándose a investigar en sus enfermos, y preocupándose como en sus mejores días de los más escasos detalles que pudieran beneficiarles.

Como director del Hospital Loayza, durante algunos meses del año de 1929, propuso mejoras asistenciales importantes, algunas de

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

las que pudo llevar a la práctica, y señaló fundadamente las reformas que deben introducirse para colocar a nuestros establecimientos nosocomiales en el plano de progreso que la época presente reclama.

Como hombre de ciencia, el doctor Arce se distinguió por su inteligencia e ilustración, y por su actividad y contracción a la labor, siendo prueba de esto los numerosos trabajos que lega relativos a puntos de medicina general y tropical y especialmente lo que concierne a la Enfermedad de Carrión, infección que estudiaba con esmero, como ofrenda al mártir que fué su compañero de estudios.

La medicina nacional sufre con la desaparición del doctor Arce, insigne maestro, una grandísima pérdida, pero su vida aureolada por las excelsas condiciones morales que lo distinguían, señala el buen sendero a los que quedan en la lucha.

Al darle aquí el último adiós, quiero también hacerle el tributo amistoso de recordar a la clase médica, en esta solemne ocasión, que tiene nobles deberes que satisfacer para con la memoria de tan ilustre colega. Quiera el Eterno amparar a los suyos y que la paz domine su sepulcro.

Discurso del Dr. Amador Merino Reyna
a nombre del "Sindicato de Médicos del Perú"

El Sindicato de Médicos del Perú trae a la tumba del Profesor Julián Arce la íntima expresión de su dolor. Cuando en las horas más inquietas y difíciles de nuestra vida institucional poníamos los médicos nuestro empeño para dar fuerza a los destinos del Sindicato encontramos frente a la desentendencia de los más, el caluroso voto de simpatía y aliento de éste maestro luchador, que hasta en las postrimerías de su vida sólo supo trabajar con perseverancia y desinterés en el noble ejercicio de su profesión.

El Sindicato afirma, pues, frente a esta existencia que fué pura, la fe que tiene en un mañana glorioso para la medicina nacional y para intensa solidaridad de los que la practican. Y su espíritu—que supo elevarse muy por encima de las miserias humanas—podrá supervivir entre nosotros, a fin de impedir que nos desviemos del camino de la Ciencia y de la ética profesional, únicos valores sustantivos—patrimonio civilizador— que nos sostiene en el diario bregar.

Hoy que el Perú pasa por horas angustiosas, que busca en el Oráculo la respuesta a sus destinos, precisa que todos los gremios hagamos—ante este momento solemne—profesión de fe solidaria para encauzar—con el olvido de los intereses personales—los sagrados intereses de la patria. Y así como el profesor Arce unió a su carácter de médico su fecunda probidad ciudadana y su amplio espíritu gremial, tal la acción de cada uno de los que— iluminados por él — anhelan seguir la misma senda gloriosa.

El profesor Arce ha dado a las generaciones jovenes, desde su egreso de la Facultad de Medicina de Lima, tres nobles ejemplos que imitar: perseverancia en el estudio y en la investigación científica; disciplina y puntualidad en el ejercicio profesional; providad intelectual y administrativa. Además, por su amor y dedicación a la enseñanza a la cual no faltó ni en las horas más duras de su quebrantada sa-

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

lud— ha sido y será para el alumnado de San Fernando, ejemplo eterno de lo que puede un espíritu fuerte que se agita en círculos más amplios y fecundos.

No me toca analizar su vida y su obra. Queda ello para los autorizados maestros que traen aquí el rendido tributo de admiración a su esfuerzo de cincuenta años de estudio ininterrumpido. El Sindicato de Médicos del Perú trae su agradecimiento por el apoyo moral que le prestó desde su fundación y por la obra científica con la que colaboró en repetidas oportunidades, para darle prestigio y razón de su existencia. Además, el Sindicato quiere revivir en este momento su agradecimiento — ya exteriorizado otrora al decretar que su retrato sea colocado en su galería de Médicos ilustres — por estas dos razones fundamentales: su contribución a la patología tropical auctóctona y su fecunda labor de orientación sanitaria de la república. Estas dos columnas que él obsequió al hermoso edificio de la medicina nacional, han de ser colocadas en el frontispicio para admiración de las generaciones médicas presentes y venideras.

Otra actuación que el Sindicato no puede olvidar, por que en ella estuvo siempre vivo y magnífico el espíritu gremial del Dr. Julián Arce, fué la realizada durante su corta permanencia en la dirección del hospital Arzobispo Loayza. En este alto cargo lo vimos diariamente enfermo y trasportado por uno de sus mas fieles discípulos pues apenas podía caminar, a todas las salas médico-quirúrgicas a solicitar apoyo y colaboración para una amplia reorganización hospitalaria. Por otra parte estimuló la actividad científica de maestros jóvenes, profesionales y alumnos pidiéndoles conversaciones sobre los hechos clínicos más importantes que presentaba en esos días nuestra patología nacional. Y, por último, dió vida a los Anales Hospitalarios con el exclusivo fin de acicatear la producción médica, que entre nosotros se manifiesta limitada y pobre en estos últimos decenios.

Si esto, señores, no es una fecunda y luminosa lección gremial, ¿qué entendemos por ella?. Para espíritus pragmáticos la vida de un gremio, y particularmente de naturaleza sindical, sólo se funda en obtener situaciones materiales; pero olvidan que sobre esta efímera realidad está la vida permanente del espíritu que crea valores sustantivos, normas inmortales, direcciones precisas y que no se agota al primer golpe de la adversidad.

Digno es, pues, este maestro que en todo momento supo poner ante nuestras conciencias la luz maravillosa de su alma para iluminar nuestras mentes y señalarles el único camino de la verdad.

Por su ciencia, por su probidad en todos los momentos de su vida privada y pública y por su profundo sentido gremial, el Sindicato de Médicos del Perú viene a este recinto y lo proclama Maestro de superior extructura moral e intelectual, ejemplo perenne para las generaciones médicas.

Y yo que fuí su discípulo traigo personalmente a la tumba del Maestro desaparecido, la gratitud que surge de mi espíritu por las sabias enseñanzas clínicas que otrora recibí en su prestigioso servicio del hospital "Dos de Mayo"

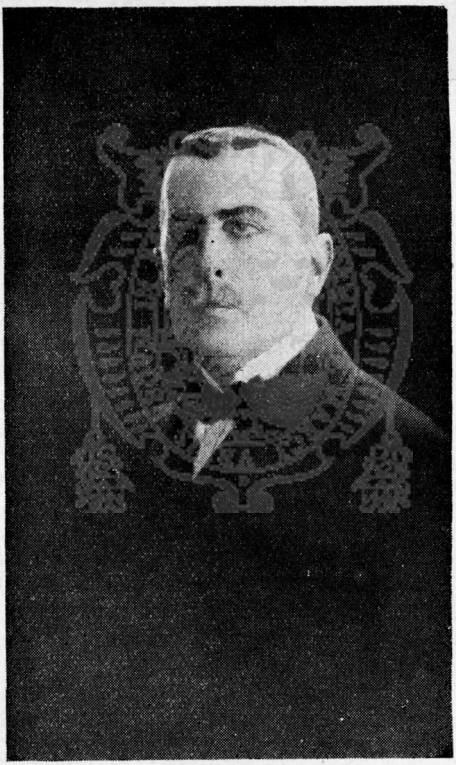
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Doctor Daniel Edo. Lavorería

† 24 de MARZO de 1931

A los 59 años de edad ha fallecido el Dr. Daniel Edo. Lavorería.

Alumno aprovechado de la Facultad de Medicina se recibió de Bachiller en 1898 presentando un trabajo intitulado: «*Ligeros apuntes sobre la Enfermedad de Carrión*».



En 1904 se recibió de doctor en Medicina presentando una tesis intitulada "*El arte de curar entre los antiguos peruanos*", que mereció elogiosos comentarios de la crítica.

Llamado a la docencia de la Facultad de Medicina, ocupó la cátedra de Histología, por espacio de 26 años, con constancia ejemplar.

El Dr. Lavorería fué subdirector de Salubridad Pública, desde la creación de esa repartición administrativa en 1904, habiendo colaborado con todos los directores que se han sucedido hasta el presen-

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

te. Su cabal conocimiento de todo lo hecho en el ramo de Salubridad, lo hizo factor importante en la administración pública y obligado elemento de consulta en cuestiones de legislación sanitaria.

Perteneció a la Academia Nacional de Medicina, ocupando uno de los sillones de número, desde 1905. Ahí presentó en colaboración con los Dres Julián Arce y Manuel R. Artola, un importante trabajo sobre la "Peste Bubónica"

Dictó desde 1919 el curso de Histología en el Instituto de Odontología.

El año 1929 publicó un "Prontuario de la Legislación Sanitaria del Perú", recopilando todas las leyes y Resoluciones Supremas que se encuentran vigentes en el país y que estaban dispersas, dando lugar a falta de doctrina, inconexión u olvido de ellas.

El sepelio

En la inhumación de sus restos mortales se pronunciaron los siguientes discursos.

Discurso del Dr. Carlos A. García a nombre de la Facultad de Medicina

Vengo en nombre de la Facultad de Medicina a dar el último adiós al que en vida fué su sabio profesor de Anatomía General. La razón de que sea yo quien la represente ahora tiene su explicación en el hecho de que, desde la infancia, en el colegio, en la Universidad, en la misma mesa de anfiteatro, al lado del enfermo en el hospital, y mas tarde en la docencia, hemos caminado siempre juntos por la vida; siendo yo por consiguiente, testigo de excepción de los singulares méritos del profesor Lavorería.

Para cumplir el encargo que me ha sido encomendado, debo recordar, con la brevedad exigida por la solemnidad del momento, sus títulos y cualidades más saltantes: que le valieron al respeto y la consideración de la sociedad en donde ha vivido y el homenaje de los que aquí estamos presentes.

Estudiante modelo se distinguió por su inteligencia y amor al estudio y en el colegio y en la universidad obtuvo todos los premios y contentas; como recompensa a la que lo hacían acreedor sus indiscutibles merecimientos.

Recibido de médico compartió sus actividades entre la función pública y la cátedra, sin dejar de mantener siempre vivo su entusiasmo por la medicina misma, que cultivó con cariño hasta el fin de sus días en su servicio de San Francisco, del Hospital "Dos de Mayo". Dejó a un lado el ejercicio profesional en la clientela civil, ya sea por evitar sus sinsabores y tristezas, tal vez — en un espíritu tan estricto y tan cumplidor — por no restar tiempo a sus dos principales actividades: la función sanitaria y la enseñanza.

En la función sanitaria su labor ha sido muy grande, intensa y eficiente. Véamosla en conjunto, que otros más enterados la estudiarán en detalle.

Organización en 1904 de la campaña contra la peste y organización de la estación sanitaria de Paita. Subdirector al mismo tiempo

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

del Instituto Municipal de Higiene. En el mismo año organización de la estación sanitaria de Ilo. En 1906 delegado del Perú a la Segunda Conferencia Sanitaria de Washington y comisionado sanitario del Perú en Europa. En 1907 campaña contra la peste en Pacasmayo. En 1919 director interino de salubridad puesto que desempeñó en otras varias ocasiones. En el mismo año director de los servicios de sanidad marítima. En 1925 miembro de la comisión organizadora de la Conferencia Nacional Antivenérea. En 1927 delegado del Perú a la VII Conferencia Sanitaria Panamericana de Lima. En 1930, miembro y secretario del Consejo Consultivo de Salubridad; y subdirector de salubridad desde 1904 hasta su muerte. Espíritu esencialmente constructivo ha intervenido en la preparación y redacción de la mayor parte de las disposiciones sanitarias de carácter general técnico vigentes en la república. El último lunes, a pesar de la gravedad de su dolencia, asistía a su despacho, firme en su deber, hasta el último momento, como el primer día.

Como profesor hizo sus primeros ensayos en la docencia cuando fué designado jefe de la clínica médica del Hospital "Dos de Mayo" en 1899, en el mismo año de recibido, siendo nombrado catedrático interino en 1904; y más tarde titular para reemplazar a otro profesor ilustre, el doctor Julio Becerra, en la cátedra de Histología que ha desempeñado hasta la actualidad con el brillo y competencia que todos conocemos.

Lavorería era el profesor inteligencte, claro, atrayente, infatigable, estrictísimo cumplidor de su deber y unía a estas condiciones el dominio absoluto de la materia que enseñaba. Era un profesor convencido y convincente. De aquí su éxito.

Aparte de su labor en la cátedra, fué multitud de veces, o ha sido casi siempre el vocero de la Facultad ante las instituciones públicas y los cuerpos colegiados con quienes ella mantiene relaciones oficiales. Su versación en materias administrativas, su lucidez de exposición y argumentación, su conocimiento de los intereses de la Facultad y su cariño por ella, le daban títulos suficientes para ser considerado como el más genuino de sus representantes y como tal ser aclamado siempre. Por estas mismas razones en las comisiones pedagógicas y de reglamento y en los debates de la Facultad, su voz era escuchada con mucha atención por que representaba al mismo tiempo que la buena doctrina la verdadera realidad del momento.

Fué también profesor del Instituto Universitario de Odontología y miembro del número de nuestra Academia de Medicina.

En su obra científica figura un estudio sobre "La enfermedad de Carrión" (Tesis de bachiller); un estudio sobre "El arte de curar entre los antiguos peruanos" (Tesis de doctor); otro sobre " La peste bubónica", un "Proyecto de un departamento para tuberculosos" que dió orígen a la actual sala de Santa Rosa en el Hospital "Dos de Mayo"; su "Programa de Anatomía General"; su "Prontuario de la legislación sanitaria del Perú", en dos tomos en colaboración con Estrella; y por último un curso de Histología inédito.

En este curso ha vertido Lavorería el fruto de su trabajo de 30 años en el estudio del conocimiento de la célula y de la estructura de los tejidos. El amor a la verdad que este libro representa significa

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

al mismo tiempo otro anhelo de su vida noble; el ser útil a los demás aún más allá de su existencia.

Pero por encima de todo lo dicho, Lavorería fué un hombre bueno, honesto, recto, incontaminado. Su muerte es una pérdida irreparable y su vida puede ser señalada como un modelo.

Inclinémonos acongojados y reverentes ante la tumba del amigo y del maestro.

Discurso del Dr. Rómulo Eyzaguirre
a nombre de la Academia Nacional de Medicina

Ya no existe. Ley implacable y dura, devoradora de hombres, acaba de arrancarle de nuestro lado, trastornando toda una armonía entre el que fué y los que quedamos en la Academia Nacional de Medicina. Es ahora que ya es deuda el homenaje, porque es ahora que la tumba de él se apodera y . . . . ¡se olvida tan pronto a los muertos . . .! que el tiempo apenas nos concede un corto plazo para ser justos y marcar el minuto concedido entre lo real y lo misterioso de lo que no se quiere ni saber ni entender, por que es afán y es tormento, porque "sólo el dolor es positivo."

Sucesiva o simultáneamente, hombre de estudio, clínico de experiencia reposada y exquisita; historiador delicado y profundo; maestro renovador e intocado de muchas generaciones médicas; caballero sin tacha y sin mancilla en la brillantez reverberante de los crisoles en función; había ocupado y escudriñado la Biblioteca Nacional; había entregado dentro del nosocomio su inteligencia y su corazón al bien en las horas del mal; había conquistado en su cátedra de enseñante la estimación de centenares y el respeto de aún más, y siendo miembro distinguido del cuerpo de sanidad, de donde le arrebata la muerte antes de la hora fatal, demostró todas sus capacidades de hombre de acción y de quien el país tenía derecho a esperar — y con razón— más de lo que ya había alcanzado de él. Y siempre y en toda ocasión bien podía decirse sin temor de equivocarse, que cualquiera que fuese la función en que se hallara, estaba dotado de una claridad acabada en su exposición, de una esplendidez segura en su juicio, constantemente hábil en su obra, y de una circunspección perfecta en su dialéctica, sin énfasis y sin injuria, y a toda hora — porque era la base de su vida — correcto sin ostentación y justo y bueno sin debilidades.

Maestro en la Facultad de Medicina, maestro en el Instituto Odontológico, miembro de número entre los hoy más antiguos en la Academia Nacional de Medicina, y hasta su última hora trabajador a quien no arredraba la fatiga en la dirección de salubridad, en todas partes ha dejado la huella imborrable de su saber y de su experiencia, y en todas partes deja un sitio, que la injusticia de la muerte acaba de arrancarle, cuando fisiológicamente todavía era promesa y era esperanza.

Y ahora, y después de todo, cuando ya el eco de nuestros pasos se hayan extinguido de la necrópolis y cuando la vuelta taciturna nos lleve nuevamente a la vorágine de la ciudad, cuánta tristeza para los que con él convivieron; qué hondo extrañarle para los que nunca se acercaron a él sin recibir la saludable enseñanza y el conse-

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

jo sin regateos. ¡Cuánta ironía y cuanta impiedad hay en las obras de la muerte! Vivir, tener anhelos, fundar esperanzas, cimentar ideales, acumular afanes, atesorar afectos, y que más luego y antes de tiempo, el no ser ya, anule y trueque y destruya y anonade todo lo que fué el encargo de la vida, no puede ser sino un fraude cometido por la muerte. Y aquí está su obra odiosa e implacable.

Y en nombre de la Academia : Adiós académico ilustre, varón ejemplar y digno de ser imitado. Y en el mío propio: Adiós querido Daniel, adiós compañero de trabajo en 30 años consecutivos.

Daniel Eduardo Lavorería

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE

Rodeado de los suyos, sin que hubiera abandonado su ambiente de trabajo para buscar alivio el mal que minaba su existencia, ha fallecido un trabajador incansable y recio.

Por que el doctor Daniel Eduardo Lavorería, el jefe de la sección técnica de la Dirección de Salubridad, ante cuyo recuerdo se posterna el que esto escribe, fue, ante todo, un sembrador, un hombre supremamente bueno y desinteresado, que amó la cieñcia por la ciencia, y que refugiado en la tranquilidad de su oficina sanitaria, despreocupado de toda vanidad y pompa, tuvo el mérito de laborar modesta pero eficientemente.

Amigo más que de la práctica de la medicina de sus grandes realizaciones en el campo social, tenía para la higiene su mayores dedicaciones. La Dirección de Salubridad que funcionara, hace cerca de treinta años, en compañia de los doctores Julián Arce y Rómulo Eyzaguirre, pierde a uno de los funcionarios que mejor la han servido y que comparte con ellos la gloria de haber inaugurado la era de la sanidad pública en el Perú.

Daniel Eduardo Lavorería fué, efectivamente, el verdadero autor de nuestra legislación sanitaria. Redactados por su mano, a la que guiaba una cerebración lúcida, han salido cuantas ordenanzas y decretos, cuantas leyes, reglamentos y circulares se ofrecen al estudioso de la salubridad nacional en el "Protuario de la Legislación Sanitaria del Perú".

Hay que saludar con respeto y emoción esta ilustre figura médica que desaparece. Tiene su muerte cierto matiz heroico que ennoblece la vulgaridad de las miserias físicas que amenazan a la naturaleza humana. Desde hacía tiempo notaba que su salud empezaba a languidecer. Hubo de someterse a breves períodos de descanso. Más las necesidades públicas le volvieron a la brecha, y en estos últimos tiempos se entregó a un tarea superior a sus ya débiles fuerzas. Era la victoria del espíritu sobre las fuerzas físicas en un hombre consa-

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

grado a una gran empresa: defender el capital humano de las agresiones de los morbos y demás factores que conspiran contra su bienestar.

Los que pasen por los sitios que deja—la cátedra de Histología y la Subdirección de Salubridad— no podrán menos que seguir las líneas generales de su brillante actuación. Lo difícil de sustituir son los imponderables personales: la indicación oportuna, la experiencia adquirida, las prendas del trato humano y, sobre todo, el capital de prestigio y de confianza que era fruto de una labor perseverante de años, que no se improvisa, y de una consagración personal a un noble fin.

En los momentos en que la avidez revolvió endemasía los pozos sagrados de la ética médica, según el decir de Juarros, tuvo, para los que fuimos sus colaboradores en la Dirección de Salubridad, alientos y frases en las que más que las palabras era el corazón el que hablaba. Desgraciadamente la Gran Igualadora no quiso que continuara esta preciosa vida, y en un ambiente íntimo, con el dolor y la angustia en el rostro, expiró este hombre probo y este científico insigne.

El problema sexual en las prisiones

(Continuación)

Por el Br. JULIO ALTMANN SMYTHE

Grupo de trabajos personales realizados con algunos reclusos de los establecimientos penales de Lima

El presente grupo de trabajos realizados entre los penados de los diferentes establecimientos penales de Lima y sus alrededores, tiene sólo un valor muy problemático. Dada la mentalidad de los reclusos, sus hábitos morales y la falta de comodidades que, lógicamente, se encuentran al realizar un estudio de esta naturaleza, los datos y conclusiones que he podido conseguir de ellos, no los considero sino de una utilidad muy relativa y que debemos aceptar con toda reserva. Quizá sólo haciendo un enorme esfuerzo mental sea posible extraer del presente grupo de trabajos personales, alguna que otra deducción, sin que puedan ser consideradas como definitivas.

En lo que se refiere al instinto sexual, puede decirse que se encuentran, también, las mismas dificultades anotadas. Nadie es lo suficientemente franco para abrirnos su pecho con entera sinceridad, en lo que al problema sexual se relaciona. Todo lo que directa

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

o indirectamente se toca con el sexo, es motivo de misterio y de vergüenza. Con profundo temor se acusan algunos de masturbadores; ninguno de homosexual. La inmensa mayoría sólo afirma sufrir ensueños eróticos acompañados de pérdida seminal, en forma distanciada. Todas estas afirmaciones, como es fácil de presumir, no responden a la verdad. Es solo aquello que creen poder confesar sin turbación.

Sin embargo, es por demás interesante notar que entre aquellos que se confiesan masturbadores o que sufren frecuentes pérdidas seminales nocturnas, es frecuente encontrar algunas perturbaciones psíquicas, como lo comprueban los diferentes tests que se han empleado en el presente trabajo.

El uso de la coca en los establecimientos penales de la República es un hecho perfectamente conocido y merecerá un párrafo especial. Según la propia confesión de los reclusos que he interrogado y que la emplean, puede inducirse que produce deseos eróticos, que impulsan a estos a la masturbación y a otras prácticas antinaturales. Sin embargo, el mal persiste con toda su gravedad. Las autoridades penitenciarias deben hacer algo por extirpar este mal de raíz.

Los puntos directivos de estas experiencias personales realizadas con los penados, han sido confeccionados con la importante y entusiasta ayuda del malogrado maestro Doctor Hermilio Valdizán. El y el Doctor Carlos A. Bambarén, quien ha sido el verdadero orientador de la presente monografía, han logrado absolver las dudas que, lógicamente, se han presentado en la secuela de estos estudios.

La atención, la memoria, y la imaginación, tan íntimamente ligadas a la función sexual, han sido investigadas por medio de sencillos tests y por la observación personal. Debo expresar que no siempre concuerdan entre sí. La experiencia realizada sobre la asociación de ideas, por lo general ha dado un espléndido resultado. Es por este motivo que recomiendo a aquellos que se dedican al estudio de la mentalidad y psicología de los delincuentes, este método tan fácil y simple de emplear.

El proyecto de construir un ferrocarril al Cerro de San Cristobal con el fin de abaratar las subsistencias, solo tiene, como único objeto, ver como reaccionan los reclusos ante un absurdo de esta naturaleza.

La tarjeta postal empleada en el capítulo que corresponde a las *sensaciones y percepciones*, representa a una mujer completamente desnuda, que se encuentra atándose el cabello con una cinta roja. Un pequeño bosquesillo, un río manso, sus ropas y un cielo sin nubes, rodean a la mujer. La tarjeta de que hago mención fué especialmente seleccionada por el Doctor Valdizán, por creer que era la que mejor respondía al objeto deseado.

Algunos datos que se incluyen en el capítulo de los *sentimientos* ha sido posible conseguirlos mediante, sólo la afirmación del caporal mayor, de otro reo o de algún vigilante cualquiera, hombres todos ellos de escasa cultura y sinceridad. Merecen, pues, de nuestra parte, toda reserva.

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

Dado el valor solo relativo que tienen estos trabajos personales, de los veinte efectuados, sólo daré a conocer cuatro, a manera de ejemplos.

Debo, también, antes de terminar con el presente capítulo, manifestar que el hambre genésico reprimido ha dado lugar, entre los reclusos de las prisiones, a verdaderas proezas, tanto de paciencia, de trabajo, como de sagacidad. Un reo, por ejemplo, confeccionó, con un arte y una paciencia que maravillan, las llaves que correspondían a las infinitas puertas y rejas que separaban su celda del cuarto de la sirviente del Director de la Penitenciaría, de la cual estaba enamorado desde que la vió con ocasión de un trabajo que tuvo que hacer en la casa del jefe de este establecimiento penal.

Es de lamentar que las llaves, que podrían haber servido para el museo, que tarde o temprano se formará cuando los establecimientos penales estén dirigidos por profesionales inteligentes y preparados, por personas de entusiasmo y visión, fueran destruidas y arrojadas como algo inútil.

I. C.

Natural de Lima, de 38 años de edad, mulato. Es un tipo despierto, hablador, desenvuelto, que ha viajado y que conoce todo el sur del Perú. Casado y separado de su mujer; afirma que se separó de ella porque lo engañaba. Sin hijos.

Historial.—Habiendo sufrido un accidente al bajar de un tranvía, fué operado y mientras se restablecía, iba a comer a casa de su tía, en donde tenía ocasión de verse continuamente con su prima, una chica de 15 años. Se enamoraron, sin saber ella que era casado. Aún I. C. llegó a ofrecer casarse con ella. Por insinuación de él, acordaron fugar. La muchacha huyó de su casa y se fué a la habitación de I. C., que había arrendado días antes. Allí convivió con la chica, que era virgen, durante 8 días. La familia dió parte a la policía y por indiscreción de un amigo, que dió la dirección, fué arrestado. La muchacha está hoy en un colegio.

Atención.—No puede fijar su atención en un asunto, durante un tiempo más o menos prolongado. En el test de los ceros hizo:

En el	1er.	minuto	101	ceros	Tres faltas
,,	2°.	,, ...	70	,, ...	Ninguna falta
,,	3°.	,, ...	83	,, ...	Cuatro faltas
,,	4°.	,, ...	60	,, ...	Dos faltas
,,	5°.	,, ...	94	,, ...	Dos faltas

Memoria.—Tiene pésima memoria, en algunos asuntos. En otros se extiende con lujo de detalles. Retiene hasta cuatro cifras, en el test de los números.

Sensaciones y percepciones.—Anomalías en sus sentidos de audición y visión. Sus demás sentidos normales. Mostrada la tarjeta confunde la cinta roja con una herida. Es un tipo sintético. No sufre ilusiones ni alucinaciones.

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

Asociación de Ideas.

Palabra inductriz	*Palabra inducida*	*Tiempo*	*Observaciones.*
Papel	Lapicero	1 Segundo	.....
Niño	Cartilla	2 ,,	.....
Auto	Chofer	1 ,,	.....
Puñal	Carne	10 ,,	De interés
Cárcel.	Preso	1 ,,	.....
Secante	Papel	10 ,,	.....
Mancha	Tinta	2 ,,	.....
Luz	Cuarto	4 ,,	.....
Bandido	Cárcel	10 ,,	De interés
Mujer	Hombre	3 ,,	.....

Imaginación.—Pobrísima imaginación, aunque afirma que no siempre está así. (Masturbación?). Dadas las palabras "Auto-Sangre-Niño", no puede formar frase alguna, no obstante todos mis esfuerzos. Dice, "no puedo;estoy mal de la cabeza". Afirma que no se ha masturbado la noche anterior.

Juicio y crítica.— Sabe día, hora aproximada, etc. en la que la experiencia se realiza. Juzga correctamente lo relacionado con tercera persona. Cree inútil la construcción del Ferrocarril al San Cristóbal.

Sentimientos.—Buena conducta, según el caporal. Es egoísta y se cree superior a sus camaradas de presidio "por ser de buena familia". Respetuoso con sus superiores. No es religioso, ama a la patria "porque es un pedazo de la humanidad". Ideas socialistas mal digeridas. No cree en brujerías. Dice no creer en días malos, *apesar que "cayó un domingo siete".*

Voluntad.—Es muy impulsivo, es sugestionable y carece de capacidad de control.

Investigación psico-analítica.— No colecciona ninguna clase de objetos. Su último ensueño fué el siguiente: Paseando por la calle se encuentra con una señora desconocida que le pregunta "¿estás ya libre?" "Sí, contesta él y continúan caminando juntos, hasta que vió un grupo de soldados, lo que le asustó mucho».

Instinto sexual.—Rara vez tiene ensueños eróticos con pérdida seminal. Se masturba frecuentemente. Le produce mucho daño. Afirma que los homosexuales abundan en la penitenciaría,aunque en la cárcel su número es mayor. Se irrita al contar que estos se besan delante de todos. Dice que va a escribir un libro sobre estos asuntos y también sobre los robos que se hacen los mismos penados entre sí, por falta de vigilancia. Es de notar que apenas sabe escribir.

A. Q.

Natural de Eten, de 45 años de edad, mestizo, predominando el indígena. Hombre corpulento, de carácter vivo, altanero, inteligente. De alguna cultura. Aficionado a la lectura, aunque de escasa educación escolar. Es todo un autodidacta. Está orgulloso de sus conocimientos.

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

Historial.—De su primera mujer le nació una hija que la criaron hasta la muerte de aquella. Después, cuando la chica tuvo ocho años A. Q. la dejó al cuidado de una de sus hermanas.

Por aquel entonces su hermana conoció a J.V. con quien mantuvo relaciones sexuales. La chica llevada por el mal ejemplo, al cumplir 15 años se entregó también a J. V. Nada sabían de lo acontecido ni la tía ni A. Q. Pero un día en que la hermana volvió a su casa, después de una visita que hizo, los encontró infranganti, de lo que dió cuenta al padre de la niña. A. Q., entonces, se dirigió donde un abogado, quien lo convenció que nada sacarían con enviar a J.V. a la prisión y que lo mejor era que los casara. Así se hizó.

Casado con la chica, J.V. no le fué fiel, sino que por el contrario, volvió a tener relaciones con la hermana de A. Q. y además con otras mujeres. La muchacha, quizá si al verse abandonada, engañó a su marido, con otro hombre. Sabedor de ello J. V. dió muerte al intruso, ayudado de tres personas y de A. Q., quien lo niega.

Atención.—En general, buena. En el test de los ceros alcanzó:

En el 1er. minuto	94 Ceros.	Una equivocación, habiéndose saltado un renglón.
,, 2°. ,,	125 ,,	Ninguna equivocación
,, 3°. ,,	123 ,,	Una equivocación
,, 4°. ,,	117 ,,	Una equivocación.
,, 5°. ,,	119 ,,	Ninguna ,,

Memoria.—En el test de los números alcanzó a retener hasta cinco cifras. Su memoria retrógada es buena.

Sensaciones y percepciones.—Pequeño defecto en la visión. Los demás sentidos normales. Mostrada la tarjeta describe detalladamente la mujer. Confunde la cinta roja con sangre. Se imagina perfectamente la actitud de la mujer. Es un tipo fragmentario. No sufre de ilusiones ni alucinaciones.

Asociación de ideas.

Palabra Inductriz	*Palabra Inducida*	*Tiempo*	*Observaciones*
Papel	Tinta	1 Segundo	.....
Niño	Hombre	1 ,,	Cuando dá una
Auto	Máquina	3 ,,	palabra que le
Puñal	Acero	1 ,,	satisface, sonríe
Cárcel	Presidio	1 ,,	Ejem.: N° 3 y 10
Secante	Papel	2 ,,	.....
Mancha	Suciedad	6 ,,	.....
Luz	Claridad	2 Segundo	.....
Bandido	Criminal	1 ,,	.....
Mujer	Femenino	1 ,,	.....

Imaginación.—En su conversación denota una imaginación brillante. Dadas las palabras "Niño-Auto-Sangre" no pudo formar ninguna frase en un principio, y solicitó una nueva explica-

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

ción, no obstante denotar haber entendido lo que se deseaba. Luego construyó la siguiente:

"El niño salió corriendo y el auto le sacó sangre".

Juicio y crítica.— Sabe día, hora aproximada en la que se realiza la experiencia. Tiene amargas quejas contra las autoridades del Frontón en donde, afirma, fué azotado, (queja de numerosos penados). Juzga los asuntos relacionados con terceras personas con relativa exactitud. El proyecto de construcción del Ferrocarril al San Cristobal lo juzgó inútil. Cree que la mejor manera de abaratar las subsistencias sería la de desarrollar la agricultura en el país, mediante préstamos a los agricultores pobres.

Sentimientos.—Buena conducta, egoísta, dominador, rebelde, díscolo con sus camaradas. No parece ser muy religioso. Es patriota. No tiene supersticiones. Es en el fondo, un buen hombre.

Voluntad.—Bastante impulsivo.

Investigación Psicoanalítica.— No colecciona objetos. Tiene ensueños frecuentes con su familia y su hogar. Su último ensueño fué el siguiente: Llega a su celda un individuo desconocido, quien le dice que se prepare para entregar sus prendas, ya que luego lo pondrían en libertad. El se arregla para salir, pero el guardián de la puerta principal no lo deja pasar, por no haber firmado, todavía, su última declaración.

Instinto sexual.—Rara vez tiene ensueños eróticos. Afirma masturbarse en raras ocasiones, desde que el médico de la Penitenciaría le explicó el grave daño que produce. En un principio, dice, se masturbaba con alguna frecuencia y sentía insomnios, dolores de cabeza y otras molestias al siguiente día.

C. G. C.

Natural de Lima, de 34 años de edad, mestizo.

Historial.—Fué invitado por varios amigos a una fiesta, en donde se bebió copiosamente. La dueña de casa — María — era su enamorada, lo que molestaba a otro sujeto, presente en la fiesta, quien, movido por los celos, le lanzaba hirientes indirectas. Molesto por ello, tubieron un cambio de palabras y el rival, cegado por la ira, lo hirió en la tetilla derecha con un cortaplumas. No pudiendo resistir por más tiempo esta actitud, sacó un puñal que llevaba consigo y lo mató.

Atención.—Esta no es muy buena. La desvía frecuentemente a otros asuntos. En el test de los ceros alcanzó:

En el 1er.	minuto	65	ceros	cometió	4	faltas
En el 2°.	,,	115	,,	,,	4	,,
En el 3°.	,,	104	,,	,,	1	,,
En el 4°.	,,	109	,,	cometió	2	faltas
En el 5°.	,,	100	,,	,,	1	,,

Memoria.—Retiene hasta cinco cifras. Su memoria retrógada es buena.

Sensaciones y percepciones.—No presenta ninguna anomalía en sus sentidos. Al presentarle la tarjeta se ríe al ver la mujer desnuda.

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

Es fragmentario, detallista. No sufre confusión alguna. No sufre de ilusiones ni alucinaciones.

Asociación de Ideas.

Palabra Inductriz	*Palabra Inducida*	*Tiempo*	*Observaciones*
Papel	Secante	2 Segundos	Al darle las pa-
Niño	Terno	1 ,,	labras 4 y 9 se pone
Auto	Chofer	4 ,,	rojo. Es de interés
Puñal	Sombrero	7 ,,	fijarse en el tiempo
Cárcel	Preso	3 ,,	demorado para dar
Secante	Para la tinta	1 ,,	la palabra inducida.
Mancha	De sangre	3 ,,	.....
Luz	Eléctrica	2 ,,	.....
Bandido	Con hambre	12 ,,	.....
Mujer	Mala	1 ,,	.....

Imaginación.—Esta no es viva, en su conversación. Dadas las palabras "Niño-Auto-Sangre", forma la siguiente frase: "El auto atropelló al niño y está bañado en sangre".

Juicio y Crítica. — Se dá cuenta del día, hora aproximada, etc. en que se realiza el estudio. Al proponerle el proyecto de construcción del Ferrocarril al San Cristóbal lo cree absurdo. Cuando piensa en su situación actual, se desespera y llora.

Sentimientos.—Dice no ser supersticioso, pero después confiesa que manda decir misas *al muerto* "para que no lo venga a molestar". Su conducta es buena. No es egoísta y se muestra cariñoso con sus camaradas y superiores. No tiene una idea clara de lo que es religión y más bien es arreligioso. Es de notar que casi todos los reos se dicen religiosos, mintiendo muchas veces. Es un bolshevique entusiasta, aunque conoce muy poco de la doctrina marxista.

Voluntad.—Carece de ella, casi por completo. Bajo la influencia del alcohol se torna impulsivo, enamorado y hablador. Pierde, en estos casos, toda su capacidad de control.

Investigación Psicoanalítica. — Tiene la obseción del muerto; sueña continuamente con él. Recuerda el siguiente: Llega *el muerto* a su celda y lo insulta. C. G. C., entonces, trata de calmarlo, pero no lo logra. El muerto lo ataca y luchan. Al fin vence C. G. C.

Otro ensueño.—Va a su casa y encuentra a su ex-querida, toda vestida de blanco. Esta le regala cincuenta centavos, diciéndole: "Toma estos cinco reales para que compres helados".

Instinto sexual.—Al principio niega que se masturba. Ganada su confianza, confiesa que lo hace una vez al mes. Tiene frecuentes ensueños eróticos, con pérdida seminal.

Es partidario de que vayan mujeres públicas a la prisión, aunque sea cada quince días. Dice que ganan lo bastante para pagar a esas mujeres lo suficiente.

Ha estado en la Colonia Penal del Frontón, en donde afirma haber sido flagelado. Dice que en el Frontón y en la Cárcel abundan, de manera increíble, los pederastas. La antigua Cárcel de Guadalupe

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

"era un verdadero lupanar", nos dice. "Cuando llega un nuevo preso es seguro que lo violan".

Nos cuenta que hay dos clases de invertidos: activos y pasivos. Los pasivos son los que buscan sus "hombres". Dice que una noche sintió que le tomaban el pene. El quiso protestar y enojarse, pero el otro sujeto le dijo que se callara y lo invitó a realizar el acto. El, entonces, así lo afirma, se retiró a otro sitio.

Entre activos y pasivos llegan a formarse verdaderos matrimonios, en los que reina un enorme afecto. Se reparten el dinero, los alimentos, etc. Delante de los demás reclusos se celan o se besan. El pasivo tiene todo el carácter de la mujer vulgar: pendenciero, celoso, cuentista, etc. Se pelean, pero jamás se acusan, y soportan todo en silencio. El activo defiende al pasivo en las luchas y actúa en igual forma que el hombre respecto a la mujer en la vida diaria.

El acto sexual lo realizan en cualquier sitio. En el Frontón, cuando se van al trabajo, detrás de las peñas, generalmente. En la Cárcel, muchas veces delante de todos, quienes callan y aún los cubren con sus cuerpos, para que no sean vistos por los guardias. Los pasivos son conocidos por todos los presos y llevan, casi siempre, sobrenombres femeninos.

Los matrimonios entre homosexuales son respetados, como los normales que conocemos en la vida. Aún llegan a producirse luchas y aún muertes por asuntos amorosos de esta naturaleza.

F. M. D.

Natural del departamento de San Martín, de 28 años de edad. Despierto, caballeroso, altivo y muy franco. Quedó abandonado a su suerte desde edad muy temprana y a los nueve años empezó a trabajar de sirviente del capitán de un barco que hacía viajes en los ríos de aquella región de la montaña. Casado a los 16 años.

Historial.—Trabajaba en el fundo de un español, distribuyendo las subsistencias a los trabajadores. Una vez que volvía de un largo viaje, cumpliendo su misión, llegó a la casa de su patrón, en donde no encontró a nadie. Asustado, dió parte de lo que pasaba al Comisario. Este, llamado Alejandro Suárez, lo tomó preso y, deseoso que declarara, lo martirizó. Las huellas del martirio son notables y a pesar del tiempo transcurrido desde entonces, pueden verse a primera vista. Juzgado, fué condenado a la pena de internamiento, por haber dado muerte a once personas (tres niños, dos mujeres y seis hombres) con la ayuda de otros dos individuos.

Atención.—Es buena en su conversación. Se muestra muy cuidadoso al hacer el test de los ceros. Alcanzó:

En el 1er. minuto	65 ceros	Una falta
En el 2º. ,,	62 ,,	Ninguna falta
En el 3º. ,,	68 ,,	Una falta
En el 4º. ,,	66 ,,	Una falta
En el 5º. ,,	68 ,,	Ninguna falta

Memoria.—Retiene hasta cinco cifras.

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

Sensaciones y percepciones.—Su visión no es buena. Sus demás sentidos no sufren ninguna anomalía. Mostrada la tarjeta, denota ser un tipo analítico, fragmentario. Confunde la cinta con un hilo de sangre. No sufre de ilusiones ni alucinaciones.

Asociación de Ideas.

Palabra Inductriz	*Palabra Inducida*	*Tiempo*
Papel	Tinta	2 Segundos
Niño	Figura	1 ,,
Auto	Chofer	2 ,,
Puñal	Sangre	2 ,,
Cárcel	Prisión	2 ,,
Secante	Agua	5 ,,
Mancha	Sacarla	8 ,,
Luz	Vela	2 ,,
Bandido	Criminal	3 ,,
Mujer	Esposa	1 ,,

Imaginación.—No posee una gran imaginación. Dadas las palabras "Niño-Auto-Sangre", formó la siguiente frase: "Un auto estaba recorriendo y agarró a un niño y lo destrozó y le sacó sangre".

Juicio y crítica.—Sabe día, hora aproximada en la que la experiencia tiene lugar. Juzga con calor varias cuestiones relacionadas con terceras personas. El Ferrocarril al San Cristóbal lo cree un absurdo

Sentimientos.—Es rebelde, aunque es suave y bueno cuando se le trata con cariño. Es altruista y ama a los animales. Posee un gato al que cuida y da de comer. Correcto con sus camaradas. Poco religioso. Es patriota. Cree en la significación de los ensueños y en brujerías. Cuenta que días antes de que yo lo llamara, soñó que estaba parado en el patio de la prisión y que un grupo de señoras lo estaba mirando. Lo interpreta como un aviso de que yo conversaría con él.

Voluntad.—Es impulsivo, no es sugestionable.

Investigación Psicoanalítica.—Presenta tres tatuajes, que me los muestra sin desconfianza alguna:

I.—En el brazo derecho presenta un buque y sus iniciales. Lo dibujó cuando viajaba en el río Amazonas.

II.—En el brazo izquierdo las iniciales F.M.D. y T. A. S. Corresponden a sus iniciales y a las de una mujer que amó.

III.—En el pecho presenta la cabeza y el busto de un Inca. Fué dibujado en la prisión. Interrogado el porqué escogió un Inca; responde que siempre le han gustado estos hombres, "a causa de sus grandes hechos".

Me da a conocer como se hacen los tatuajes. Dice que no causa dolor en absoluto. La técnica que emplean es bastante rudimentaria: Atan tres alfileres en un palo de fósforos y los mojan con tinta china o con negro de humo. Después van introduciéndolos superficialmente en la piel, siguiendo las líneas, previamente dibujadas. Para dibujar la figura lo hacen siguiendo un método sencillo: calcan o dibujan con lápiz de anilina, en un papel, el objeto

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

que desean. Luego lo humedecen y lo colocan con cuidado, sobre la piel. De esta suerte queda estampado el dibujo, listo para realizar el tatuaje.

Instinto sexual.—Tiene frecuentes ensueños eróticos, acompañados de pérdida seminal. Se masturba una vez a la semana, siguiendo un método riguroso, afirma. Cuenta que en un principio se masturbaba hasta dos o tres veces al día, lo que duró como ocho meses. Cayó enfermo, sumamente debilitado. Desde entonces se siente decaído y sin entusiasmo para el trabajo. No hace uso de la coca. Se niega a hablar sobre la existencia de homosexuales en la Penitenciaría.

Notas Terapéuticas

DEL EMPLEO DEL ALLONAL EN TERAPEUTICA.— En esta Revista general, muy interesante sobre la medicación del dolor por el alilisopropilbarbitaruto de dimetilamino – antipirina o *allonal* el Dr. C. Dessout (*Concours Medical N° 24—Paris 1930*) insiste de modo particular sobre los efectos de este medicamento, no solamente en estomatología, sino también en cirugía menor e igualmente en las enfermedades de larga evolución, como los cánceres, las quemaduras, la tabes, etc.; por lo que se ve el allonal, verdadero analgésico reforzado, ocupa un lugar preferente entre los calmantes (en dosis de 1 a 3 comprimidos al día) a causa de las numerosas ventajas que presenta sobre los antiálgicos empleados habitualmente, como también sobre la morfina y los opiados de cuyos inconvenientes carece.

EL TRATAMIENTO DE LA TOS.—Si hay afecciones pulmonares en las que debe respetarse la tos, o a lo menos contentarse con moderarla, como por ejemplo en las bronquitis agudas en el período de cocción, precisa la más de las veces obrar directamente contra este síntoma, ya se trate de gripe, ya de bronquitis, bronconeumonía, tos ferina, tuberculosis pulmonar o hasta de simples resfriados.

El thiocol atenúa muy bien este síntoma penoso; pero cuando se quiere obrar de modo más activo, es preferible echar mano del pantopón, el cual, en forma de clorhidratos solubles, contiene la totalidad de los alcaloides del opio y posee todas las ventajas de este medicamento, de cuyos inconvenientes carece. Puede darse el pantopón en forma de comprimidos, ampollas, jarabe, etc. . . . . ; mas, claro está el thiocol parece ser el medicamento de elección en todas las afecciones de las vías respiratorias, y aunque no atenúa, sino la tos, posee un poder antiséptico y antitóxico notable y más si se le emplea en forma de *Jarabe "Roche"* el cual está preparado a bases de esencias aromáticas naturales y de thiocol quimicamente puro. Debiendo el práctico tratar tantos resfriados en este periodo del año, bueno es recordar de que precioso recurso puede ser ésta preparación, la que es hoy día clásica, no solamente en el tratamiento de todas las afecciones de las vías respiratorias, sino también en la profilaxia de la tuberculosis pulmonar. (Dr. *Valory*. —"*Courrier Medical*" N°. 10. Paris 1930).

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

Noticias

MOVIMIENTO DEMOGRAFICO DE LA CIUDAD DE LIMA EN EL AÑO 1930. — Durante el año 1930, ocurrieron en la ciudad de Lima.

10,051 nacimientos.
5,874 defunciones.
1,572 matrimonios.
290 nacidos-muertos.

Estas cifras, refiriéndolas a una población de 260,000 habitantes arrojan los siguientes índices demográficos.

Natalidad, 38,66 por mil habitantes. mortalidad, 22,59 por mil habitantes; nupcialidad, 6.97 por mil habitantes; mortinatalidad, 1.12 por mil habitantes; crecimiento vegetativo, 16.07 por mil.

Nacimientos.—De los 10,051 nacimientos habidos en el año 1930, fueron varones 5,287 y mujeres 4,764.

Del mismo total—según la condición civil de los nacidos—5,275 fueron nacimientos de legítimos, y 4,776 de ilegítimos; o sea, el 52.48 por ciento para los ilegítimos.

Con respecto al lugar donde ocurrieron los nacimientos se tiene que 4,371 se realizaron en la Maternidad de Lima cifra que equivale al 43.49 por ciento. De estos fueron legítimos 1,425; o sea el 32.60 por ciento, e ilegítimos 2,946 o sea el 67.40 por ciento.

Defunciones.—Las 5,874 defunciones generales del año 1930, se distribuyen segun el sexo en 3,014 varones y 2,860 mujeres.

De este total, 3,071 defunciones ocurrieron en los diversos establecimientos hospitalarios o sea el 52.20 por ciento.

Mortinatalidad.—En las cifras de las defunciones no está incluida la de los nacidos muertos. Los nacidos muertos registrados en el año 1930, ascienden a 290.

De estos 67 corresponden a los hospitales; o sea, el 23.10 por ciento.

NOMBRAMIENTO DE UNA COMISION PARA REORGANIZAR LA DIRECCION DE SALUBRIDAD.—Lima, 25 de marzo de 1931. —Teniendo en consideración:

Que como consecuencia de la mala administración política del país durante los últimos años, los servicios dependientes del ramo de salubridad se encuentran totalmente desorganizados;

Que siendo del dominio público que en esta repartición se cometían graves irregularidades, como lo demuestran los últimos informes presentados por la comisión nombrada al efecto;

Que igualmente está comprobado que esta dependencia del gobierno, lejos de llenar su función social en bien de la sanidad del país, se convirtió en un centro de latrocinios y peculados de todo orden; y

Que es deber del gobierno atender preferentemente a la buena marcha de los servicios de sanidad y asistencia social, para que éstos rindan el máximum de resultados eficientes;

Se resuelve:— Nómbrase una comisión encargada de preparar un proyecto de reorganización de la Dirección de Salubridad Públi-

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

ca y sus dependencias, constituída por: el doctor M. Pagador Blondet, director de salubridad pública que la presidirá; el doctor Leonidas Avendaño, exprofesor de la Facultad de Medicina; el doctor Armando Montes, jefe de la sección técnica de la dirección de salubridad; el doctor Abel S. Olaechea, exdirector de salubridad; el doctor Ramón E. Ribeyro, catedrático de la Universidad; el doctor Ernesto Delgado G., y el doctor Héctor Villagarcía G., que actuará como secretario.

Dicha comisión presentará en el plazo no mayor de 30 días, el informe respectivo para su estudio y aprobación por el gobierno.

Gírese un libramiento por la suma de tres mil soles oro a favor del habilitado del ministerio de fomento, para que con dicha suma se atienda a los egresos que ocasione el funcionamiento de dicha comisión; con cargo a la partida "Para gastos de sanidad" del presupuesto general de la república.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del presidente de la Junta Nacional de Gobierno.— REATEGUI.

DISPOSICIONES SANITARIAS SOBRE FUMIGACION.— Lima, 31 de marzo de 1931.— Teniendo en consideración.

Que la experiencia ha demostrado la necesidad de que los servicios oficiales de fumigación y desinfección, que fueron restringidos en sus labores por las resoluciones supremas de 29 de noviembre y 28 de enero últimos, continúen prestándose con las modificaciones que juzgue necesario introducir, provisionalmente, la Dirección de Salubridad Pública.

Mientras la comisión de reorganización de salubridad, nombrada por resolución suprema de 25 de marzo en curso, presente al gobierno el plan de reformas de ese ramo;

Se resuelve:

1°.—Declarar sin efecto las resoluciones supremas de 29 de noviembre de 1930 y 28 de enero de 1931, relativas a los servicios oficiales de fumigación y desinfección.

2°.—Autorizar a la Dirección de Salubridad para que disponga que los indicados servicios continúen funcionando, con las modificaciones que, provisionalmente, juzgue necesario introducir, sujetándose en las operaciones que se efectúen a lo dispuesto en la escala de tarifas y desinfección, aprobada por las resoluciones supremas de 18 de julio y 27 de setiembre de 1924 y 20 de mayo de 1927, con la rebaja del cuarenta por ciento de dicha escala.

3°.—Que todos los recibos extendidos por concepto de fumigaciones durante el tiempo en que hubo autorización oficial para efectuarlas, serán debidamente cancelados, pudiendo emplearse las medidas coactivas que la ley señala, en caso de omisiones en el pago de dichos recibos.

Regístrese, comuníquese y publiquese.

Rúbrica del presidente de la Junta de Gobierno. — REATEGUI.

NUEVO DIRECTOR DE SALUBRIDAD PUBLICA.—Se ha nombrado Director de Salubridad Pública al médico y cirujano Mariano Pagador Blondet, dedicado especialmente al cultivo de la oto-

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

rino-laringología.—En los últimos tiempos estuvo expatriado en la vecina república del Ecuador.

Por fallecimiento del Dr. Daniel Edo. Lavorería, ha sido nombrado subdirector de la Dirección de Salubridad, el médico y cirujano Armando Montes, que ejercía la profesión en la ciudad del Cuzco.

Les presentamos el saludo de "La Crónica Médica".

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DE DIRECTORIO

Bajo la presidencia de la señora Lucía R. de Antunez de Mayolo celebró sesión la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

Se leyó y fué aprobada el acta de la sesión anterior.

El tesorero doctor Julio Guillermo Arbulú, presentó el balance correspondiente al año 1930, que arroja el siguiente movimiento de caja:

Saldo de 1929	S. 334.03
Ingresos en 1930	,, 115.00
	S. 449.05
Egresos en 1930	,, 52.88
Saldo para 1931	S. 396.19

Se nombró en comisión a los doctores Bambarén y Field para que revisando el balance presentado, informen a la institución sobre el funcionamiento de la tesorería en el año 1930.

Continuó estudiándose la forma de llevar a cabo la iniciativa de la señora Lucía R. de Antúnez de Mayolo, referente a otorgar premios a las familias pobres, que habitando casas de vecindad, mantengan sus hogares en las mejores condiciones sanitarias. Esta iniciativa se propone difundir por este método la higiene teórica y práctica entre las gentes pobres, que son las que más la necesitan por las especiales condiciones en que viven.

Considerándose que conviene al iniciarse esta obra, circunscribirla a un barrio de la ciudad, se acordó que en el presente semestre, el concurso de habitaciones higiénicas, se lleve a efecto entre las casas de vecindad de la calle de los Naranjos, por ser ésta una de las que tiene mayor densidad de población.

El "Concurso de habitación higiénica" que se propone llevar a cabo la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, es en buena cuenta un "concurso de habitación limpia", dado que la higiene comienza donde la limpieza se inicia. El hogar pobre existe muchas veces en habitaciones antihigiénicas, como son casi todas las que existen en las casas de vecindad, pero el hogar puede presentarse limpio, con

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

modestia, con aliñamiento. La Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social se propone con este concurso difundir los preceptos de la higiene y exaltar la bondad de su realización práctica que es lo que más necesita el pueblo.

Se propone la institución, con este motivo, efectuar un trabajo de «servicio social» el primero que se va a llevar a cabo entre nosotros por una entidad particular, que viene realizando diversas obras de propaganda y de difusión de la higiene social.

Considerándose que esta campaña en pro de la habitación limpia es un procedimiento práctico de higiene en la colectividad y particularmente en la gente pobre y que ella es la que ocurre a la Beneficencia Pública de Lima cuando enferma, solicitando asistencia médica en sus hospitales, se acordó dirigirse a la Sociedad de Beneficencia Pública de esta capital, demandándole modesta cooperación económica para la adquisición de los premios en referencia, dado que esta campaña de higiene práctica redundará en mejor salud de las gentes que solicitan asistencia médica gratuita cuando enferman, en los hospitales de beneficencia.

Teniéndose en cuenta que la higiene del cuerpo y la limpieza de la habitación, constituyen el primer paso y la más sólida base para la higiene del espíritu, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social acordó dirigirse al arzobispado nacional, pidiéndole cooperación económica para la campaña en pro del hogar limpio.

Se cambiaron muy interesantes ideas respecto a la importancia que tiene en la preparación de las futuras maestras de escuela el conocimiento de la psicología infantil aplicada a la Pedagogía, en razón de que toda la enseñanza, toda la educación, tiene que fundarse de modo ineludible en la Ciencia que penetrando en las intimidades del alma del niño, ha revolucionado los métodos y los procedimientos de enseñanza. Con este motivo se acordó dirigirse al ministro de instrucción pública, eminente maestro universitario, para que se intensifique la enseñanza de la psicología infantil en la Escuela Normal de Mujeres, siempre que esta enseñanza se dicte en este plantel de instrucción y en el caso de que aun no se le haya considerado en el plan de estudios, se le incorpore, dado los beneficios que reportarán las futuras maestras que ahí se preparan y que son los más eficientes elementos para la reconstrucción nacional, si es que esta empresa quiere hacerse sobre sólidas bases.

La Liga tomó conocimiento que un recluso de la Penitenciaría Central tiene una hija de nueve años de edad, que vive en Lima sin vigilancia de sus padres, en razón de que su progenitor se encuentra preso y su madre falleció. Esta menor que está en abandono material cuando menos, es objeto de intensa preocupación de su padre que ya la ve en estado de abandono moral y de peligro a medida que su edad avanza. El recluso que ha hecho diversas gestiones no ha podido hasta ahora conseguir que se la coloque en algún internado escolar. La institución, teniendo en cuenta este hecho concreto, que atestigua cómo está en el Perú la protección a la infancia y cómo se atiende al pedido de los moralmente desamparados, acordó dirigirse al Patronato de menores, presentándole este caso que necesita amparo, que

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

requiere protección, a fin de no caer en estado de abandono moral. El recluso, padre de la citada menor, manifiesta que como resultado de su trabajo y ahorro obligatorio establecido en el régimen penal, posee la suma de ciento sesenta soles oro cincuentiseis centavos (S. 160.56) que pone a disposición del Patronato de Menores para que los invierta en la compra de los enseres que necesita todo niño que ingresa a un internado escolar.

El recluso que pide este amparo de la flilantropía social, manifiesta que otorgará poderes ante notario, a la institución que se haga cargo de su tierna hija, mientras permanezca en la prisión, la cual durará todavía cinco años más o menos.

Teniendo en cuenta que la enseñanza de la higiene deja mucho que desear en las escuelas, la institución acordó dirigirse al ministro de instrucción proponiéndole organizar con miembros de la Liga, Seminarios de Higiene para los preceptores de las escuelas de Lima, y clases especiales para los alumnos de los planteles fiscales de esta ciudad, estableciéndose en buena cuenta un patronato de vigilancia de la enseñanza de la higiene que conviene organizar en nuestro país, para dar a la enseñanza de esta materia la orientación que la Ciencia exige y que la Pedagogía reclama.

Se designó una comisión integrada por la señora Lucía R. de Antúnez de Mayolo y los doctores Wenceslao F. Molina y Carlos Bambaren, para que se acerquen a saludar al señor Rafael Larco Herrera, presidente honorario de la Liga, que acaba de ser designado miembro de la Junta Nacional de Gobierno en el portafolio de relaciones exteriores.

Bibliografía

MANUAL DE EXPLORACION CLINICA Y DE DIAGNOSTICO MEDICO por los Drs. Müller y Seifert. — Un volúmen de 544 páginas.—*Editorial Manuel Marin.*—Barcelona 1930.—En rústica: Ptas. 17.

Esta segunda edición en lengua española de la *Exploración Clínica* de Müller y Seifert, viene a colmar un vacío en la literatura médica actual. Cierto que se cuenta hoy con excelentes tratados de diagnóstico médico y de indagación clínica, pero hemos de confesar que la generalidad de ellos resultan de excesiva extensión para nuestros estudiantes. El libro de Müller y Seifert tiene la triple ventaja de ser una obra breve, diáfana y puesta al día, habiéndose preocupado los autores de seleccionar cuidadosamente los métodos prácticos de exploración hoy en boga. Esta última edición será bien acogida por el público médico, particularmente por los estudiantes y por el médico práctico.

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

Las nuevas autoridades de la Facultad de Medicina

En este mes se ha inaugurado un régimen mixto en el gobierno de la Universidad, interviniendo maestros y alumnos, en la forma señalada por un Estatuto provisorio, que ha expedido el gobierno transitorio que dirije los destinos de la Nación.

Conforme a este Estatuto provisional se han renovado las autoridades de la Facultad de Medicina, recayendo en los profesores Max. González Olaechea y Raúl Rebagliati, la elección de Decano y Subdecano, respectivamente.



Dr. Max. González Olaechea
Decano de la Facultad de Medicina



Dr. Raúl Rebagliati
Subdecano de la Facultad de Medicina

Ambos son profesionales que se dedican al cultivo de la Medicina y por su competencia y sagacidad, es seguro que gobiernen la casa de Unánue con acierto y con clara comprensión de las necesidades culturales de ese centro de estudios, que no solo debe preparar médicos, sino velar por el progreso de la Medicina en el país, que hoy ha perdido el puesto que ocupaba en el conjunto de las demás naciones de la América del Sur.

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

Herencia mendeliana de los grupos sanguíneos

Por el Dr. JORGE ARCE LARRETA

Por primera vez, OTTENBERG-EPSTEIN, encontraron idéntico el grupo sanguíneo de dos hermanos y se esforzaron, entonces, por estudiar las propiedades hereditarias; DUNGERN-HIRSZFELD, investigaron la trasmisión hereditaria de las "estructuras biológicas" en el perro; TODD-WHITE, practicaron las mismas experiencias en el buey, y LANDSTEINER, VAN SCHEER, BUCHANAN, HIGLEY, WESZECSKY, etc. etc. con sus aportes científicos de gran importancia, dejaron establecida la herencia mendeliana de los grupos sanguíneos.

El primer trabajo sistemático de la herencia de las propiedades individuales de la sangre humana, lo hizo HIRSZFELD. Según ese autor, las "estructuras bioquímicas" de los hematíes A y B, no se presentan jamás en un hijo, si dichas "estructuras" no han estado presentes en uno u otro de los padres; si los padres poseen cierta "estructura", es esa la que se encuentra, generalmente, en los hijos, pudiendo sin embargo desaparecer; si el padre o la madre poseen la "estructura", se la encuentra, ordinariamente, en parte de los hijos, excepcionalmente en todos; si, por el contrario, la "estructura" no existe o está ausente en los padres, tampoco puede existir en los niños. Como A y B pueden desaparecer en la descendencia sin reaparecer expontaneamente, se les puede considerar, de acuerdo con la teoría mendeliana, como propiedades que una vez presentes en el plasma, deben manifestarse exteriormente; son las propiedades que dan la marca exterior a la especie, las propiedades *dominantes*. Por el contrario, la propiedad O, que puede manifestarse en los niños, sin ser aparente en los padres, es la propiedad *latente* o *recesiva*.

HIRSZFELD, apoya sus investigaciones en la *teoría de los dos pares de genes alelomorfos*, a los que designa por *A* y *noA*, *B* y *no B*. *A*, está caracterizado por la presencia del aglutinógeno A en los hematíes; *no A*, está caracterizado por la *ausencia* del aglutinógeno A en los hematíes; *B* está caracterizado por la *presencia* del aglutinógeno B en los hematíes; *no B*, está caracterizado por la *ausencia* del aglutinógeno B en los hematíes.

Estos pares, según HIRSZFELD, son completamente independientes uno de otro y tienen origen en puntos lejanos del complejo cromosómico.

Es evidente que la combinación de dos pares de alelomorfos, según la concepción de HIRSZFELD, da lugar a nueve genotipos, según el *Cuadro I*.

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

CUADRO I.—GRUPOS SANGUINEOS Y TIPOS HEREDITARIOS SEGUN HIRSZFELD.

Grupos	Genotipos			
O	no A, no A no B, no B puro			
A	A A no B, no B Puro	A, no A no B, no B híbrido		
B	no A, no A B, B puro	no A, no A B, no B híbrido		
AB	A, A B, B, puro	A, no A B, no B monohíbrido	A, A B, no B monohíbrido	A, no A B, no B dihíbrido

El grupo *O* no puede ser híbrido, es solo puro. El grupo *A* puede ser híbrido solamente frente al carácter dominante A; por tanto, hay dos clases de personas que llevarán ese grupo: los puros AA que trasmitirán sólo A a su descendencia y los híbridos Ab que trasmitirán en igual número esas dos cualidades a sus descendientes. El grupo *B* puede así mismo, ser híbrido solamente por su cualidad dominante B. El grupo *AB*, puede ser puro frente a las dos cualidades dominantes A y B; o puro frente a una cualidad, mientras que híbrido frente a la otra; o por último, híbrido con relación a las dos cualidades a la vez. Hay por tanto, según HIRSZFELD, dos clases de híbridos parciales y dos totales; en suma cuatro diferentes tipos de grupos sanguíneos *AB*.

A la teoría de HIRSZFELD, opone BERSTEIN la suya, o *teoría de los tres alelomorfos múltiples*. Sostiene BERSTEIN, que la hipótesis hasta hoy admitida, de dos pares de alelomorfos independientes, cuyos elementos tienen origen en cromosomas diferentes o en puntos lejanos y distintos de un mismo cromosoma, no es sostenible, como lo fundamenta la disparidad entre el resultado de las investigaciones y el cálculo de probabilidades, según esa hipótesis. Afirma, que está más de acuerdo con la realidad de los hechos, la hipótesis de tres alelomorfos múltiples que se combinan dos a dos y que se localizan sobre un mismo punto del cromosoma. Esos tres alelomorfos que constituyen tres genes diferentes, frente a los cuatro de HIRSZFELD, se denominan A B y R y corresponden a tres razas bioquímicas. R, raza primitiva según BERSTEIN, tiene un carácter recesivo, las otras dos, dominantes.

Mientras que el grupo sanguíneo, para HIRSZFELD, es la expresión de la presencia en cada individuo de cuatro caracteres, dos paternales y dos maternales, cada uno de los cuales puede ser recesivo o dominante; para BERSTEIN, resulta de dos caracteres sola-

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

mente, uno paternal y otro maternal que pueden ser dominantes o recesivos, iguales entre sí o diferentes. La teoría de BERSTEIN, se esquematiza en el *Cuadro II*

CUADRO II.—GRUPOS SANGUINEOS Y TIPOS HEREDITARIOS, SEGUN BERSTEIN.

Grupo	O	A	B	AB
Fórmula	RR	AA	BB	AB
Hereditaria		AR	BR	

Hay aquí seis genotipos por cuatro fenotipos. Como en la teoría de HIRSZFELD, el grupo *O*, recesivo homozigote, comprende una sola posibilidad y los grupos A y B dominantes, comprenden, cada uno, dos posibilidades hereditarias— individuos puros AA que trasmitirán a su descendencia la sola cualidad A y los individuos híbridos AR que trasmitarán en igual proporción esas dos cualidades; para BB sucede lo mismo — homozigotes y heterozigotes.

Pero la discrepancia fundamental entre ambas hipótesis está en lo que respecta al grupo *AB*. HIRSZFELD prevee cuatro posibilidades hereditarias para ese grupo, tres de las cuales comprenden la latencia del caracter recesivo O, mientras que BERSTEIN prevee un solo genotipo que no contiene el caracter recesivo latente.

Las dos teorías, pues, coinciden esencialmente en lo que concierne a los grupos *O*, *A* y *B*, y las previsiones sobre la trasmisión hereditaria serán idénticas cuando la combinación matrimonial comprenda esos tres grupos unicamente; dicha previsión se expresa así: no puede aparecer en los niños ningún aglutinógeno que no haya estado presente en uno u otro de los padres. Divergen completamente las teorías cuando uno de los padres es del grupo *AB;* en ese caso, según HIRSZFELD, los niños pueden ser de cualesquiera de los cuatro grupos, mientras que BERSTEIN afirma que ellos no pueden pertenecer al grupo *O* y en el caso especial de la combinación matrimonial $O \times AB$, dice ese autor que no pueden pertenecer los niños al grupo AB.

En el *Cuadro III* va la correlación de las dos teorías, para los efectos de una mejor comprensión.

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

BIBLIOTECA LIMA-PERU UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

CUADRO III.—CORRELACIÓN DE LAS TEORIAS DE HIRSZFELD Y BERSTEIN.

Combinación Matrimonial	Posibilidades hereditarias	
	Hirszfeld 2 pares de alelomorfos Hijos	Berstein 3 alelomorfos múltiples Hijos
O × O	O.	O.
O × A	O. A	O. A
O × B	O. B	O. B
A × A	O. A	O. A
B × B	O. B	O. B
A × B	O. A. B. AB	O. A. B. AB
O × AB	O. A. B. AB	A. B
A × AB	O. A. B. AB	A. B. AB
B × AB	O. A. B. AB	A. B. AB
AB × AB	O. A. B. AB	A. B. AB

De las dos hipótesis, la de BERSTEIN va ganando día a día terreno y es la que actualmente cuenta con más partidarios, ya que el cálculo de las probabilidades hereditarias está más de acuerdo con esa hipótesis que con la de HIRSZFELD. Dicho cálculo da una conformidad evidente de la constitución hereditaria de los grupos *O*, *A* y *B*, relativamente, ya se trate de la teoría de HIRSZFELD, ya de la de BERSTEIN. Ambas teorías, no siendo idénticas, son equivalentes en sus previsiones sobre las combinaciones matrimoniales de los tres grupos citados. No sucede lo mismo con el grupo *AB*, donde las teorías están en oposición.

Desde el punto de vista cualitativo, la teoría de BERSTEIN lleva a estas conclusiones: 1°.—cuando un padre pertenece al grupo *AB*, no puede tener ningún hijo O, porque *AB* no contiene el carácter recesivo latente.—;2°.—en la combinación matrimonial *AB* × *O*, no pueden existir hijos *AB*, sino solamente hijos *A* y *B*.

Se han acumulado las observaciones de más de 5,000 familias con un total de más de 11,000 hijos y se han encontrado excepciones tanto para la teoría de HIRSZFELD como para la de BERSTEIN, debidas unas veces a sueros débiles, infantiles o viejos; otras, a técnicas deficientes y otras, por último, a casos de adulterio, imposibles de preveer, etc. Pero es menester indicar que las excepciones a la teoría de los tres alelomorfos múltiples, que al principio, cuando esa teoría fué dada a conocer al mundo científico, eran superiores a las encontradas para la hipótesis de HIRSZFELD, han ido disminuyendo considerablemente hasta reducirse, casi, a su mínima expresión; prueba evidente de que la técnica ha eliminado las causas de error que alteraban los resultados.

La teoría de BERSTEIN lleva, además, una prueba cualitativa absoluta. En efecto, se ha dicho que el adulterio es una causa de

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

error inevitable. En esos casos, la teoría de BERSTEIN no considera al padre necesario y se limita a la investigación del grupo de la madre y del hijo, planteando la cuestión de esta manera: una madre *AB* ¿puede tener un hijo *O*?, e inversamente: una madre *O* ¿puede tener un hijo *AB*?. Con sueros irreprochables y con una técnica impecable se obtiene 100 % de resultados favorables. Las investigaciones de PREGER, LATTES y sus alumnos BADINO y JUHASZ, y las de SCHIFF, MORVILLE y THOMSEN en más de un millar de madres *O* y *AB*, no han encontrado *nunca* un hijo cuyo grupo sanguíneo se opusiera a la teoría de BERSTEIN.

En favor de esa teoría, podemos agregar, cuantitativamente otro argumento poderoso. Según la hipótesis de HIRSZFELD hay una relación entre la frecuencia del grupo *AB* y la de los grupos *A* y *B* en una población cualquiera. Esa relación la expresa en la fórmula siguiente:

$$(A+AB) \cdot (A + AB) = AB$$

Por medio de esa fórmula, HIRSZFELD ha calculado las probabilidades de frecuencia del grupo *AB* y las ha comparado con la realidad, observando diferencias marcadas entre la previsión y la realidad. Por ejemplo, sus observaciones sobre ingleses y franceses, para no citar otros casos, dan el siguiente resultado:

CUADRO IV

	A	B	AB observado	AB calculado	N°. de individuos
Ingleses	43.4	7.2	3.1	3.0	500
Franceses	42.6	11.2	3.0	4.7	500

HALBER y MIDLARSKI, alumnos de HIRSZFELD, siguiendo la teoría de su maestro, han rectificado su fórmula, según ellos matematicamente inexacta, refiriendo los cálculos a esta fórmula:

$$\left(1 - \frac{O}{B + O}\right) \cdot \left(1 - \frac{O}{A + O}\right) = AB$$

El resultado que se obtendría con esa fórmula, en los mismos sujetos observados por HIRSZFELD, sería el siguiente:

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

CUADRO V

	O	A	B	AB observado	AB calculado	Diferencia	N°. de individuos
Ingleses	46.4	43.4	7.2	3.0	6.5	+3.5	500
Franceses	43.2	42.6	11.2	3.0	10.2	+7.2	500

Hay, pues, discordancia entre la previsión y la realidad.

BERSTEIN, basándose en su hipótesis de los tres pares de alelomorfos múltiples, ha construído otra fórmula.

Si existen tres genes A, B y R y si designamos por p la probabilidad del gene A, por q la del gene B y por r la del gene R, se tendrá:

$$p + q + r = 1 \qquad (1^o)$$

Queremos encontrar los valores de p, q y r. La teoría de BERSTEIN considera seis genotipos y cuatro fenotipos, que son:

Genotipos: RR AR AA BR BB AB
Fenotipos: O A B AB

Siendo p = A, q = B, y r = R, tendremos para los seis genotipos:

RR	AR	AA	BR	BB	AB
r^2	2pr	p^2	2qr	q^2	2pq

y para los cuatro fenotipos:

O	A	B	AB
r^2	$2pr+p^2$	$2qr+q^2$	2pq

puesto que sabemos que O corresponde a RR, A corresponde a AA AR; B corresponde a BB BR y AB corresponde a AB.

Tratando de hallar los valores para p, q y r, tendremos:

Para p:

Despejando p en la fórmula (1°.)

$$p + q + r = 1 \qquad (1^o)$$

$$p = 1 - r - q$$

o también

$$p = 1 - (r+q) \qquad (a)$$

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

por otro lado tenemos que:

$$O + B = r^2 + 2qr + q^2$$

o también

$$O + B = (r + q)^2$$

o lo que es lo mismo:

$$r + q = \sqrt{O + B}$$

reemplazando este valor en la ecuación (a), tendremos para p:

$$p = 1 - \sqrt{O + B}$$

Para q:

Despejando q en la fórmula (1°)

$$p + q + r = 1 \qquad (1°)$$

$$q = 1 - r - p$$

o también

$$q = 1 - (r + p) \qquad (b)$$

por otro lado tenemos que:

$$O + A = r^2 + 2pr + p^2$$

o también:

$$O + A = (r + p)^2$$

o lo que es lo mismo:

$$r + p = \sqrt{O + A}$$

reemplazando este valor en la ecuación (b), tendremos para q:

$$q = 1 - \sqrt{O + A}$$

Para r:

Obtendremos directamente este valor, puesto que:

$$O = r^2$$

de donde:

$$r = \sqrt{O}$$

En conclusión, reemplazando los valores de p, q y r en la fórmula (1°), tendremos la fórmula de BERSTEIN:

$$1 = (1 - \sqrt{O+B}) + (1 - \sqrt{O+A}) + (\sqrt{O})$$

En octubre de 1929, realizé en Lima, investigaciones sobre la herencia de los grupos sanguíneos en doce familias sobre un total de ochenta personas. En tres de ellas no fué posible conseguir a uno de los padres para completar los cuadros. Investigué, también, etno-antropologicamente 1372 individuos. Sistematicamente, he

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

continuado las investigaciones, bajo todos los aspectos posibles, habiendo casi duplicado la cantidad que entonces determiné. En un artículo próximo expondré el resultado de todas las determinaciones verificadas hasta ese momento. No es posible en este trabajo exponer detalladamente los cuadros de las determinaciones de octubre, que por otra parte han sido ya publicadas. Haré unicamente un cuadro total de ambas, para relacionarlas a las teorías y fórmulas que acabamos de estudiar.

En el *Cuadro VI* reunimos el estudio sobre la herencia de los grupos sanguíneos. La herencia de los grupos *O*, *A* y *B* está de acuerdo con las teorías de HIRSZFELD y BERSTEIN, no habiendo encontrado excepciones a ninguna de las dos. Respecto al grupo *AB*, que en ese cuadro presenta una sola combinación matrimonial AB × A, apoya la teoría de BERSTEIN que prevee solamente hijos A, B y AB. Es cierto que tampoco hemos encontrado, en este caso, excepción a la teoría de HIRSZFELD que prevee en los hijos la presencia del grupo *O* además de los grupos *A*, *B* y *AB;* podríamos aducir, tan solo, que dado el alto porcentaje del grupo *O* entre nosotros (75,15%), bien podríamos haber encontrado la excepción.

CUADRO VI.—SEGUN ARCE LARRETA

Combinación matrimonial	N°. de familias	N°. de hijos de cada grupo			
		O	A	B	AB
O × O	9	43	—	—	—
O × A	4	4	—	—	—
AB × A	1	—	4	—	2
B × ?	1	—	—	2	—
Total	15	47	4	2	2

En el *Cuadro VII* agrupamos a los 1372 sujetos examinados desde el punto de vista antropológico, con los resultados generales siguientes:

CUADRO VII.—SEGUN ARCE LARRETA

Grupo	Total	%
O	1031	75.15
A	193	14.07
B	99	7.21
AB	49	3.57

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

Si relacionamos la estadística de esas determinaciones a la fórmula de HIRSZFELD, tendríamos:

Para el cálculo de probabilidades de *AB*.

$$\frac{14.07}{100} \cdot \frac{7.21}{100} = 1.01$$

en realidad encontramos 3.57.

Para el cálculo de probabilidades de *O*:

Si *A* se encuentra en 14.07 de los casos y *AB* en 3.57, el grupo *A* se encontrará reunido en 17.64; *no A* se encontrará en 82.36 de casos. El mismo cálculo nos dará para *no B:* 89.22. Tendríamos, entonces para *O*:

$$(82.36\%) \cdot (89.22\%) = 73.48\ \%$$

en realidad encontramos 75.15.

El cuadro VIII, esquematiza los resultados generales.

CUADRO VIII

Investigaciones en Lima	A	B	AB		O		N°. de examinados
			real	calculado	real	calculado	
	14.07	7.21	3.57	1.01	75.15	73.48	1372

Según la fórmula de HALBER y MYDLARSKI tendríamos:

$$\left(1 - \frac{75.15}{82.36}\right) \cdot \left(1 - \frac{75.15}{89.22}\right) = 0.0139 = 1.39$$

en realidad encontramos 3.57.

El cuadro IX, expresa los resultados:

CUADRO IX

Investigaciones en Lima	O	A	B	AB real	AB calculado	Diferencia	N°. de examinados
	75.15	14.07	7.21	3.57	1.39	—2.18	1372

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

Para encontrar el cálculo de probabilidades, según la teoría de BERSTEIN o de los tres alelomorfos múltiples procedemos de este modo:

Para p:

$$p = (1 - \sqrt{0.8236}) = 0.09$$

Para q:

$$q = (1 - \sqrt{0.8922}) = 0.05$$

Para r:

$$r = (\sqrt{0.7515}) = 0.86$$

Luego:

$$p + q + r = 1.01$$

Y multiplicando por 100

$$p + q + r = 101.$$

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

BIBLIOGRAFIA

J. ARCE LARRETA.—Contribución al estudio de los Grupos Sanguíneos en el Perú.—*Revista de Ciencias*. N°. 7-9. 1929. Lima.

J. ARCE LARRETA.— Docientas determinaciones de Grupos sanguíneos en los indios del Norte del Perú.—*Anales Hospitalarios* —Lima. Marzo-Abril de 1930.

BETH-VINCENT. —A rapid macroscopic agglutination test for blood groups, and its value in testing donors for transfussion. *J. A. M. A.* Ap. 27.—pag. 1219.—1918.

M. G. GICHNER.—A biologic mechanism of human iso-hemagglutination. The constitution of the blood groups and the inheritance of the agglutination. *J. A. M. A.* — pág. 1323. — Dic. 23. 1922.

K. LANDSTEINER.—New designations for blood groups acor ding to iso-agglutinations. *J. A. M. A.*—pág. 1427.—Ap. 30. 1927.

L. LATTES.—L'Individualite du Sang.—Masson Ed. París 1929

T. H. MORGAN.—Evolución y Mendelismo.—Madrid, 1921.

The Inheritance of blood groups. *The Lancet*. pág. 1182.—Jun. 9.—1928.

PEDRO WEISS.—Sobre la herencia de los grupos sanguineos *Revista Médica Peruana*.—Lima 5 y 19 de Julio de 1930.

NINGUN HOMBRE ES CULPABLE POR EMITIR UNA OPINION DISTINTA DE LA DE OTRO.

VOLTAIRE.

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

Inflamación

(Continuación)

Lección de Anatomia Patológica, recogida por el Dr. Jorge Avendaño y dictada

Por el Dr. OSWALDO HERCELLES
Profesor Jubilado de la Facultad de Medicina

MANERA COMO REACCIONA EN CONJÚNTO EL TEJIDO CONJUNTIVO EN LA INFLAMACION

Todo cuerpo extraño, de naturaleza mineral o animal que se implanta en el tejido conjuntivo, determina como acto fundamental una lesión destructiva que repara el organismo, sea por la regeneración de la parte destruída, sea por formación de una cicatriz, que en buena cuenta viene a ser un blok fibroide de relleno, y que, desde el punto de vista fisiológico constituye una falla, más o menos importante, para el tejido donde se implanta, ya que ulteriormente puede determinar dificultad para el funcionamiento o accidente patológico.

Ahora bien, en el organismo humano la cicatriz es lo más frecuente, porque el poder de regeneración es muy reducido en nuestra especie; al revés de lo que pasa en los vertebrados inferiores y sobre todo en los invertebrados, donde es muy intenso.

Para suministrar una idea cabal de cómo se comporta el tejido conjuntivo en estas circunstancias, es necesario referir el estudio de la inflamación artificial de este tejido, brillantemente expuesto en la lección dada por el Dr. Crynfeltt el 20 de diciembre de 1929 en el curso superior de Anatomía Patológica del Profesor Roussy de París.

Crynfeltt hace en el tejido celular subcutáneo una inyección de estafilococos atenuados; se produce entonces la necrósis rápida de todos los elementos conjuntivos de la región.

Al nivel de la inyección, las bacterias provocan, primero, la necrosis rápida de todos los elementos anatómicos (células y trama conjuntiva), la lesión al principio está estrictamente localizada a este punto (período de latencia), los gérmenes no se multiplican, su pululación es cronológicamente posterior a la migración de los leucocitos de los vasos vecinos que sucumben en el momento que abordan el foco tóxico; su desintegración pone en libertad los fermentos endocelulares que determinan la histolisis de tejido necrosado; son los productos de esta histolisis, los que suministrarán el medio de

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

cultivo necesario a la pululación microbiana y es entonces solamente que se ve aumentar la extensión del foco necrótico, cuya fusión va a suministrar los primeros elementos del pus.

Las toxinas del foco supurativo no actúan a cierta distancia, sino como elemento irritativo, exitando el trofismo de las células conjuntivas, más o menos distantes, que se han escapado de la muerte, y que son las encargadas de hacer la reparación.

El foco de irritación experimental así formado por la técnica de Crynfeltt, está constituído de la siguiente manera: en el centro la parte necrosada; rodeando a ésta, la parte citolizada con la liquefacción de todos los elementos celulares que encierra (pus); inmediatamente por fuera de esta zona, hay una muralla de leucocitos, que establece la frontera divisoria entre la parte muerta, que queda en el centro y la parte viva o de defensa, que es la que conviene estudiar para darnos cuenta del modo como se forma el *tejido de granulación* que mejor debiera denominarse *tejido de reparación*.

En los linderos de la zona leucocitaria, las células conjuntivas están un tanto separadas, porque la liquefacción de la parte mortificada ha pasado en ciertos puntos la barrera leucocitaria, y se nota que un líquido claro y ligeramente granuloso separa los elementos anatómicos, disociándolos en parte, razón por la cual se puede todavía reconocer uno que otro histiocito; pero ya aquí se comienza a notar alguna célula de contornos redondeados cuyo citoplasma se carga de resíduos celulares y piocitos; son los *macrófagos* de los antiguos autores o los *histiocitos* de Kiyono y Aschoff de la clasificación actual.

En la zona exterior, es decir, viva, periférica al foco muerto, se encuentra dos capas: la más interna es la *capa simplástica* o *sincital*, dispuesta alrededor de la masa purulenta central del absceso; esta capa se espesa por la agregación incesante de nuevos estratos de poliblastos que se anastomosan formando red en su parte periférica y van a ganar el centro del absceso por su capa profunda a medida que éste se reabsorve o se evacúa al exterior después de la ulceración de la piel; dicha capa solo conserva su estructura primitiva, en un espesor muy reducido, porque tan pronto como los capilares la invaden por la periferia, se transforma, siendo el asiento de la formación de fibras precolágenas y colágenas, lo que ha hecho que se le denomine capa *fibrilogenésica* o *tramular*.

En resumen, el foco de inflamación experimental está formado de las siguientes capas: 1ª. zona de necrosis; — 2ª. zona de histolisis y pus; — 3ª. muralla leucocitaria de aislamiento entre la parte muerta y viva; — 4ª. capa simplástica o sincital; — 5ª. capa precolágena; — 6ª. capa colágena.

Estudiemos la cuarta capa o zona para penetrar en la génesis de la trama conjuntiva cicatricial.

Si los distintos observadores están de acuerdo sobre la morfología y estructura del tejido de granulación, no pasa lo mismo cuando se trata de interpretar la génesis de estos elementos; las cosas son de tal manera que el Prof. Roussy ha dicho muy justamente que antes de pronunciarnos sobre la génesis del tejido conjuntivo patológico, necesitaríamos que los histólogos se pusieran de acuerdo sobre la génesis del tejido conjuntivo normal.

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

Para nosotros, siguiendo las ideas de la escuela italiana, las células del tejido conjuntivo emanan de las células fijas del mismo, de los *hemohistoblastos* de Ferrata, que si en la vida embrionaria tienen la doble polaridad de formar elementos sanguíneos y células conjuntivas, en el adulto su función queda restringida a la formación de los elementos del tejido conjuntivo, siendo los hemocitoblastos del aparato hemopoyético, los únicos que al estado normal forman elementos sanguíneos; en consecuencia, nos resistimos a aceptar, que un elemento sanguíneo caído en el tejido conjuntivo sea capaz de transformarse en célula conjuntiva.

Hecha esta aclaración demos a conocer las teorías principales sobre la formación del *tejido de granulación* o mejor dicho *tejido de reparación.*

Las opiniones de lo histólogos que últimamente se han ocupado de la inflamación experimental, se dividen en dos grupos diametralmente opuestos.

Los primeros, Maximow y su alumno Bloom, sostienen que las células inflamatorias provienen de la emigración sanguínea; los poliblastos derivan de los linfocitos; estos elementos provistos de una estrecha envoltura citoplásmica y de un núcleo muy cromático pasan, para Maximow, por un período en que su protoplasma aumenta, se carga de granulaciones azurófilas y adquiere en un momento dado, la propiedad de fijar gránulos de carmín litinado, es decir, de transformarse en histiocitos y a su vez, ulteriormente, en fibroblastos.

Es, en suma, la doctrina clásica de la Escuela histológica francesa de Ranvier, Renaud, Dubreuil, confirmada por las experiencias de Carrel, Bloom, etc. quienes por cultivos de linfocitos, han podido seguir *in vitro* su transformación en fibroblastos.

Por muy interesantes y prestigiadas que sean estas observaciones, el espíritu se resiste a aceptar que un linfocito sanguíneo, elemento definitivo del torrente circulatorio, sea capaz, al caer en las mallas del tejido conjuntivo, de seguir una evolución tan complicada, cuando dentro de este mismo tejido, hay elementos propios que son los histiocitos y que por su multiplicación se bastan para desempeñar dicho papel.

La segunda opinión es la sostenida por Wilheim y von Mollendorff, cuyas observaciones han sido confirmadas por los trabajos recientes de Knacke; según ella, las células inflamatorias provenientes de la diapedesis son en cantidad despreciable; la mayor parte nace en el sitio a expensas de los elementos del tejido conjuntivo; las células migratrices que encierra este último, no participan en el proceso sino de manera accesoria.

Es la red fibroblástica constituída por las células fijas anastomosadas por sus prolongamientos en un vasto *cincitium*, la que juega el papel principal en la génesis de los elementos inflamatorios, ya que inyectando en el tejido conjuntivo azul de tripán que determina una cierta excitación en esta red, se ve que sus núcleos proliferan y que sus elementos se multiplican por división directa; la red se disloca en seguida poco a ooco y de sus partes liberadas, salen células independientes, constituyendo los macrófagos. La excitación

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

más fuerte de la red, determina la formación de polinucleares. No aceptamos que de las células conjuntivas puedan salir polinucleares, los cuales en el adulto sólo se originan en el aparato hemopoyético recorriendo los distintos estados de mieloblastos, promielocitos, mielocitos, etc.

Para nosotros los polinucleares que se encuentran en el tejido inflamatorio, son leucocitos emigrados de los vasos vecinos. No aceptamos la conclusión del Dr. Crynfeltt cuando dice: "Se puede considerar como sólidamente establecido y demostrado en la hora actual, la doctrina de la trasformación de los linfocitos en histiocitos y en fibroblastos", a lo cual agrega: "Está demostrado, igualmente, que no es irreversible esta evolución como lo han admitido, sin razón, la mayor parte de los autores" poniendo como prueba de estas opiniones las observaciones de Fischer que ha visto aparecer *in vitro*, macrófagos en un cultivo de fibroblastos. Si se tiene en cuenta otras opiniones de gran valer, tales como las de von Mollendorff y Knack, que opinan en sentido completamente opuesto, hay que concluir, como muy bien dice el Profesor Roussy, que las opiniones sobre la evolución y génesis de los elementos del tejido conjuntivo inflamario no se han unificado todavía. Estudiemos las modificaciones morfológicas que presenta la zona reaccional del territorio inflamado, comenzando por la capa *simplástica*.

Capa simplástica sincital. — Esta capa está situada alrededor de la zona necrosada, inmediatamente después de la barrera leucocitaria; se encuentra constituída por una serie de poliblastos, producto de la multiplicación de los histiocitos de la capa más externa o *tramular*; a medida que se producen, van a engrosar la zona vecina al foco necrosado por aposición incesante de poliblastos, que poco a poco rellenan el vacío en el tejido conjuntivo que el agente irritante ha producido al destruir los elementos de la región. Está constituída por un tejido embrionario, desprovisto de vasos y en consecuencia de espesor muy pequeño, necesitando para progresar que sus capas más externas se vascularicen, transformándose así en un tejido más fuerte, que constituye la capa *fibrogenésica* o *precolágena*.

Capa tramular fibrogenésica.— Esta capa está constituída por dos zonas: la más interna con fibrillas conjuntivas, bastante mal individualizadas, solo revelables por técnicas especiales; es la capa *prolágena* o capa *tramular* de Renaud. La segunda es la zona *fibroide*, capa fibrosa de los autores, y en la cual aparecen las fibras conjuntivas colágenas revelables por las técnicas corrientes.

El conjunto de estas dos capas constituye la *membrana piógena de los clásicos* y tanto en una como en otra zona, se encuentra, en proporción variable, los diversos elementos del tejido conjuntivo que desempeñan funciones diferentes: unos segregando principios de naturaleza diastásica, que modifican el plasma vital alterado; otros, sustancias estimulantes de la multiplicación celular; otros, sustancias citolizantes de las células ya inútiles al trabajo de reparación, y finalmente los histiocitos, formando una extensa *red sincital* multiplicándose para reparar los elementos perdidos en esta batalla vital, siendo de notar, que la multiplicación es siempre amitósica, a diferencia de la multiplicación tumoral que es por carioquinesis.

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

La formación de las trámulas, es un punto que conviene examinar muy atentamente, por ser uno de los problemas mas discutidos de la histología del tejido conjuntivo y tener gran importancia para precisar la histogenesis del tejido cicatricial.

Los puntos universalmente aceptados por los autores, se pueden sintetizar así:

1°.—Existe una red de delicadeza extrema, constituída por fibrillas muy finas, llamadas "fibrillas alambreadas" que se colorean muy mal con los colorantes electivos de las fibras colágenas, a tal punto que por lo general no es posible hacerlas visibles por las técnicas corrientes; pero como no está demostrado que sea únicamente a causa de su finura que se hagan invisibles, sino que puede ser debido a su constitución química especial, se les denomina también *fibrillas de reticulina o precolágenas;* como por otra parte, se revelan mejor por el nitrato de plata amoniacal (método de Bielchowsky y sus derivados) son llamadas igualmente «*fibrillas argirófilas*». Krause propone llamarlas fibrillas primordiales, término que tiene la ventaja de no prejuzgar sobre su composición química.

2°.—Las fibrillas anteriormente estudiadas se transforman en fibras colágenas, que constituyen las trámulas, como las describe Renaud; es por la agrupación de las fibrillas tramulares que se constituyen las fibras conjuntivas.

3°.—Las fibrillas conjuntivas de nuevo origen se forman en la vecindad de la células fijas del tejido conjuntivo, que intervienen indudablemente en su génesis; por consecuencia, el nombre de fibroblasto creado por Maximow, es legítimo.

Los trabajos de Retterer, Studnicka, Hansen, Golowinski, Laguese, etc., en el curso del desarrollo normal del embrión; de Nageotte, Antona, Crynfeltt, Guibert, en los tejidos patológicos; de Maximow, en los cultivos de fibroblastos, concurren todos a la misma conclusión.

4°.—Las fibrillas se forman por una especie de precipitación o gelatinificación de la sustancia precolágena o reticulina; para Laguese, es un fenómeno de cristalización, mientras que para Nageotte, es una coagulación. Heringa, Lohr, Nageotte, recurren a distintas experiencias para probar cada uno sus opiniones, lo que nos demuestra que ya comienzan los desacuerdos, para intensificarse de manera irreductible, cuando se trata de precisar la naturaleza del medio donde se hace la precipitación de la reticulina, encontrándonos en presencia de una querella, tan antigua como la teoría celular; en efecto para Schwann desde 1839 las fibras conjuntivas derivan de las células conjuntivas, mientras que para Henle, año 1840, se forman en el líquido intercelular.

Las investigaciones embriológicas sobre la histogenesis normal del tejido conjuntivo permiten establecer que los fibroblastos no representan sino parte de los elementos del tejido conjuntivo; la verdadera célula conjuntiva contiene un *exoplasma*, que bajo la forma de láminas de delgadez extrema, se fusiona en una gran red *sincital*, siendo en este exoplasma, donde se diferencian las trámulas o lo que es lo mismo, las fibrillas primordiales del tejido conjuntivo; su origen pues sería intracitoprotoplasmático.

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

Tal es la opinión de Retterer, Hansen, Studnicka, Laguese, etc.

Por otro lado, las observaciones de Nageotte sobre la formación de fibrillas conjuntivas en lesiones experimentales, han llevado a un cierto número de autores, a considerar que las fibrillas tramulares se forman fuera del citoplasma, en el líquido intersticial y a expensas de sustancias proteicas, que se coagulan bajo la acción de fermentos segregados por los fibroblastos, lo que presupone la formación de fibrina y la transformación de ésta en fibras conjuntivas en los casos patológicos; por otro lado, las investigaciones de Maximow en cultivos de tejidos, demuestran, igualmente, que su formación es independiente de la fibrina.

Se objeta sinembargo, que no hay ninguna razón para negar la posibilidad de la formación intercelular de fibrillas conjuntivas, puesto que ellas aparecen en el seno de un dispositivo *sincital*, y por consecuencia, se podría admitir que las sustancias proteicas del plasma pueden engendrar el coágulo reticular, sin pasar por el intermedio de la fibrina, la cual se escaparía a nuestros medios de investigación, porque se transformaría molecularmente, a medida de su precipitación. Esta opinión de Nageotte, ha sido últimamente reforzada en una conferencia sostenida en la Sociedad de Anatómicos de París, durante los cuales expresó una serie de investigaciones, que podemos resumir así:

Macerando durante 24 horas tendones de colas de rata en una solución de ácido acético del 1 al 25 por 1000, Nageotte obtiene una solución completamente transparente que llama "*colágena A*", solución que se conserva indefinidamente, si se le mantiene estéril; ahora bien, si se vierte en esta solución cloruro de sodio, de manera de establecer una concentración al 1%, inmediatamente se ve producirse un abundante coágulo, que al exámen microscópico está formado de fibrillas que tienen el aspecto y las propiedades del colágeno natural; en efecto, se colorean en azul por el método de Mallory, en rojo vivo por el método de van Giesson y en negro por la plata, exactamente como la reticulina; las fibrillas están pues formadas de un colágeno muy vecino al colágeno natural, no diferenciándose de él, sino en que son más fácilmente solubles en el ácido, lo que exige precauciones cuando se les fija por el formol.

Nageotte lleva más adelante sus investigaciones, para lo cual coloca la solución en dos series de tubos: en la primera hace variar la concentración del cloruro de sodio de 5 a 0,5 por ciento y la del ácido 1 a 25 por mil; en la segunda serie en lugar del acético emplea agua destilada y la solución de cloruro de sodio igual que la anterior; ahora bien, en la primera serie la coagulación se detiene cuando la concentración de cloruro de sodio llega a 0.7 por ciento, mientras que en la segunda la coagulación se produce en todos los tubos, lo que demuestra que el pH no interviene en la reacción. Esto tiene gran importancia, pues la mayor parte de los investigadores que son partidarios de la formación de las fibras conjuntivas a expensas de las albúminas del plasma intersticial, explican el fenómeno por acción de un ácido sobre el plasma, o mejor dicho exigen el medio ácido para la acción del fermento segregado por los fibroblastos sobre el plasma intersticial. Nageotte dice: "el ácido

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

regla simplemente el grado de eficacia de la sal, a tal punto, que se puede decir que existe un antagonismo entre el ácido y la sal".

Este antagonismo, continúa Nageotte, se comprueba desde el principio de la experiencia; en efecto, al principio el ácido arroja la sal de los tendones, la que se difunde en el líquido en una concentración tan débil que se vuelve inactiva; pero si en esta solución se restablece la concentración de la sal, el ácido a su vez es desplazado y la coagulación se produce en forma de fibrillas del tipo de la reticulina; un fenómeno inverso sucede si hacemos la experiencia al revés. Hay que concluir que, *in vitro*, se puede formar fibrillas conjuntivas, que son susceptibles de disolverse para después volverse a formar con una reacción de orden puramente químico.

Estas experiencias llevan a decir a Nageotte, que los tejidos de los seres vivos deben su forma y la disposición de sus elementos constitutivos, a innumerables intereacciones que se establecen entre las propiedades físicas de las sustancias de que están hechos, y aún cuando sería una locura tratar de reproducir, *in vitro*, un núcleo y mucho menos una célula, cuando se trata de un elemento formado de una sustancia química pura o de una mezcla de sustancias isomorfas, se puede obtener la reproducción artificial de su estructura por medios simples, y de ahí dilucidar ciertas cuestiones de histogénesis.

Ahora bien, hay dos sustancias que juegan un papel morfológico considerable en el organismo animal: la una pertenece a la clase de los lipoides, que es la mielina o más exactamente, el grupo de los fosfatides, que entra en la composición de la mielina de los nervios y que gobierna su morfología; la otra es una proteína, el colágeno, que forma la trama de los tejidos y a expensas de la cual se forman las fibrillas conjuntivas, como un fenómeno de orden físico-químico, en el plasma intersticial que baña a los elementos celulares del tejido conjuntivo.

Consideradas las cosas de esta manera, se tendría que concluir que el tejido fibroso de las cicatrices, que el fino tejido conjuntivo de las cirrosis, no es elemento vivo, sino formado por entidades anatómicas de naturaleza proteica, susceptibles de desaparecer en virtud de los cambios físico-químicos que se producen en el organismo mediante la terapéutica.

Las células del organismo, probablemente todas, pueden segregar un fermento difusible que a distancia provoca el metamorfismo de una albúmina en colágeno; esta función sometida a una regulación muy precisa, depende del conjunto de interreacciones que gobiernan el organismo y presiden la formación de la trama colágena *in vivo;* en efecto, si una albúmina ya concretada, como la fibrina o el protoplasma muerto, puede ser transformada en colágena, no hay ningunan razón, dice Nageotte, para que una albúmina disuelta, circulante en el organismo, no pueda sufrir la misma transformación, cuando pase por el perímetro de difusión de una fuente de fermento específico; esta albúmina de colágeno así formada, puede verosímilmente, sin que sea necesario que haya un solvente ácido, combinarse con la sal cuando está al estado naciente; las moléculas así formadas, toman la forma de fibrillas construyéndose en variedades infinitas debido al medio infinitamente complejo del organismo.

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

Para afirmar sus opiniones, Nageotte agrega, que en ciertos procesos patológicos de evolución esclerosa, en cortísimo tiempo se forman masas considerables de colágeno, que si fueran el resultado de la secreción de las células conjuntivas, se vería que su protoplasma ofrece las alteraciones consiguientes, lo que nadie ha observado, estando todos de acuerdo, por el contrario, en que las células se atrofian y desaparecen a medida que la esclerosis evoluciona.

Por muy interesantes que parezcan los brillantes estudios de Nageotte la mayor parte de los investigadores no los aceptan.

Crynfeltt dice que por sugestivas que sean estas investigaciones no son plausibles, porque el medio séptico de los abscesos a estafilococos en el cual se realizan sus experiencias, medio que baña la zona fibrilogenésica, se revela anticoagulante en toda su extensión y del todo impropia a la formación de coágulos del tipo fibrinoso; por otra parte, en las preparaciones que él ha presentado la "Sociedad Anatómica de París", se demuestra claramente, que las fibrinas precolágenas se forman dentro del protoplasma celular. Guibert y el ilustre histólogo de Lille, Dr. Laguesse son opuestos a las afirmaciones de Nageotte.

Wassermann en el tratado de Anatomía microscópica de Mollendorf, confirma la noción del exoplasma tal como lo han establecido los trabajos de Hansen, Studnika y Laguesse, considerando que este exoplasma es la base fundamental de este tejido; en las coloraciones que él ha obtenido empleando las técnicas de Heindenhain y en concordancia con las de Tello, por el método argéntico de Cajal, establece una distinción fundamental entre el exoplasma y el endoplasma en la formación de las fibrillas reticulares, pues observa que las fibrillas se originan en todo el protoplasma y por consecuencia las que se notan en el endoplasma son fibrillas más diferenciadas y nada más.

En síntesis, tanto los trabajos de Wassermann como los de Laguesse y sus colaboradores, están de acuerdo en que las fibrillas reticulares se originan dentro de las células mesenquimáticas y no en el plasma intersticial. Por otro lado, si cuando se estudia un foco inflamatorio, se encuentra siempre células alargadas, que por uno de sus polos emiten fibrillas pequeñísimas que se pierden insensiblemente a gran distancia; si el espíritu no se satisface al considerar que estas fibrillas pueden vivir desposeídas de núcleo, que es la característica de todo elemento celular vivo; si a esto se agrega que las zonas esclerosadas o fibrosas están casi desposeídas de vasos lo cual no explica las condiciones de vida de esas regiones, se puede concluir que las fibrillas conjuntivas se originan dentro del protoplasma celular y aparentemente se independizan de él; pero en sitio más o menos lejano mantienen su conexión con el protoplasma de los fibroblastos de que dependen, de la misma manera que las ramas de una planta trepadora, encontradas muy lejos de la mata que les ha dado origen, aparentemente puede parecer que viven de sus propios recursos; siguiendo su largo camino, siempre se encuentra la fuente de donde sacan sus elementos de nutrición. El tejido fibroso cicatricial o el delicado retículo fibroso de la esclerosis, está siempre en contacto en un punto más o menos lejano, con un fibro-

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

blasto y las cosas se realizan así porque no siéndole posible al tejido mesenquimático, reproducir gran cantidad de elementos celulares, forma fibras conjuntivas que son simple tejido de relleno destinado a llenar los vacíos que el agente inflamatorio ha destruído.

Esta hipótesis tendría en su apoyo lo que pasa en la célula nerviosa, cuyas prolongaciones son inmensamente más grandes que las fibras conjuntivas.

Contemplada la inflamación en su conjunto, se estudarán enseguida sus principales síndromes anatomo-clínicos.

El problema sexual en las prisiones

(Conclusión)

Por el Br. JULIO ALTMANN SMYTHE

La única forma práctica de resolver el complejo problema sexual, que se presenta en los establecimientos penales, en donde se encuentran recluidos varones adultos, consistiría en permitir, dentro de ciertos límites naturales y reglamentarios, lisa y llanamente, el acto carnal con mujeres sanas. Todo parece fortalecer la idea que propongo, especialmente razones de orden fisiológico, que son, justamente, las que deben primar en todos los problemas de la vida. Sintetizadas estas razones, son las siguientes:

1º. — Es innegable que el hombre normal debe realizar los imperativos del instinto sexual.

2º.— En el caso de que no se dé cumplimiento a esta función, el sujeto está condenado a diversas perturbaciones morbosas.

3º.—La continencia no fortalece, como algunos suponen, el carácter y la voluntad, ni aumenta la potencia intelectual.

4º.—Aquellos que renuncian a realizar el acto sexual, pueden mantener su propósito de modo excepcional.

5º. — No existe medio alguno que permita, a un sujeto normalmente constituído y en pleno goce de sus facultades, dominar, por completo, sus necesidades eróticas. La vida del claustro, los ejercicios físicos o las labores intelectuales, aunque atenúan el deseo genésico, no lo vencen ni lo hacen desaparecer totalmente.

6º.—Las condiciones étnicas y psicológicas son factores del hambre sexual que difícilmente pueden contrarrestarse.

Las razones anteriormente expuestas deben ser extendidas a todos los hombres. Nuestros reclusos penales, como es perfectamente

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

natural, no hacen excepción a la regla, puesto que el solo motivo de convertirse en delincuentes no los hace perder sus características de hombres. Muy por el contrario. Son ellos, justamente, los que deben sujetar sus vidas, de manera extricta, a las normas fijadas por la Naturaleza, puesto que la reeducación de los delincuentes, para que llegue a su término, debe complementarse con el fiel cumplimiento de las leyes naturales y fisiológicas.

La masturbación y la inversión sexual son vicios que están bastante extendidos entre los reclusos. La falta de vigilancia y de comodidades y la ninguna educación sexual que poseen los penados, hacen que estas prácticas encuentren terreno propicio para su desarrollo, toda vez que la continencia involuntaria y forzosa los impulsa a ellas.

Habría que escojer entre la masturbación y la pederastia y el acto genésico normal. Es el dilema preciso y claro que se nos presenta al desear resolver este problema, en los establecimientos carcelarios. Sinceramente creo que nadie dudará en esta elección, en la que el acto genésico normal se impone, en forma terminante.

La moral no sufriría desmedro en este caso. Creemos que, al contrario, se la defendería contra las asechanzas del vicio. La disciplina tampoco sufriría, en lo absoluto. Su relajación provendría, más bien, de la realización de prácticas depravadas, violadoras de toda reglamentación, por parte de los reclusos. Y en cuanto al prestigio de los establecimientos penales aumentaría, puesto que entre la mentalidad culta e inteligente encontraría su mejor defensa y base. Una vez roto el prejuicio, vendría el convencimiento racional de las mayorías que convendrían, al fin, de que más moral es ayudar al fiel cumplimiento normal de una función vital e imperativa, cual es la genésica, que no aceptar, tácitamente, la realización de prácticas antinaturales.

Los reclusos casados o que hubieran convivido con mujeres, quienes se encuentran en el mismo pueblo o ciudad, en donde se encuentran los establecimientos penales, podrían ser visitados por ellas, previo examen médico y permiso de la autoridad carcelaria, en una habitación especialmente preparada para recibirlas. En caso contrario, podrían realizar el acto genésico con mujer pública, previo los trámites previstos.

Seguramente parecerá algo monstruoso la idea que propongo. No lo es tanto. Havelock Ellis piensa como yo cuando afirma: "Se dice que un acto de comercio carnal, amparado o encubierto por lo que llamamos matrimonio, es beneficioso; el mismo acto, ejecutado fuera del matrimonio, y calificado, por lo tanto, de "incontinencia", es pernicioso. No hay procedimiento fisiológico, ni mucho menos procedimiento espiritual, capaces de soportar semejante imposición y restricción. Equivaldría a decir que una comida es buena o mala, digesta o indigesta, según se haga o no se haga una acción de gracias antes de comerla".

"Este concepto es en extremo deplorable, porque, como en esencia no es real, presenta un aspecto falso en materia tan grave y trascendental para el individuo y para la sociedad".

En todo caso más monstruoso es permitir la realización de prácticas que nadie es capaz de defender. A lo más sería una idea audaz,

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

valiente y franca, que resolvería en forma definitiva, un grave problema, vital para la existencia de los millares de hombres que se encuentran recluidos en los establecimientos penales.

El uso de mujeres públicas por parte de los solteros, es aceptado por el mismo Estado, que reglamenta la vida de estas mujeres y sus establecimientos. Millares de hombres libres, no solo solteros, si que también, casados, constituyendo, esto último, eso sí, una grave inmoralidad, frecuentan estos sitios con la venia de las autoridades y de la sociedad. ¿Porqué admirarse, entonces, de que se defienda la idea de que los reclusos de los establecimientos penales tengan las mismas necesidades fisiológicas que los que se encuentran gozando de plena libertad? ¿Es esto racional y científico?

Sin embargo, comprendo perfectamente que, extremando la medida, solo se lograría la reacción lógica de los espíritus poco cultivados o prejuiciados y que no se alcanzaría el mínimum de lo que se anhela. Es por estos motivos que, aunque el convencimiento me lleve a defender las ideas expuestas, las reduzco, por ahora, a las que en los próximos capítulos expondré. No es racional pasar, bruscamente, de un extremo a otro extremo. La moral y las ideas generales del medio, mientras no evolucionen, deben servir de pauta a los principios que se formulen. No hay que seguirlos ciegamente, sino propugnando a su mejoramiento continuado, estimulando su desarrollo activo.

COLONIAS FAMILIARES PENALES

El Perú es una de las naciones en donde el régimen de colonias familiares penales puede fructificar y extenderse con relativa facilidad. Su territorio, tan vasto y rico, puede admirablemente prestarse para cobijar una cantidad considerable de esta clase de colonias penales. País en formación, no puede darse el lujo de tener edificios que sirvan de locales cómodos a los establecimientos penales, encuadrados dentro de la técnica moderna. Las colonias familiares podrían servir de substitutos a éstos, con escaso gasto por parte del Estado. Quizá si su propio sostenimiento podría efectuarse con el rendimiento natural de esas colonias penales, siempre que estuviesen científicamente reglamentadas y honradamente dirigidas.

En los Estados Unidos de Norte América sus resultados son maravillosos. El cultivo de los campos o el trabajo de canteras u otras obras análogas, permiten el sostenimiento económico de los reos y de sus familias. El Estado no necesita hacer gastos cuantiosos para el sostenimiento de las colonias penales. Muchas veces la propia colonia se sostiene a sí misma, con sus cultivos y labores.

La salud de los penados se conserva en perfectas condiciones; la semilibertad de que gozan, dentro de los límites de la colonia, les permite, una vez libres, amoldarse nuevamente con facilidad a las exigencias del medio exterior; sus propios familiares son el mejor acicate para el buen comportamiento de los colonos; la obligación qué contraen de tener que velar por las necesidades de sus familiares, les dá la idea de la responsabilidad personal, lo que ayuda, en mucho, a la reeducación de los penados, y, finalmente, el problema sexual se resuelve en forma absolutamente satisfactoria.

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

Lógicamente, el sistema de colonias familiares solo resolvería el problema sexual en lo que a los casados o amansebados se refiere.

EL CUMPLIMIENTO DEL ACTO SEXUAL COMO ESTÍMULO DEL BUEN COMPORTAMIENTO DE LOS RECLUSOS

Como un simple ensayo de lo que después podría ampliarse a todos los reclusos, convendría permitir la realización del acto genésico a todos aquellos que manifiesten un mejor comportamiento en los establecimientos penales, escogiéndolos, principalmente, entre los que estén próximos a salir en libertad, y que estén ligados a una mujer por vínculos matrimoniales.

He oído el argumento de que los mismos reclusos o sus esposas, movidos por un sentimiento de recato o pudor, no aceptarían realizar el acto genésico en los establecimientos penales. Pueda ser que algunos de estos casos se presenten en un principio. Luego se le encontrará natural y no habrá negativas de ninguna de las partes. Esto en el peor de los casos.

Testimonios que merecen entera fé, afirman conocer de un sinnúmero de casos, en los que algunos reclusos, por medio de pago, lograban de las autoridades carcelarias de algunas provincias, el permiso de conversar y verse, absolutamente solos, con sus mujeres. Todos conocían cual era la finalidad que los guiaba a pedir y comprar este permiso, que violaba en forma seria los reglamentos. Y entre los demás reclusos, que estaban en el secreto, nadie pensaba que ésto hiriera el pudor de los cónyuges, sino que, por el contrario, lo consideraban perfectamente natural.

Esta medida serviría, especialmente, para ír transformando paulatinamente la mentalidad de las mayorías, que luego no se admirarían si, más tarde, todos los reos realizaran, en forma metódica y científica, el acto genésico normal. Sería, podemos décir, el primer paso hacia la resolución definitiva de este problema trascendental, que comprende tanto la salud del individuo, como la salud social.

PERSONAL CARCELARIO HONRADO Y COMPETENTE.

Hasta ahora parece que los establecimientos penales del Perú gozaran del triste privilegio de contar con un personal enteramente inaparente para las importantes funciones que debieran incumbirles. Los técnicos, los estudiosos y, aún, los entusiastas brillan por su ausencia, salvo honrosísimas excepciones. El personal subalterno, especialmente los vigilantes, se reclutan entre individuos de antecedentes sospechosos y de una completa ignorancia del papel que les corresponde. De allí que ninguna labor reeducativa e higiénica sea posible realizar con éxito en estos establecimientos, no obstante los buenos deseos del Estado.

Las más vergonzosas inmoralidades se producen con la venia o con el apoyo del mismo personal carcelario. En la misma Penitenciaría Central de Lima se han observado algunos casos bochornosos.

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

Hubo ocasión en que se expendían bebidas alcohólicas a los reclusos, por el propio personal de vigilantes. En la actualidad se les vende, por este mismo personal, hojas de coca y otros tóxicos similares, que exitan el deseo sexual.

Conociendo los efectos que producen estos venenos sobre el hambre sexual, es fácil imaginar que las prácticas depravadas a las que se entregan los penados, se deben, en gran parte, al empleo de esas sustancias, introducidas en los establecimientos penales por los mismos que debieran vigilar que no fueran usadas.

Juzgamos, pues, de necesidad, como un medio de resolver, en parte, el problema sexual en estas instituciones, que se realice una inteligente descongestión del mal elemento y que se castigue, con severas penas, a aquellos que introduzcan a los establecimientos penales sustancias, que como la coca y el alcohol, actúan como un estimulante del deseo genésico.

TRABAJO INTENSIVO

En las frecuentes visitas que he verificado a los establecimientos penales de Lima y sus alrededores, he podido observar, con sorpresa, que un buen número de reclusos, en perfectas condiciones de salud, no realizan ningún trabajo, durante días y días. Interrogados sobre la extraña circunstancia que hago mención, me contestaban que no tenían en qué ocuparse, puesto que no existían labores que efectuar en estos establecimientos.

La ociosidad, como bien se comprende, deja en libertad a la imaginación del hombre para ocuparse de toda clase de asuntos y dada la hiperestesia sexual a la que están condenados los reclusos, en virtud de la continencia involuntaria a la que están sometidos, es natural que en esos momentos solo piensen en motivos eróticos, poco edificantes y saludables. Son precisamente esos instantes los que incuban las prácticas más depravadas y vergonzosas y dada la escasa vigilancia que sobre ellos se ejerce, por lo general, con la complicidad de otros reos, la masturbación y la pederastía tienen amplio margen para realizarse impunemente.

El Estado debiera preocuparse de encontrar trabajo para todos los reclusos penales. Debiera dotar a las instituciones carcelarias de las maquinarias suficientes para que pudieran efectuar toda clase de trabajos y entregarles a ellas, para su confección, las obras que necesite, en vez de darlas a otros establecimientos industriales privados, que no siempre las efectúan en las mejores condiciones técnica, ni económicas. Quizá si esta medida pudiera significar un fuerte ahorro para las arcas fiscales.

DISTRACCIONES

Estas son estrictamente indispensables para la vida saludable de los penados. Desde el punto de vista sexual, ejerce una poderosa influencia en la atenuación del deseo genésico, siempre que sean debidamente seleccionadas, con criterio científico. La preocupación sexual de los reclusos se distraería en tal forma con las recreacio-

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

nes, que seguramente desaparecería, por tiempo más o menos largo, de la mente atormentada de los reos. Además servirían de verdaderos oasis a sus vidas monótonas y tristes, dándoles nuevos entusiasmos para la realización de sus labores.

Naturalmente, la selección de estos se impone. Podría suceder que algunas de las distracciones que se creyeran atenuantes del deseo sexual, fueran por el contrario, estimulantes del instinto. Así, por ejemplo, la mayoría de las películas cinematográficas presentarían este serio defecto. Habría la absoluta necesidad de seleccionar las películas con especial tino y juicio. Según mi parecer, las más apropiadas, para el objeto que se desean, serían las de índole educativo y algunas cómicas.

El radio, también, podría utilizarse con éxito en los establecimientos penales, sin grandes gastos para el presupuesto fiscal. Un amplificador daría los mejores resultados y los penados tendrían algunas horas de sano esparcimiento que, quizá, les serviría de un buen medio de educación artística e intelectual.

Los juegos de ping-pong, damas, ajedrez, etc., podrían utilizarse, también, como medio de distracción de los reos. Aunque con cierta cautela, puesto que podrían producirse apuestas de dinero o de alimentos. Conozco el caso de un reo que había perdido en el juego todos los botones de su uniforme. El azar, aún entre personas de cultura, tiene una enorme atracción; con mayor razón entre individuos ignorantes y viciosos.

EJERCICIOS FISICOS

El deseo genésico se atenúa mediante los ejercicios físicos. Parte de las energías eróticas se transforman en movimiento y fuerza. La acción de los deportes sobre el hambre sexual nadie lo niega hoy en día y se considera a estos como su mejor paliativo. Es por estas razones que con profundo agrado he observado la importancia que se le dá, en estos últimos tiempos, en los establecimientos penales, a toda clase de ejercicios físicos y el entusiasmo que se nota entre los reclusos para cultivarlos. De desear sería que se intensificara la afición a los deportes y que se extendiera a todos los establecimientos carcelarios.

EJERCICIOS INTELECTUALES

¿Qué clase de ejercicio mental convendría más a nuestros penitenciados, con el fin de atenuar, en ellos, el deseo genésico? Dejemos de lado el estudio de matemáticas, puesto que sólo poseen nociones de lo más rudimentarias de esta ciencia y la evolución intelectual que presentan haría poco menos que imposible cultivarla.

El sistema de creación de bibliotecas me parece el más acertado, bibliotecas que debieran existir en todos los establecimientos penales de la República. Pero, eso sí, estas bibliotecas debieran for-

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

marse de manera inteligente, integradas por obras que pudieran ser leídas con gusto e interés por la mayoría de los penados, que poseen una cultura bastante pobre.

En nuestra Penitenciaría Central de Lima he encontrado libros que ni los mismos estudiantes universitarios, en su mayor parte, gustarían leer. Existen en esa pequeña biblioteca una serie de obras, entre las que predominan los autores clásicos castellanos, que no llego a comprender como han podido ser adquiridas para un núcleo de individuos semianalfabetos. En la selección de las obras ha predominando un criterio que admira, por lo desacertada. La persona encargada de seleccionar las obras y autores, solo ha demostrado una completa ignorancia de la mentalidad media de los reclusos de ese establecimiento penal. La mayoría de los volúmenes, como es lógico, duermen empolvados en el estante, sin que nadie los lea y si no fuera por el bibliotecario, un penado inteligente, de sobresaliente mérito, Salomón Rojas, quien, con cariñosa solicitud selecciona y recomienda los libros que deben leer los penitenciados, que van a pasar algunas horas al salón de lectura — sala fría y húmeda por lo demás — estoy completamente seguro que, más que una biblioteca, aquello sería un simple bodegón de volúmenes, o mejor, un verdadero cementerio de libros.

Si se desea que las bibliotecas de los establecimientos penales cumplan con su misión útil y provechosa, debe hacerse una selección inteligente de los volúmenes que las integran. Debe nombrarse una persona competente y honrada para que efectúe esta selección. De otra manera, mejor sería que no las hubieran, puesto que significa, a mi entender, derrochar inútilmente el dinero fiscal.

Bajo la dirección de los profesores de estos establecimientos, debieran formarse algunos cuadros de representación y celebrar pequeñas fiestas, a base del trabajo artístico de los reclusos.

Convendría, también, ayudar, en forma efectiva, a aquellos penados que denoten alguna habilidad artística, manual e intelectual, con el objeto de desarrollarla en lo que fuese posible. La distracción producida por la confección de su labores, seguramente atenuaría sus deseos eróticos, a la vez que realizarían obras de utilidad manifiesta, que más tarde, una vez en libertad, podrían representarles un medio honrado de ganarse la vida.

No se crea que entre los reos no se encuentran individuos dotados de un temperamento artístico. Es digno de mención un joven llamado Salomón Rojas quien entretiene sus ratos de ocio, ora pintando cuadritos, ora construyendo juguetes, de admirable confección, que vende u obsequia. Es un claro exponente del temperamento artístico que es dable encontrar entre los reos. Desgraciadamente, nadie los dirije ni estimula y solo la gran afición que los domina hace que ellos gasten sus ahorros en los útiles necesarios para la confección de su trabajo.

AISLAMIENTO DE LOS INVERTIDOS

En los establecimientos penales existen un buen número de pederastas, que no sólo constituyen una vergüenza por sí mismo,

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

sino un grave peligro para los demás reclusos, que aún no han adquirido este vicio repugnante. No conozco las cárceles de provincias, pero por lo que a las instituciones penales de Lima y sus alrededores se refiere, especialmente la Colonia Penal «El Frontón» y la Cárcel Pública de la capital, debo afirmar que el número de invertidos es considerable.

El hombre encanallado por las prácticas de la pederastía llega, a veces a extremos criminales. Son frecuentes los casos de violación, por parte de los invertidos activos, de los reos recién ingresados, quienes, por su juventud, estimulan el hambre erótico de éstos. Las amenazas más terribles, los golpes y la fuerza, rara vez faltan en estos casos infames, con la complicidad de los demás reos, que no se admiran de estos atentados, puesto que los consideran naturales y lógicos.

Los pasivos, por su parte, buscan "su hombre". Mediante halagos, palabras de doble sentido, tocaciones obscenas y conversaciones libidinosas, generalmente encuentran lo que anhelan, constituyendo, más tarde, los famosos "matrimonios" que todos los que hayan hecho estudios en los establecimientos penales, conocen.

Con objeto de impedir de que este vicio se propague, es estrictamente necesario el aislamiento de los que ya lo presentan. Los médicos de los establecimientos penales debieran, por lo menos una vez al mes, hacer un examen de todos los reos y aquellos en quienes se encuentre los signos de la pederastia, deben ser aislados y especialmente vigilados por el personal carcelario.

Junto al aislamiento de los pederastas debieran emplearse métodos curativos especiales, como los injertos de glándulas sexuales. El vicio pudo ser engendrado bien por causas intelectuales, morales o físicas. Es natural, pues, que se dirijan a cada una de ellas los recursos que ofrece la terapéutica. La función del médico en estos casos es indispensable.

EDUCACION SEXUAL

No es posible que por la mera reclusión de los penados, desaparezca en ellos un instinto tan vital como es el genésico. Este continuará existiendo, con igual o mayor poder que antes, y si no se le educa y dirige, fácilmente conducirá al hombre hacia las peores y más depravadas prácticas. Es lo lógico.

Cuanto más ignorante sea el sujeto, tanto más fácil será que el vicio lo domine. De allí que sea del todo necesario la educación sexual de los penados; educación que los llevaría al conocimiento exacto de los terribles efectos que produce la pederastia y la masturbación en el organismo humano, y los hará huir de estos hábitos vergonzosos.

La más completa ignorancia sexual reina entre los reos de nuestros establecimientos penales. Parece que nadie o casi nadie se preocupase de la educación sexual de los penados. Sólo en la Penitenciaría he encontrado algunos con algún concepto claro sobre la materia sexual, gracias a la labor del Jefe del Servicio Médico de ese establecimiento, quien realiza, en este sentido, una brillantísima labor. En las demás instituciones que he frecuentado, la ignorancia

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

es crasa; todo lo que saben del sexo lo es en forma pervertida y maliciosa, lo que conduce, naturalmente, a la depravación de los reos.

Los médicos de los establecimientos penales mediante conferencias y los profesores con sus lecciones diarias, debieran preocuparse en forma efectiva e inteligente, de la educación sexual de los penados. Sin duda sería éste un excelente medio para contribuír a su educación sexual.

Noticias

RESTABLECIMIENTO DEL SERVICIO NOCTURNO EN LA ASISTENCIA PUBLICA.—Lima, 1°. de abril de 1931.—Teniendo en consideración:

Que en el presupuesto administrativo para atender el servicio de la Asistencia Pública de esta ciudad, correspondiente al primer trimestre del presente año, se ha suprimido el servicio médico nocturno;

Que una de las finalidades de la creación de la Asistencia Pública, fué la necesidad de contar con un servicio asistencial inmediato y urgente;

Que la prestación de ese servicio se presenta con caracteres de mayor trascendencia durante la noche;

Que por consiguiente no hay razón que justifique la supresión mencionada;

Se resuelve: Restablecer el servicio médico nocturno en la Asistencia Pública de esta ciudad; y, en consecuencia, proceda la Dirección de Salubridad a consignar en el presupuesto de gastos de esa repartición que debe regir en adelante, las tres plazas de médicos encargados del servicio nocturno que fueron suprimidas, reduciendo el haber de cada una a trecientos soles oro al mes.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del presidente de la Junta de Gobierno.— REATEGUI.

ORGANIZACION DE LA CAMPAÑA ANTIVARIOLICA.—Lima, 1°. de abril de 1931. — Teniendo en consideración:

Que el servicio de vacunación antivariólica durante el último decenio del gobierno fenecido, nunca ha satisfecho las necesidades sanitarias de la república por haberse realizado en forma deficiente y empírica;

Que estos puestos han sido, por su número y calidad, remunerados con excesiva prodigalidad, sin ningún beneficio para la sanidad pública;

Que la dirección y control de esta campaña se ejercía en forma empírica por personas de sexo femenino sin capacidad ni preparación técnica, ni eficiencia administrativa;

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

Que siendo de imperiosa necesidad la reforma y organización de esta importantísima función de salubridad pública;

Se resuelve: —Proceda la Dirección de Salubridad a la organización de la campaña antivariólica en toda la república, nombrando al efecto un médico jefe de dicho servicio y un ayudante, quienes bajo la dirección técnica de la oficina departamental la organicen científica y eficientemente, dentro de las rentas señaladas por el presupuesto vigente.

Redúcese a cuarenta los cargos de vacunadoras para la capital de la república y a cinco los de revisadoras de vacunación; debiendo recaer los nombramientos respectivos en personas que hayan demostrado honradez y aptitud para el servicio.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Presidente de la Junta Nacional de Gobierno.— REATEGUI.

MONTEPIO A LA VIUDA DEL DOCTOR JULIAN ARCE. —La Junta Nacional de Gobierno.—Considerando:

Que el doctor Julián Arce, recientemente fallecido, fué el primer director y fundador de la Dirección de Salubridad, en cuyo cargo prestó al país, servicios de importancia reconocida, dando a esa repartición gubernativa la organización que hasta hoy conserva fundamentalmente;

Que las condiciones de capacidad, de laboriosidad y sobre todo de honorabilidad y entereza de carácter, hicieron de dicho ex-funcionario uno de los servidores que han merecido bien del país;

Que fallecido en la pobreza, deja viuda e hija que carecen de los medios de subsistencia necesarios, es deber del Estado no dejar en el desamparo a los deudos de tan eminente servidor de la Nación, aún cuando no haya fallecido en el ejercicio del cargo;

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el estatuto promulgado el 11 del corriente mes;

Expide el decreto ley siguiente: Concédese a la viuda e hija del doctor Julián Arce, exdirector de Salubridad Pública, una pensión mensual de montepío de ciento ochentiseis soles oro veinte centavos (S. 186.20).

Expídase la cédula correspondiente.

Dado en la casa de gobierno, a los seis días del mes de abril de mil novecientos treintiuno.

David Samanez Ocampo.—Gustavo Jimenez.—Federico Días Dulanto.— J. F. Tamayo.—Manuel Vinelli.— José Galvez.— Rafael Larco Herrera.—U. Réategui M.

Por tanto mando se imprima, publique y se le de el debido cumplimiento.

Rúbrica del Presidente de la Junta de Gobierno.— REATEGUI.

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

Bibliografía

LA EPILEPSIA por el Dr. José María de Villaverde.— Un volúmen de 184 páginas. — *Monografías de "El Siglo Médico"*— Madrid 1930—1.75 pesetas.

He aquí el sumario de este hermoso libro:

Prólogo.—Capítulo I Concepto de la epilepsia llamada esencial. —Capítulo II. El ataque de mal mayor. — Capítulo III. El mal menor y las formas incompletas. — Capítulo IV. Las manifestaciones psíquicas de la epilepsia. — Capítulo V. Las alteraciones humorales en la epilepsia. — Capítulo VI. Patogenia de la epilepsia. — Capítulo VII. Etiología. — Capítulo VIII. Diagnóstico.— Capítulo IX. Tratamiento.

LA EVOLUCION DE LA SEXUALIDAD Y LOS ESTADOS INTERSEXUALES por el Dr. G. Marañón.—Un volúmen de 273 páginas. 2ª. edición—*Editorial Morata.* Madrid, 1930.—10 pesetas.

No vamos a descubrir la personalidad del doctor Marañón, ni vamos tampoco a hacer una crítica de la obra; quede este menester para plumas más autorizadas, nuestra misión es puramente informativa y en cuanto a esto podemos decir que la primera edición se agotó rapidísimamente; suponemos que con la segunda ocurrirá lo mismo.

Esta segunda edición ha sido notablemente corregida, hasta el punto que puede decirse que es una nueva obra, pues según palabras del autor "lo que primitivamente era la conclusión final de un sistema de observaciones, pasa a ser el corazón del libro".

Los capítulos más importantes son los siguientes:

La evolución de la sexualidad y los intersexuales.—Estudio de los caracteres sexuales.— Un comentario sobre la posición de los sexos ante la evolución morfológica.—Clasificación de los estados intersexuales.—El hermafroditismo.— El pseudohermafroditismo. —La criptorquidia y el hipospadias como estados intersexuales.— La ginecomastia.—Virilización y feminización.— La homosexualidad como estado intersexual.—Intersexualidades funcionales secundarias.—Las intersexualidades críticas.—Constancia de la predisposición intersexual en la especie humana.— Evolución asincrónica de las sexualidades masculina y femenina.—Intervención de otras glándulas endocrinas en el proceso de la sexualidad.— Sentido progresivo de la diferenciación sexual.— ¿Es posible favorecer el auge de la diferenciación sexual?

FORMULAIRE GINECOLOGIQUE DU PRATICIEN por el Dr. G. Jeanneney et M.ª Rosset-Bressand.—Un volumen de 200 páginas. — *Gaston Doin et Cie. editeurs.*—París, 1930.

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

Lo que mas destaca de esta obra es la orientación esencialmente práctica que le han dado sus autores.

En efecto; está dividida en dos partes: Una muy corta, en la que se resume el mínimum de conocimientos indispensables al médico para examinar correctamente un enfermo y llegar a un diagnóstico preciso, y la otra, mucho más importante, contiene para las diferentes enfermedades un juicio o resumen clínico notable, y los signos patológicos que especialmente deben aliviarse; después, un verdadero consultorio formulante para cada caso. En una época en la que todo el tiempo que pueda economizarse es poco, esta obra rendirá grandes servicios a todos los médicos. Con la mayor brevedad, los lectores encontrarán el conocimiento adecuado moderno y práctico de todas las afecciones ginecológicas.

Las bases científicas, la presentación tipográfica del volúmen y el nombre de los autores, garantizan el éxito de este trabajo, esencialmente práctico, indispensable a todos los médicos y especialistas.

MASSAGE ET REEDUCATION por los Drs. Durey Meurs et Lucienne. — "Les Actualités Physiothérapiques" — Un volumen de 95 pages. —*Gauthier-Villars et Cie, editeurs.* —París 1930.

Con verdadera simpatía ha sido acogida esta "Colección de Actualidades Fisioterápicas", cuya finalidad es bien plausible; hacer conocer y apreciar mejor en el centro médico— estudiantes y prácticos— el conjunto de conocimientos y recursos que nos es dable y tenemos derecho a exigir de la Fisioterapia, cuyo dominio es inmenso, ya que no ha habido descubrimiento *físico* de alguna importancia que no haya sido aplicado bajo una u otra forma al arte de curar. Comprende esta obrita dos partes de la Kinésiterapia: *Masaje y Reeducación*".

LA RADIOTHERAPIE PENETRANTE por los Drs. Ledoux-Lebard et Etienne Piot. — "Les Actualités Physiotherapiques" — Un volumen de 80 pages. — *Gauthier - Villars et Cie. editeurs.* —París 1930.

Los progresos realizados en los aparatos eléctricos durante los diez años últimos, han permitido al médico utilizar radiaciones cada vez más penetrantes, teniendo necesidad de voltajes que alcanzan hasta 200.000 voltios.

Ha sido, pues, necesario comenzar de nuevo volviendo el problema a su base, y crear también una nueva técnica. Por tanto, los rayos X duros no difieren cualitativamente de los rayos X blandos, y hasta es posible estudiarlos al mismo tiempo. Esto es, pues, lo que el autor ha ensayado de hacer en este libro, en el que después de un breve repaso de algunas nociones de electricidad y de física general estudia las propiedades de los rayos X y especialmente aquellas que interesan directamente la radioterapia, extendiéndose particularmente sobre la cuestión de la absorción de filtros y sobre el método ionométrico. Es, en resumen, una obra que interesa a todos los que quieran iniciarse en los fenómenos puestos en juego en las aplicaciones radioterapéuticas practicadas con los aparatos actuales y las técnicas modernas.

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

BIOLOGIA Y PATOLOGIA DE LA MUJER. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA por los Drs. J. Halban y L. Seitz.—Tomo V de 628 páginas.—*Editorial "Plus Ultra"*.—Madrid, 1930.—47,50 pesetas.

El éxito creciente que en el curso de su publicación viene obteniendo este monumental Tratado de Obstetricia y Ginecología estaba previsto. Hoy nos limitaremos a informar sobre el contenido del tomo quinto.

La Osteomalacia es objeto de un interesante estudio por parte del distinguido profesor Dr. Hans Guggisberg, de Berna, el cual se ocupa también de *La Clorosis*, ofreciendo en un centenar de páginas la descripción completa y detallada de estas afecciones, así como las diversas teorías, los métodos de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc. completándole con abundante bibliografía, una figura y una lámina policromada.

El eminente profesor Dr. F. R. Kermauner, de Viena, en un extenso y documentado trabajo que lleva unas 400 páginas, estudia los *defectos del desarrollo de los órganos genitales femeninos*, con las convenientes decisiones y subdivisiones del asunto para mayor claridad en la exposición; seguidamente, se ocupa del *Aparato urinario y de la Cloaca*, describiendo magistralmente las malformaciones en uréteres simples, desplazamientos renales congénitos, riñón largo unilateral, en herradura, en forma de saco, míseros y rudimentarios; falta unilateral del riñón, falta de los dos riñones, protoriñón, malformaciones de los órganos especiales procedentes de la cloaca, malformaciones de la vejiga, del seno urogenital, membrana cloacal, fisuras tisurales, etc.

Sexo dudoso. A este complejo problema le dedica el Dr. Kermauner especial atención, cuidando de la sencillez en la expresión, para que dentro de la brevedad quede bien fijado este interesante aspecto intersexual. Avaloran estos trabajos copiosísima Bibliografía y gran profusión de figuras en el texto.

El resto del volúmen está dedicado al estudio de las *Modificaciones en la forma y en el emplazamiento de los genitales femeninos*, por el prestigioso profesor Dr. K. Reifferscheid, de Gottingen, en cuyo texto se pone de relieve su vasta erudición y profundos conocimientos acerca de la materia. Por último, las 42 figuras intercaladas en el texto, las dos láminas policromadas y cuatro en negro, facilitan el estudio de este magistral trabajo, que al igual que en los demás, se inserta al final una bibliografía seleccionada.

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

UNIVERSIDAD MAYOR SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

Blastomicosis secundaria nasal incipiente

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL
Ex-Rector de la Universidad de Arequipa

El estudio de la blastomicosis de la selva americana es siempre apasionante, con tanta mayor razón, cuanto que cada día ocupa un lugar de más en más extenso en la patología americana, que su curación está aún llena de incógnitas y que su distribución geográfica es inmensa, toda vez que se desarrolla en la extensa selva donde las lluvias constantes y la gigantesca vegetación, forman un ambiente de sombra y de humedad tan propicio para el desarrollo de gran variedad de hongos y de otra variedad, aún no esbozada, en su magnitud, de micosis, producidas por tan terribles parásitos.

Pruébenlo los estudios amplísimos verificados por las escuelas europeas en sus institutos tropicales y las asociaciones investigadoras de América, entre las que se hallan a no dudarlo, como vanguardia científica, las de la Argentina y el Brasil.

Voime a permitir narrar un caso que tiene el interés de haber presentado las primeras manifestaciones clínicas de los accidentes secundarios mucosos, después de haber ostentado el chancro inicial en el antebrazo.

N. N., arriero, de 34 años de edad, hace frecuentes viajes a la región selvática peruana del río Madre de Dios.

Después de uno de esos viajes sintió escozor en la parte anterior e inferior del antebrazo derecho, donde apareció primero un botoncito, al que siguió una úlcera que fué agrandándose de más en más, hasta presentar una forma oval con una dimensión de tres centímetros de ancho por seis de largo, al cabo de cuatro meses de iniciada la lesión.

Examinada la úlcera y su líquido purulento, así como un trocito biópsico de ella, nos mostró muy abundantes blastomicetos, así como blastomicomas de lo más característicos.

No observamos leishmanias ni en el líquido ulceroso ni en la perilinfa de la lesión, donde es fácil hallarlas en casos de leishmaniosis americana.

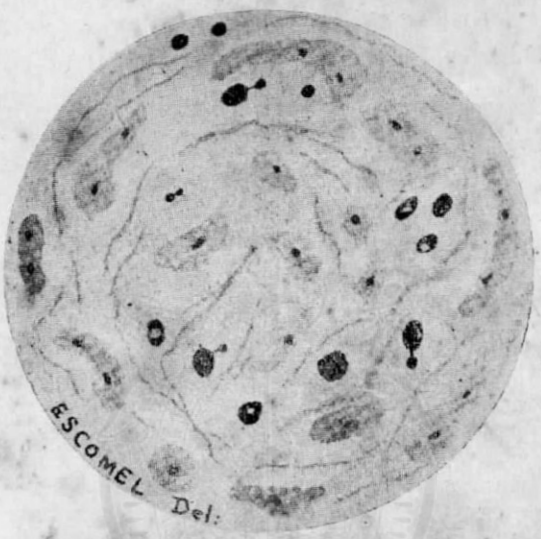
Sistemáticamente practicamos en estos casos el examen nasofaringo-bucal más prolijo, por ver si habían lesiones mucosas y hallamos en la ventanilla derecha, en la parte inferior del tabique, en el sitio de escogimiento de la arteria de la epistaxis, una pequeña erosión redondeada con síntomas de congestión local.

Hicimos una biopsia del centro de la erosión y previa fijación a la celoidina y coloración al Giemsa, encontramos lo que represen-

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

ta la figura, es decir las primeras manifestaciones secundarias de la blastomicosis en la mucosa.

Se observan parásitos bien evidentes de tamaño que varía entre 1 y 3 a 5 micra, unos libres, otros en grupos, otros en estado de división directa y algunos más emitiendo sus yemas reproductoras a las que se hallan unidas por un puente de substancia cromática.



LESIÓN BLASTOMICÓSICA SECUNDARIA, INICIÁNDOSE EN EL TABIQUE NASAL
Abundantes blastomicetos, con y sin vacuolas, con y sin yemas.

Unas veces tienen una vacuola incolora central presentando los dos extremos coloreados de azul violado oscuro. Otros están totalmente teñidos. Algunas veces tienen macitas coloreadas de rojo, las que no poseen los caracteres del núcleo y del blefaroplasto de las leishmanias.

Estas macitas han hecho considerar como leishmanias a hongos verdaderos por autores que han querido aminorar y aun negar la existencia de micosis en la selva húmeda y funguígena, si es posible llamarla así, de América, cuando más bien todos los últimos estudios de la mayoría de los investigadores están de acuerdo lógico con la naturaleza geográfica de estas zonas, para dar a las micosis el papel muy importante que desempeñan en la patología americana y buscar las medidas profilácticas y terapéuticas de estas entidades que atacan tan severamente a sus pobladores.

Como terapéutica hicimos la cauterización ígnea, intensa, de la lesión inicial, *hasta más allá* de los límites macroscópicos de cultivo del hongo. Del mismo modo actuamos en el tabique nasal, en la esperanza de curar quizá definitivamente la enfermedad.

Al mismo tiempo practicamos inyecciones de tártaro emético, de spirby y de estibosan, ayudándonos localmente con el synctol del doctor Lerat.

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

Sólo el tiempo será capaz de decirnos si la curación será o no definitiva.

Este caso nos ofrece la circunstancia interesante de habernos mostrado la iniciación de las lesiones secundarias de la blastomicosis al rededor de los capilares de la arteria de la epistaxis, la que parece haber sido el vasito terminal por donde llegaron los blastomicetos del chancro inicial del antebrazo, para implantarse en este sitio de predilección donde realiza su nueva pululación.

La higiene mental y las toxicomanías

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE

Hablar de la higiene mental en relación con las toxicomanias es tocar uno de los puntos mas importantes y sugestivos de la medicina y de la previsión social. En la hora presente, al mismo tiempo que la humanidad dirige sus esfuerzos para modelar las nuevas formas de la sociedad contemporánea, contempla como la ciencia va brindandole útiles recursos para salvarla de los males que ha sufrido a causa de no haber meditado en lo que vale y encierra el clásico aforismo "mas vale prevenir que curar". Esta noble finalidad la cumple la higiene mental ofreciéndole valiosos medios de defender la inteligencia humana, base y sosten de su grandeza y bienestar.

Los primeros jalones en la lucha contra los tóxicos — uno de los factores que mas atenta contra los agregados sociales — han sido puestos por Estados Unidos que, como lo ha dicho Valdizán, han ofrecido al mundo la lección de como se defiende, al amparo de la ciencia, el porvenir de una nacionalidad. El vigoroso movimiento en favor de la higiene mental iniciado por Clifford Beers ha ganado prosélitos en todos los pueblos. El Perú no se ha sustraído a la nueva doctrina moralizadora y eugénica. Algunos valores de la medicina nacional, el primero de los cuales ha sido Carlos A. Bambarén, se han empeñado en inculcar en las mentes y en los corazones la nueva manera de luchar por el ideal pretérito, pero siempre lozano y reciente, de la dicha humana.

Los personeros de la Universidad de Lima me han ofrecido esta tribuna para que diga unas palabras sobre lo que son las toxicomanías. Por adhesión a esta casa que es mi madre espiritual, y por contribuir a la obra de extensión cultural en que están empeñados, he aceptado la misión. No me forjo ilusiones sobre el valor de mi discurso, que hecho al márgen de toda pretensión literaria, sólo atiende a relatar hechos, muchos de ellos fuera de mi habitual dedicación profesional.

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

La tendencia humana de estimular el cerebro con sustancias tóxicas es, desde hacen años, motivo de estudio para los psiquiatras y sociólogos. Un antiguo concepto yá olvidado sostenía que era una fuerza instintiva la que impulsaba al hombre a narcotizarse. Muchos amantes del vicio justificaban el hábito, hasta con páginas bien escritas, que lograban de primera mano hacer ver esta costumbre reprobada por el buen sentido, como la satisfacción de una necesidad normal de exitantes. La universalidad con que se usa el alcohol era, al respecto, una prueba concluyente.

Pero, reflexionando las cosas se llegó ulteriormente a formular nuevos conceptos. Nacieron ellos de investigar porqué las apetencias individuales acababan en hábitos colectivos. Y se señaló un factor comun: la embriaguez, con toda su gama de variantes. Desde la falsa alegría o euforia, hasta la narcosis y la estupefacción, cuyos caracteres paralíticos y somníferos son las mejores imágenes de la muerte. La primera empero es la que se desea, ya que la segunda es la inversa de aquella alegría que, al proporcionar al espíritu sensaciones gratas, por lo desviadas que están de la realidad, dejan un recuerdo que incita a la repetición y hace que el tóxico tome carta de ciudadanía en los hábitos.

Si la tendencia al uso de los venenos psíquicos hubiera sido el triste privilegio de unos cuantos, sus peligros darían poco que pensar. Desgraciadamente han ido imponiéndose gradualmente. El ejemplo y su consecuencia la imitación, consiguió apoderarse de las personalidades sencillas. El número de víctimas así crecido, puso atentos a los observadores, que con nuevos empeños se adentraron aun más en el estudio del nuevo mal social.

Atraves de los tiempos la repetición cuotidiana de los actos fué modificando las costumbres. La herencia que es psicológicamente una de las formas de la imitación, consiguió que los hijos hicieran con ciega impulsión lo que los padres realizaron simplemente por imitar. De esta manera la necesidad del veneno surgió en toda su aterradora realidad. Algo más; los dones de la inteligencia fueron movilizados para exculpar el vicio y, por consecuencia, para que se le conozca y difunda más. La intensificación de la producción y su distribución por doquiera han conseguido que ya no sean extraños al hombre.

Los avances de la civilización y el desenfreno que producen en las costumbres los grandes acontecimientos hacen que día a día nuevos elementos busquen los exitantes. En la decadencia de Roma, por ejemplo, los placeres corrieron parejas con la disolución del gran imperio. En la era presente, la guerra de 1914 ha sido señalada erroneamente como la causante de los formidables progresos que en el mundo han hecho las toxicomanías. Lo que el acto bélico ha permitido mas bien, como muchas veces se ha dicho, es descubrir un gran número de sujetos tarados psíquicamente. Considerados como normales hasta entonces fueron sacudidos por los acontecimientos. Al caerse el velo que ocultaba sus deficiencias psicológicas evidenciaron su aptitud toxicomaniaca. Así se supo que estos buscadores de paraísos artificiales son sujetos que, en virtud de una enfermedad preexistente, caen, por diversos motivos, en el hábito de la narcomanía. De aquí que sea necesario conocer siempre la psicopatía, ese triste privilegio

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

de los que, por estar predispuestos, se hacen devotos del tóxico después de haber experimentado los efectos de la primera dósis.

La coexistencia del aumento de los toxicómanos con el alto grado de civilización a que asistimos determinó que los estudiosos trabajen con loable empeño en descubrir si la locura guarda relación con el progreso de la humanidad. El asunto es tema medular que al tratarlo nos llevaría mui lejos. Pero, es evidente que la civilización moderna, como lo ha dicho Ameghino, ha hecho reconocibles muchos locos, que a no mediar ella, hubieran pasado inadvertidos.

La aparición del psicoanálisis arroja nuevas luces sobre el conocimiento de este mal, especialmente de sus motivos íntimos. Tolstoi, según las observaciones de Gregorio Berman, fue sin desearlo un precursor de los principios freudianos. La desarmonía entre la vida de los hombres y sus anhelos es, para el autor de "Los placeres viciosos", el motivo que los impulsa a acudir al tóxico para paralizar las funciones cerebrales y no darse cuenta de su verdadera situación. Lo que en estado de lucidez es malo y vituperable se presenta a los ojos del intoxicado como hechos correctos y admisibles. La "censura" como se llama en psicoanálisis a esa fuerza que detiene en estado de vigilia los pensamientos perversos, queda anulada. Todo el torbellino de lo subconciente surge arrollando los progresos de la educación y la moral. El hombre se muestra entonces en todo su esplendor y, conforme con lo anotado por Ribot, queda libre el acceso al mundo de los ensueños, de lo imprevisto y de lo desconocido. La socorrido frase "bebí para tener valor" encierra a este respeto toda una doctrina, semejante a la que Freud resume en el "principio del placer".

Pese a estas verdades científicas, es un hecho común que no se considere como enfermos a los toxicómanos. Etiquetados de viciosos por una sociedad egoista, las gentes los señalan como malos elementos, como sujetos indeseables y disociadores, por sus costumbres nada edificantes, por su ninguna tendencia al trabajo, por su discutible moralidad y por la facilidad con que rompen los principios de la convivencia social. Pero, los médicos, los que por razones profesionales tenemos que habernoslas con el prójimo a la hora del sufrimiento, sabemos cuantas taras pesan sobre ellos y hallamos la explicación del hábito por las drogas y por los tóxicos.

Más como los conocimientos médicos han sido insuficientes para el total enjuiciamiento del magno problema, se hizo preciso la ayuda de higienistas y sociólogos, de juristas y de hombres de gobierno. Un concurso así logrado tenía por fuerza que ser encaminado por nuevos senderos. Y ahora ya se sabe que, además de la inclinación toxicomaniaca, acuden a favorecer el mal los factores sociales, aquellas circunstancias que son propias de determinados ambientes y de las costumbres de los grupos y de los hombres que los integran.

Aquel mundo vicioso cuyo representativo es la prostituta juega un gran papel. Y es que difundir todo lo que sea grato al cliente y sirva para encadenarlo, constituye el objetivo principal del lenocinio. No importa que las mujeres que ahí se citan acudan por grosero sensualismo, por el hambre o por el azar. El placer o el olvido son aquí las causas de la toxicomanía. Y las sensaciones que provoca fácilmente incitan a conocerlas, por lo patético de las narraciones y

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

por el influjo que tienen, como centros de contagio, la coquetería y la belleza de las mujeres.

El ritmo de la época no es un factor menos atendible. Las desarmonías que resultan entre el conservadorismo y el avance social en las ciudades, favorecen la aparición de nuevos estados de conciencia, de luchas y contiendas entre los que se aferran al pasado pensando que "todo tiempo pasado fué mejor", y los snobistas, los que conquistados por la moda, piensan que resulta indecoroso no estar a tono con los tiempos. Rotos los vínculos, ausentes los frenos que detenían los apetitos, los individuos caen fácilmente en la "nueva sensibilidad" en los "paraísos artificiales" o en la embriaguez vulgar, símbolos para ellos de su independencia y personalidad.

Los jóvenes que viajan y vuelven al terruño con su toxicomanía son, también otros nuevos centros de difusión. Los amigos que quedaron, reconstruyen el círculo de otra hora del que es eje el recien llegado, por su precoz experiencia. Los que conocemos las debilidades humanas poco nos extrañamos de la rápida conquista del grupo. Y es que tratando de ser iguales al "aristócrata" que con su dinero y sus desplantes mantiene ante estos frágiles las prestancias del vicio, cada quien procura imitarlo, por que son incapaces de hallar en las sanas alegrías del trabajo y de la vida corriente las compensaciones y los lenitivos naturales del espíritu.

La facilidad con que se obtienen los tóxicos es otro elemento determinante de las narcomanías. Las fuentes de abastecimiento en efecto son inagotables y de fácil acceso: Dan vida a una de las formas comerciales clandestinas más activas. Un joven delincuente ha referido que conseguía la cocaína mediante la actividad de un amigo quien no dejaba de visitar los vapores que arribaban al puerto de Supe cuyos tripulantes lo cocainizaban a dos soles el gramo. Un morfinómano lograba así mismo obtener la morfina mediante la ayuda del boticario de una negociación azucarera del norte, el cual le vendía los tóxicos que allí existían con fines terapéuticos. Un oficio así socorrido era difícil que no contara con numerosos vendedores. Pese a la vigilancia policial— cuando existe— todo un ejército de traficantes se dedica al comercio de los narcóticos. Son los mejores aliados de los toxicómanos. La vindicta pública no los señala sin embargo. Es un negocio como cualquier otro, se dice, y su constante actividad acaba por no sorprender a nadie. Acaso como lo ha dicho Berman por que lo anormal y lo monstruoso llega a parecer normal a los ojos de la mayoría en cuanto se acostumbran al mal.

Describir la evolución que sigue el acto de intoxicarse no demanda ciertamente los conocimientos médicos. Zolá ha trazado, por ejemplo, de mano maestra el cuadro de aquel personaje bebedor de "L'Assommoir" que acabó por contagiar de su vicio a la compañera trabajadora y buena, cuya tragedia ahí se pinta con crudo realismo. Alcohol o morfina, opio o cocaína, todos ellos manifiestan sus efectos por un cuadro de síntomas sensiblemente iguales. Más como interesa a nuestros fines una somera disquisición sobre los caracteres psicológicos de las toxicomanías, el médico aparecerá algunas veces en el relato, aunque escondido y desprovisto de lenguaje técnico. De este modo será posible una incursión en la embriaguez y en los deli-

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

rios del alcohol, morfina, opio y cocaína, que por ser el alcaloide de una planta vernácula, muy usada en el Perú, tiene que interesarnos superlativamente.

Las menores dósis del alcohol trastornan el juego normal de las facultades cerebrales. La célula nerviosa es al respecto de una delicadeza y precisión innegables. Lo frecuente que resulta la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol ha restado valor a este hecho. Por el contrario estas cualidades estimulantes son elogiadas y nadie se sorprende de su empleo con tal fin. Pero subiendo la dósis las manifestaciones del desequilibrio cerebral empiezan a ser ostensibles. El que está ingiriéndolo se apercibe de que sus ideas son más abundantes y que su pensamiento tiene cierta prisa. Los que le miran aprecian su logorrea inagotable, su humor contagioso, su impulsividad. Al mismo tiempo es comunicativo, sus secretos son de todos por el anulamiento que los humos del alcohol han hecho de su "censura", esto es, de su propio elemento fiscalizador. Embotado como se encuentra siente acrecentada su personalidad y con gran desfachatez concede a sus actos y palabras un valor que rechazaría en estado lúcido. Fanfarrón y mentiroso unas veces es, otras, agresivo y pendenciero. La ira es a menudo el distintivo del ebrio. No obstante conviene anotar que no es una consecuencia fatal de la embriaguez. Surge en determinados bebedores y da la muestra de las partes ocultas de la personalidad. Por eso el alcohol es la piedra de toque de los estados psíquicos, proporcionando cuadros que varían al infinito, de acuerdo con el substratum constitucional. Ellos permiten anunciar, con alguna aproximación, la forma de locura en que caería el alcoholista.

Pero si el jugo de las viñas, como dijo el otro, desata las lenguas y ha hecho que las gentes avisadas lo empleen para escrutar el íntimo pensamiento, el aumento de las dósis exhibe en el individuo algunos nuevos aspectos. Es la verdadera borrachera, temida por las gentes que han conservado en la primera fase algún sentimiento de dignidad. Y así como el alcohol anestesia el cuerpo hasta el punto de llegar a la insensibilidad y permitir practicar actos quirúrgicos, la esfera del sentimiento también padece. Hay una verdadera anestesia moral cuya expresión está dada por el egoísmo. Unas veces se aprecia en el aspecto gastronómico, en la orgía famosa, en el festín que desde antiguo transforma al hombre más ilustre en un ser inferior e innoble. Ninguna manifestación aparece aquí empujando al hombre hacia el ideal. En cambio los goces materiales de la saturnal hacen su agosto. Otras veces, son los desórdenes del lado genital los que distinguen la segunda fase de la intoxicación alcohólica. El respeto al ser de sexo contrario no existe. Del platonismo se pasa fácilmente al atentado sexual. El sentido ético se ha perdido, momento peligroso y que le dá caracter médico-legal al alcoholismo, por los delitos y crímenes sexuales que se cometen. Aún más, la exaltación del instinto reclama imperiosas realizaciones que determinan el engendro de seres degenerados, cuando no son un medio de difundir las enfermedades venéreas. Mas de un libro de patología social podría escribirse con estas punibles consecuencias de la ebriedad.

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

Las imágenes acumuladas en la memoria se liberan junto con los instintos. Una vida de ensueños, de fábulas y de mitos mostraría la desconexión del hombre alcoholizado con el mundo real, si no fuera que su fisonomía particular e inexpresiva ya lo había delatado. Mucho de mentira y nada de verdad forman sus conversaciones . Y así como los triunfos del sábado por la noche junto al mostrador nada significan, tampoco encierran valor las inspiraciones de los que las buscan en el vino. Unos y otras, con la mirada apagada, mascullando entre dientes algunas palabras, vacilantes las piernas, caen pronto en el letargo, en el sueño siderante, cuyo característico ronquido no cesará hasta que la célula cerebral vuelva a la vida, después de haber eliminado todo el veneno que entorpecía su funcionamiento.

"El alcohol opera una verdadera disección del psiquismo humano". Esta frase admirable de Legrain no hay duda que alude a la frecuencia con que, frente a la embriaguez, se halla la prueba de la normalidad o anormalidad de los individuos, de acuerdo con el contenido de la subconciencia. Su valor, como determinante de locura es tal, que su supresión se traduciría en el cierre de más de un manicomio. Sirva esta afirmación de fundamento para que dejemos de lado el largo y complejo estudio de las reacciones patológicas de la embriaguez y de los atentados y reacciones antisociales que todos los días se producen como actos de puro automatismo.

El uso continuo del alcohol engendra el alcoholismo crónico. La variación en las dósis, su ingestión continua o intermitente, la resistencia mayor o menor del organismo, son elementos que combinándose prestan al cuadro diversas tonalidades. De cualquier modo que sea, ya desarrollándose en un lapso de tiempo grande, ya sucediéndose en pocas horas, la mentalidad del bebedor se ofrece idénticamente. La descripción hecha, condensa, pues, cuanto pueda ofrecerse en el alcoholista crónico en gran escala.

La esfera de la conducta, empero, tiene modificaciones tales en el ebrio habitual que justifican un último buceo en la psicología del alcohol. Nuevas formas de conducirse, inusitadas en quien hasta entonces era ordenado, son la manifestación de que el *yo* impera sobre todo, sin preocuparse del juicio que de estas cosas formulan los demás. Mal padre, mal amigo, mal ciudadano, tal la fórmula que sintetiza al bebedor consuetudinario. Todo lo que constituye la lucidez mental está ausente. Ni razona, ni juzga, ni tiene memoria, ni presta atención. Cualquier observador puede constatar estas cosas. Si artista, ya no gusta de lo bello. Si literato, su producción baja de tono. Si comerciante, su ligereza arruinará el negocio. Y, en fin, cualquiera que sea su categoría social, tienen tan agrio el humor que trastorna el caracter que loncaliza la vida de los que todavía los aman. Poco a poco el ebrio va de este modo entrando en el terreno de los alienados. La demencia alcohólica aparece. Y en este instante, lo que fuera una imaginación viva o exhuberante ha dejado el paso a la vida instintiva y refleja. La esclerosis, el reblandecimiento o la hemorragia, como estados terminales, dan cuenta a poco de estas desgraciadas vidas.

Transportémonos ahora a otra zona de observación. Dejemos la universal alcoholomanía y adentrémonos en la tragedia que consti-

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

tuye la vida del morfinómano, de aquel que por una pendiente muy suave se evade del torbellino de la vida y de la lucha, para cobijarse en la tienda del estupefaciente. Mucho se ha dicho que los dolores físicos son los factores del morfinismo. Es cierto que ellos conducen al vicio, y así era entre nosotros, donde fueron *rara avis* los usadores de morfina. El ejercicio profesional causaba, él sólo, todo el daño. Después se supo que contribuía por mucho el terreno ya preparado, esto es la predisposición toxicomaniaca del individuo.

Dos categorías de sujetos constituyen, principalmente, los grupos entre los que se reclutan. Los primeros son los "raros", los "lunáticos", los "extravagantes", es decir, aquellos a quienes sus costumbres diferentes de los demás hace que se les califique con los apelativos que se acaban de formular. Su caída en la toxicomanía no sorprende, se considera natural. Gran acierto hubo en las palabras de Valdizán cuando al referirse a estas vidas las calificó de "una historia, con un prólogo de originalidad y un epílogo de toxicomanía".

El segundo grupo, está integrado por otra categoría de sujetos, cuyos antecedentes impidieron deducir la inclinación por los narcóticos. La rectitud de su vida viene a romperla el vicio. Los que tuvieron oportunidad de conocerlos antes resultan los más sorprendendidos. Y hasta los propios médicos que generalmente se preocupan poco de los estudios psiquiátricos, están imposibilitados de dar en el clavo. La psicopatía previa ha pasado desapercibida, y solo el accidente del tóxico puede explicar, si se reflexiona, la tara que invalida su psiquismo.

Sea la que fuere su procedencia, la morfinomanía de unos y otros lleva consigo una evolución idéntica, a la que Chambard ha fijado dos fases. El período de iniciación es la primera. Existen muchas descripciones de este estado del cual puede salvarse con poco esfuerzo a sus víctimas, por que tienen la sensación de estar en la pendiente. Preferimos, sin embargo, la auto-observación de un médico inteligente y morfinómano, comentada por Devobe en una de sus lecciones clínicas y que entresacamos del libro «Toxicomanías» de Gregorio Berman.

"Desde el segundo o tercer minuto de la inyección— dice— sobrevenía un relajamiento suavísimo, casi voluptuoso, de las piernas primero, del cuerpo después. Al quinto o sexto minuto, las impresiones dolorosas se diluian por así decirlo al mismo tiempo que se evaporaban las preocupaciones y los disgustos. Desde entonces empezaba un período de regocijo cerebral; se siente uno más liviano, hecho de menos materia; el juego de las actividades intelectuales parece mas vivo, se cree uno más inteligente. Traté muchas veces de escribir ciertas ideas que en la borachera morfínica nocturna me parecían brillantes; llegaba el día, y estos ensayos los encontré siempre incoherentes, medianos, por debajo de lo que, sano, podía hacer"

Una enseñanza salta de esta descripción. No es el dolor físico— aquel sujeto padecía de reumatismo—la circunstancia puramente ocasional. El proceso netamente psíquico se evidencia en el relato. Pero, los estudios, el convencimiento y, otras razones respecto a lo que la droga significa, le hicieron huir y temerle al enviciamiento.

Entregados asimismos, faltos de la voluntad para retornar expontáneamente a la normalidad, los usadores de morfina ingresan

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

en el segundo período. Aquel goce del comienzo ahora se consigue únicamente con el aumento de las dósis. El paraíso, según frase de Baudelaire, solo se crea con la farmacia. Sin embargo, se estabilizan por un tiempo en determinada cantidad de tóxico, al que acaban por sobrepasar pese a las terribles consecuencias del vicio.

Un interesante contraste ofrecen los morfinistas en este estado. La conservación de la inteligencia y de la memoria con el debilitamiento del sentimiento y de la voluntad. Parece que un muro divisorio los distancia. Indiferentes hasta con los que aman, pueden abandonarlos o verlos morir sin extrañarse ni decir palabra. Pero, si se trata de defenderse a si mismos, son locuaces, de rápida inventiva, aunque tan burda que muchas veces no logran engañar. Cuando se sienten bien prometen muchas cosas y se hacen lenguas elogiando el deseo que tienen de curarse del vicio. Las promesas duran medio día. Cambios de caracter, decaímiento y fenómenos de angustia al contrastar con la tranquilidad experimentada por la acción de la morfina, pronto les hace buscarla, y entonces siempre tienen a mano el argumento para eludir las engañosas promesas de curación.

En este camino los toxicómanos se convierten en mentirosos, contemplativos y se aislan del medio para vivir interiorizados en sí mismos. La mentira sobre todo es en ellos común. La usan empero como autodefensa de sus hábitos. Juran y perjuran, por ejemplo, en la hora que se les interna en una clinica que no llevan consigo el veneno; y la búsqueda de sus ropas muestra a poco la falacia de las promesas. Fabulan pues, tan solo para que no los molesten. Dejan de emplear idéntica arma en otros aspectos de sus vidas, relatando sin recato todas sus intimidades. Interpretando de modo diametralmente opuesto sus palabras, es como se alcanza la verdad, que el paciente escamotea sin objeto alguno y porque sí.

Cuando están ebrios o carecen de los recursos indispensables para obtener el tóxico desaparece completamente el caballero. Todas las bajezas o violencias son recursos puestos *ad usum delfini*. Estando conservada la inteligencia, según se ha dicho mas adelante, inventan el modo de conseguirla. Así un morfinómano ingresó al consultorio de un médico joven de Lima armado de un puñal, y con ademán amenazante le exigió que le extendiera una receta para adquirir la dosis que la farmacia sólo entrega a cambio de una orden médica. Además, habiendo alucinaciones en la intoxicación morfínica, sobre todo visuales, ven por todas partes sombras amenazadoras. La escena toma caracteres dramáticos cuando las ilusiones visuales se acompañan de alucinaciones en el sentido del oído. Nunca falta el temor, un miedo desmesurado, en estas circunstancias. No es raro entonces que el toxicómano materialice sus ensueños en alguna persona. Un sujeto, verbigracia, estuvo a punto de entrangular a su esposa. Otro, pasaba las noches detrás de la puerta de su habitación con un revólver en la mano. Y los guardianes del Hospital de alienados de Magdalena saben como muchas veces los toxicómanos ahí internados los atacan violenta, irresistiblemente creyendo que son los espectros o los enemigos que vieron en sus sueños.

En la esfera sexual es donde la transformación morbosa es más indiscutible. Aquí se impone una disgresión. La ciencia habla siempre sin embozos y como no experimenta ninguna vergüenza nacida de

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

una moral pacata, encuentra natural llamar las cosas por su nombre. Sin velar, pues, los hechos vamos a decir que la morfina en los comienzos de su uso estimula la parte instrumental del acto sexual. Vence la impotencia y despierta psíquicamente el deseo por el otro sexo. Los excesos genésicos son innumerables y su satisfacción no colma el deseo. Mas el uso contínuo del veneno va agotando la potencia, pero dejando íntegro la lujuria psíquica. Es por esto que las derivaciones se presentan. El toxicómano busca a los niños como a los ancianos o a los animales. En el aprieto no distingue. Pero casi siempre es homosexual y encuentra los placeres en el individuo de igual sexo. El psicoanálisis tiene ya probado este contenido homosexual de las toxicomanías. Y los estudios de Hartman son un vivero de enseñanzas para los que quieren nuevas documentaciones en su estudio. Siendo el morfinómano un sádico, tendencia por lo demás común a todas las toxicomanías, ¡que de historias vergonzosas las que relatan las miserables victimas del repugnante vicio! Los más vivos coloridos no alcanzarían a pintar los extremos repulsivos a que llegan en su homosexualidad y en su perversión. La dignidad de hombres se resiste a contarlos. En cuanto a las mujeres, más sensibles al toxico, tienen tan locos deliquios, que una ojeada por ellos sería insuficiente.

(Continuará)

La campaña antipestosa en el Perú

Informe presentado a la Dirección de Salubridad

Por los Doctores BENJAMIN MOSTAJO, JOHN D. LONG y C. R. ESKEY

Comisionados por el supremo gobierno para llevar a efecto la campaña antipestosa en el territorio nacional, de acuerdo con la Oficina Sanitaria Pan Americana, a tenor de lo dispuesto en el Código Sanitario Pan Americano, del cual es signatario el gobierno del Perú, cumplimos con informar sobre la marcha de la campaña hasta el 15 de abril o sea a los seis meses de su iniciación.

Lima.—Comenzadas las labores de atrapamiento para los estudios de laboratorio y control el 14 de octubre de 1930; se han atrapado 15,858 ratas, de las cuales 625 machos y 872 hembras han sido *Alejandrinus*; 170 machos y 257 hembras *Rattus Rattus;* 5,857 machos y 8,077 hembras han sido *Norvevingius*.

Han sido autosiadas 13,837 ratas las que no han presentado caracteres macroscópicos positivos de peste, e inoculadas (frotis de emulsión hepato-esplénica) en 169 cuyes, sólo produjeron la muerte en tres de ellos por peste, correspondiendo estos casos a los meses de octubre y noviembre de 1930.

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

Los casos humanos de peste en Lima y las haciendas circundantes en estos seis meses, han sido 18 y en igual periodo, el promedio de los últimos cinco años ha sido de 42.2.

Siendo el fin principal de la campaña la disminución de la población murina, mediante el envenenamiento de ella con paquetes de sustancias alimenticias y arsénico, cuyos detalles constan en nuestros informes del primer trimestre, se han efectuado desde noviembre de 1930, cuatro envenenamientos en la ciudad, comprendiendo los distritos del Rímac y La Victoria; dos en los balnearios del Sur y está por terminarse el primer envenenamiento en las haciendas de los valles de Ate, Surco, Lurigancho, Bocanegra, La Legua y Carabayllo, los que encontrándose infectados circundan a la capital. Para lograr este fin se han distribuído: 16,691 kilos de paquetitos envenenados en Lima; 2,010 en los balnearios del Sur (Miraflores, Barranco, Surco, Chorrillos, Las Magdalenas) y 8,714.5 kilos en las haciendas; en total 27 toneladas, 415 kilos, 500 gramos.

Los estudios de laboratorio han demostrado, que en las ratas noruegas el índice de pulgas *Cheopis*, por rata, que fué en octubre de 3,28 ha desendido a 0, en febrero y el mismo índice en las ratas alex y rattus, que fué de 9.20 en octubre, ha bajado a 0.23 en febrero; los índices de las pulgas *Leptopsylla*, *Hectopsylla* y otras han disminuido también.

Prescindiendo de la segunda quincena de octubre de 1930, que fué de investigación, el índice de atrapamiento por 100 jaulas, sobre un promedio diario de 2,082, en este mes, fué de 0.28, correspondiendo a 5.8 por ciento de ratas atrapadas vivas, pero en los meses siguientes, sobre un promedio de 650 en servicio diario, el indice ha subido de 1.77 a 8.97, para bajar en febrero a 3.09 sobre un promedio diario de 578 jaulas; el porcentaje de ratas atrapadas vivas, ha subido también de 10.7 en noviembre a 57 en febrero, correspondiente la mayoría a ratas atrapadas en los albañales.

El índice de atrapamiento con guillotina, prescindiendo asimismo de la segunda quincena de octubre, en la que tuvimos en servicio un promedio diario de 5.323 guillotinas, fué de 1.9, oscilando entre 3.12, 3.18, 2.6 en los meses siguientes con promedios diarios de guillotinas en servicio de 3.222, 2.705, 2.700, 1.336 y 1.221 en la primera quincena de marzo.

Callao.—Comenzadas las labores en 18 de noviembre de 1930 se han atrapado hasta la fecha (15 de marzo de 1931) 3.334 ratas, las que han sido: 127 machos y 166 hembras, alexandrinas; 140 machos y 164 hembras, rattus rattus y 1.063 machos y 1.574 hembras noruegas.

Fueron autopsiadas 2,121 ratas las que inoculadas en 108 cuyes, dieron resultados macroscópicos y biólogicos negativos de peste, no habiéndose presentado casos humanos en este semestre de campaña.

El envenenamiento ha sido cada vez más extenso en superficie, abarcando el tercero que está por terminarse, las haciendas que circundan al Callao y los distritos de La Punta y Bellavista. Se han distribuido 4.695 kilos de veneno.

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

Los estudios efectuados en las pulgas de las ratas atrapadas en el Callao han dado un índice de pulgas cheopis por rata de 17.65 en noviembre, 3.41 en diciembre, 8.26 en enero y 5.15 en febrero.

Cuadros estadísticos se llevan mes a mes en la Oficina Central de la Campaña, conteniendo todos los detalles al respecto, los que servirán para la confección de las curvas.

Sur de Lima.—De doce ciudades infectadas por peste en los últimos diez años, en la provincia de Cañete, nueve han sido envenenadas en su población murina una vez y el Puerto de Cerro Azul, dos. Las ratas atrapadas en este puerto, han sido en su mayoría, noruegas y el índice de cheopis por rata, que fué de 2.73 en enero, ha bajado a 0.67 en febrero. Se han distribuido en estas ciudades 325 kilos de veneno. Falta envenenar por primera vez, las poblaciones de Lunahuaná y Asia. La cantidad total de veneno remitido a esta zona ha sido de 455 kilos.

Norte de Lima.—De las catorce ciudades infectadas por peste en esta zona, solo dos han sido envenenadas una vez y Paramonga (foco pestoso) dos veces. El atrape de ratas que se lleva a cabo en Huacho (puerto y ciudad) corresponde en casi totalidad a ratas noruegas. El indice de pulgas Cheopis, que en enero fué de 5.56 por rata, ha descendido a 2.03 en febrero. Se han remitido 640 kilos de veneno para esta zona, habiéndose empleado según informe del personal 250.

Departamento de Arequipa.—El puerto de Mollendo infectado por peste en los últimos diez años, ha recibido dos envenenamientos de su población murina y se lleva a cabo el tercero; se ha remitido 657.5 kilos de veneno, habiéndose empleado ya 388. Las ratas atrapadas en este puerto pertenecen a las tres variedades: Alex. Rattus y noruega. El índice de pulgas cheopis por rata fué de 2.77 en enero, ha subido a 4.75 en febrero, habiendo aumentado en este mes el atrape de rattus. Las ciudades de Lomas, Jaqui, Acari y Yauca, han sido envenenadas dos veces, faltando el puerto y ciudad de Chala; se han distribuído 167 kilos de veneno en esas ciudades.

Departamento de Ica.—Las cinco ciudades infectadas por peste, han tenido un envenenamiento y el puerto de Pisco y la ciudad de Ica, dos; se han distribuído 564 kilos de veneno de los 921.5 remitidos a ese departamento. Las ratas atrapadas en el puerto de Pisco, son en su mayoría noruegas, predominando también las Alex. Cincuentiocho ratas espulgadas en enero, han dado un índice de cheopis por rata de 5.29, habiéndose elevado a 11.36 en febrero, en 3 Alex. y 8 noruegas espulgadas.

Departamento de Ancahs.— De las doce ciudades infectadas en este departamento en cinco se ha efectuado el primer envenenamiento, en el puerto y la ciudad de Casma el tercero y en el puerto de Chimbote el segundo, en donde se lleva a cabo actualmente el tercero.

Para atender el envenenamiento de la población murina de los lugares infectados por peste en este departamento, se han remitido hasta el 15 de marzo 518 kilos de veneno, habiéndose distribuido 200.

El atrapamiento que se realiza en Chimbote, manifiesta que es la rata noruega, la que predomina no habiéndose atrapado alex. ni

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

rattus. El índice de cheopis, ha sido en enero sobre un ejemplar de 4.

Departamento de la Libertad.— De las 25 ciudades infectadas en este departamento, los puertos de Salaverry y Pacasmayo tienen servicio especial de atrape de ratas, para los estudios epidemiológicos y la ciudad de Trujillo, solo para la determinación del índice de atrapamiento. Ratas alexandrinas y rattus rattus, son las que predominan en Salaverry, mientras las noruegas son las que dan el mayor índice de atrapamiento en Pacasmayo.

En el primer trimestre de la campaña, hubo 27 casos humanos de peste en la provincia de Pacasmayo, habiéndose reducido a solo 8, los presentados en el segundo. El puerto de Pacasmayo y la capital de la provincia (San Pedro de Lloc), han sido envenenados tres veces y las ciudades de Chepén, Guadalupe, Jequetepeque y zonas colindantes, dos. El índice de cheopis en diciembre fué por rata de 34.72 en Pacasmayo (puerto), en enero de 15.40 y en febrero de 0.80. La cantidad de veneno enviado a esta provincia, ha sido de 876,5 kilos, habiéndose distribuído en los envenenamientos citados 625 kilos.

El puerto de Salaverry ha recibido tres envenenamientos; la ciudad de Moche, dos; Trujillo y haciendas, uno; el balneario de Las Delicias, dos y de las otras 13 ciudades infectadas, sólo cuatro han sido envenenadas, faltando nueve. Se han remitido para Trujillo y Salaverry 1.115 kilos de veneno, habiéndose empleado hasta la fecha 900 kilos.

Departamento de Lambayeque.—De las 15 ciudades infectadas, seis han recibido el primer envenenamiento, el puerto de Pimentel tres y el de Eten dos, ahí se lleva a cabo el tercero. Se han remitido al departamento 1.113 kilos de veneno, habiéndose empleado hasta la fecha 616. La casi totalidad de las ratas atrapadas han sido alexandrinas y rattus rattus. El índice de pulgas cheopis por rata, que fué de 2 en diciembre, ha bajado a 0.02, siendo ratas alex. las examinadas.

Departamento de Piura.— El puerto de Paita, la ciudad de Piura y la de Sullana, han sido envenenadas, dos veces las primeras y una sola vez la última. Actualmente se lleva a cabo la terminación del primer envenenamiento en Huancabamba y pueblos adyacentes; falta envenenar la población murina de Ayabaca y de los distritos de esa provincia: Frias, Sto. Domingo y Chalaco. La cantidad de veneno empleada en Huancabamba ha sido de 853,5 kilos y entre Paita y Sullana se han distribuído 350.5. En el atrape que se efectúa en Paita y Sullana han predominado ratas alex. y rattus. El índice de pulgas cheopis por rata en el mes de diciembre fué en Paita de 11.62 y bajó a 3.66 en febrero, en ratas alex. y rattus que fueron las examinadas; el índice hallado en el mes de enero en Sullana, en ratas alex. ha sido de 3.14.

PESTE EN PERICOTES

Los estudios efectuados para saber si los pericotes eran portadores de la peste, han dado el siguiente resultado: se han auptosiado

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

hasta el 28 de enero 3,248; los caracteres microscópicos de estos roedores fueron negativos, las inoculaciones por frotis en cuyes con emulsiones hepato-esplénicas, han dado asimismo resultados negativos en 83 cuyes que fueron inoculados. El índice de pulgas cheopis en estos roedores ha oscilado por unidad, entre 0.16 a 22.

ORGANIZACION DE LA CAMPAÑA

Los puertos de Paita, Pimentel y Eten, Pacasmayo, Salaverry, Chimbote, Huacho, Callao, Cerro Azul, Pisco y Mollendo, están a cargo de ayudantes epidemiológicos, que han sido previamente instruídos y entrenados en el laboratorio y oficina central de la campaña en Lima; se sujetan a instrucciones escritas iguales para todos en sus labores en sus zonas de trabajo y en la forma de remitir las pulgas y láminas de frotis de los cuyes muertos antes de los 14 días, así como sus partes según formularios impresos, a la oficina central para los efectos del control de los trabajos, dirección de la marcha de ellos mediante comunicaciones escritas y despachos telegráficos y confección de los cuadros estadísticos.

Las ciudades de Piura, Chiclayo, Chepén, Trujillo, Casma, Paramonga en Pativilca, Ica y Acarí son sede de ayudantes sanitarios que previamente han sido instruídos y entrenados en la oficina central de Lima. Tienen por misión dirigir el envenenamiento de las ciudades en su zona que han sido infectadas por peste, labores que están controladas y dirigidas desde la oficina central de Lima, por la recepción de sus informes y los de los inspectores viajeros, así como las visitas periódicas del personal técnico médico.

Una brigada de inspectores sanitarios y controladores, efectúan las labores de la capital y el puerto del Callao. Los Municipios contribuyen en toda la república donde ha habido focos pestosos con proporcionar la dotación de peones en conformidad con el decreto supremo de 25 de enero de 1,929 (art. 5º y 10º).

La oficina central, lleva el control del veneno producido en sus dependencias, de los envíos efectuados, de los gastos realizados en la campaña, llevando cuenta documentada de todo, para los efectos estadísticos y de control y estudios comparativos en los diversos períodos de la campaña.

El laboratorio central tiene un lugar de aislamiento para cuyes inoculados, los que están en vasos ad-hoc de vidrio; box para cuyes, antes de inoculados y después de haber sobrevivido los 14 días de observación en sus vasos de vidrio; mesas para exámenes microscópicos de lámina y pulgas, etc.

En los libros *ad hoc* se lleva anotada la marcha diaria de las inoculaciones y sus resultados.

El almacen y fábrica de veneno anexos a la oficina central, permiten guardar el stock de material alimenticio para la confección del veneno y las trampas de atrape de roedores y trabajar hasta 70 empaquetadores de veneno y seis peones, encargados de la molienda alimenticia y de preparar la mezcla arsenical.

La producción diaria de veneno empaquetado en lo corrido de marzo, es un promedio diario de 50 kilos. El embalaje del veneno

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

tanto para Lima, Callao y demás puntos de la república se efectúa en la fábrica misma, habiendo salido de la oficina, para las labores de envenenamiento durante el semestre que termina el 15 de marzo, las cantidades siguientes:

Para Lima y los distritos del Rimac y La Victoria	16.664	K.
Para el Callao, Bellavista, La Punta y Hdas. vecinas	4.697.5	,,
Para Miraflores	785	,,
Para Barranco	770	,,
Para Chorrillos	250	,,
Para Magdalena Vieja, Magdalena Nueva, San Miguel	205	,,
Para las Haciendas de los Valles de Ate, Surco, Lurigancho, Bocanegra, Carabaillo	8,714.5	,,
Remitidos fuera de Lima a los ayudantes Sanitarios y Epidemiológicos	7.006	,,
Pequeñas entregas a varios de Lima	27	,,
Total	39.919	K.

que a un promedio de 300 paquetes por kilo dan 11.975,700 paquetes distribuidos. Considerandose solo comida la quinta parte por las ratas, resulta que han sido envenenadas 2.395,140 ratas, con las 39 toneladas 919 kilos distribuidos.

Prensa Médica Francesa

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE PARIS

Sesion del 20 de Febrero de 1931.

LA CIRUGIA DEL SENO FRONTAL POR LA VIA ENDONASAL.—Dufourmentel hace un informe sobre un trabajo de Henri Fischer (de Burdeos) en el cual está estudiada con todo detalle la anatomía del canal fronto-nasal para poner en relieve los peligros del cateterismo y del ensanchamiento de este. En efecto, no se puede practicar ninguna maniobra por esta vía sin un conocimiento exacto de su topografía. El autor presenta igualmente un instrumental personal apropiado.

OCLUSION DEL INTESTINO DELGADO DESPUES DE UNA GASTRO-ESTEROSTOMIA POSTERIOR.— Hautefort ha observado este caso raro en un hombre de 57 años. Cuatro semanas después de una gastro-esterostomia por úlcera del duodeno, apareció un síndrome de oclusión del intestino delgado. Al practicar la operación, el autor encontró una gran porción del intestino delgado

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

(2 m. 60 aproximadamente) que se había introducido entre la anastomosis y el ángulo de Treitz. Muerte once días después.

ARTRITIS CRONICA DE LA RODILLA CON OSTEOFITOS. INMOVILIZACION DE LA ROTULA. ABLACION DE LA ROTULA. CURACION CON INTEGRIDAD EN LOS MOVIMIENTOS.—H. Blanc plantea la cuestión, a propósito de esta observación, del tratamiento quirúrgico de las manifestaciones reumáticas. Con frecuencia sería conveniente una operación sencilla que permitiría la vuelta a la vida normal.

R. Massart ha intervenido ya varias veces con éxito por artritis reumáticas de la rodilla; cree necesario esperar los resultados ulteriores de estas intervenciones antes de poder dar una opinión.

LA VIA SUB-ROTULIANA EN LA CIRUGIA DE LA RODILLA. — Rafael Massart describe esta vía utilizada por Putti (de Bologna) y muestra las ventajas que ofrece cuando se quiere conservar la mobilidad articular. Gracias a este procedimiento el autor ha podido obtener excelentes resultados en enfermos que presentaban lesiones meniscales y ligamentosas. Además permite la exploración articular perfecta y también la reconstitución articular, indispensable si se quiere movilizar precozmente a los operados y obtener un buen resultado funcional.

SUJECION CON TORNILLOS DE UNA FRACTURA DEL OLECRANO BAJO ANESTESIA LOCAL. — Dupuy de Frenelle ha utilizado, en una mujer, una doble sujeción con tornillos, por una fractura de gran separación. Los tornillos utilizados tienen seis centímetros de largo y están implantados en el olécrano y en la pilastra ósea formada por el borde superior del cúbito. Resultado anatómico y funcional excelente.

Andre Treves prefiere la sujeción rodeando la fractura con tendon de reno.

Judet utiliza también el hilo reabsorbible.

TUMOR SOLIDO DEL MESENTERIO.—R. Bonneau presenta un tumor sólido en dos lóbulos, desarrollado en la parte inferior del mesenterio y cuya peso total es superior a cinco kilogramos. Aunque la ablación fué dificil se pudo efectuar felizmente gracias a una sección del peritoneo por debajo del ángulo ileo-cecal y al levantamiento en masa del ileo y de los vasos mesentéricos hacia el diafragma del ciego. Han sido necesarias, sin embargo, algunas ligaduras de pedículos vasculares profundos que partían de los vasos aorta y vena cava.

CURIOSA ADAPTACION DE LAS CADERAS EN UNA LUXACION CONGENITA NO TRATADA. —Roederer presenta una interesante radiografía hecha en un adulto de cuarenta años. No existen las cabezas femorales y los pequeños trocánteres se han hecho articulares. La naturaleza ha constituído, por una parte, por encima de la cabeza y por otra, por encima del pequeño trocánter,

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

unos estribos y ha realizado al mismo tiempo una bifurcación de Lorenz y el estribo con resección de la cabeza.

SESION DEL 20 DE MARZO DE 1931.

LA RESECCION OSTEOPLASTICA DE WLADIMIROFF-MIKULICZ. — RAFAEL MASSART presenta un informe sobre una observación de LAVOIX (de Saint-Lo) referente al buen resultado ulterior de una intervención practicada hace 14 años en un herido de guerra. El autor estudia, a propósito de esto, las indicaciones de la operación de Wladimiroff-Mikulicz y piensa que las tuberculosis del tarso posterior no son, como decía Ollier, indicaciones favorables. La operación de Wladimiroff-Mikulicz es, sobre todo, una operación ortopédica para alargar un miembro disminuido operatoriamente y cuyo apoyo posterior ha desaparecido. Después de haber precisado algunos puntos de técnica, en particular, la inutilidad de proteger los vasos y nervios tibiales posteriores, el autor muestra que la operación de Wladimiroff-Mikulicz proporciona, en conjunto, nuevos resultados y no comprende porqué la operación de Wladimiroff-Mikulicz solo se practica excepcionalmente.

QUISTE HIDATICO VOLUMINOSO DEL PULMON IZQUIERDO, INTERVENCION, CURACION.— GASNE presenta un informe sobre una observación de MAHUAT (de Rabat, Marruecos). El quiste fué operado en dos tiempos, lo que permitió comprobar la existencia de sólidas adherencias pleurales y obtener un éxito operatorio. El informador se ocupa de los diferentes métodos operatorios que se aplican en el tratamiento de los quistes hidáticos y aconseja conceder una gran importancia a la elección del anestésico que se ha de emplear y no servirse nunca del eter.

IMPORTANTES MODIFICACIONES DE LA ESTOMATOPLASTIA DEL UTERO POR SECCION ANTERO-POSTERIOR SIN VACIAMIENTO NI SUTURA.— DARTIGUES presenta un informe sobre un trabajo enviado por THEODORIDES (de Atenas). Este simple procedimiento consiste en una sección sagital del cuello del útero que llegue hasta el orificio interno. En las curas durante dos o tres semanas se mantendrán separadas las dos partes laterales del cuello, pues las superficies cicatrizan solas. Varios casos de esterilidad que databan de once años y en mujeres de cierta edad, han sido curados por este procedimiento.

SEUDO-FIBROMA DE LA VEJIGA, POR INVAGINACION DE UN FIBROMA PEDICULADO DEL CUELLO UTERINO. — LAVENANT comunica una observación rara en la que el diagnóstico hecho por el examen físico, la radiografía y la cistoscopía fué de fibroma de la vejiga. Después de haber practicado la cistostomia y separado el peritoneo para hacer una resección, es cuando se produjo bruscamente la desinvaginación del tumor que era un fibroma uterino pediculado.

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

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA COAGULACION DE LA SANGRE EN LAS FLEBITIS Y EMBOLIAS POST-OPERATORIAS.— Mayet comunica una observación en apoyo de las opiniones emitidas recientemente a propósito de la influencia de los trastornos (adelantos o atrasos) de coagulación sanguínea, sobre la frecuencia de las flebitis y embolias post-operatorias. En este caso se trata de una apendicectomia por apéndice grueso e inflamado pero libre y cerrado; apendicectomia seguida de embolia pulmonar y de flebitis sin la menor reacción peritoneal. Pero la joven (17 años) era una adiposo-genital y presentaba, además de su obesidad, fenómenos acentuados de trastornos periféricos. El autor se pregunta si no existe una relación entre el síndrome adiposo-genital y el retardo de coagulación sanguínea que quizás no sea más que el signo exterior y fácilmente perceptible de una modificación profunda del medio sanguíneo.

Sociedad de Naciones

DECIMACUARTA REUNION DE LA COMISION DEL OPIO

La décima cuarta reunión de la Comisión del Opio se celebró en Ginebra del 9 de enero al 7 de febrero.

Ratificación del Convenio de Ginebra de 1925.—El Convenio de Ginebra ha sido ratificado hasta ahora por 42 países. Otros seis han comunicado su propósito de hacerlo próximamente.

Se lamenta que varios Estados, entre ellos cuatro miembros del Consejo de la Sociedad de Naciones, a saber: el Estado libre de Irlanda, Persia, Guatemala y el Perú, no hayan remitido todavía sus ratificaciones, a pesar de los llamamienos apremiantes y reiterados. El Estado libre de Irlanda ha participado que ratificará el Convenio en breve plazo.

De los 20 países que componen la América latina, cinco han ratificado el Convenio.

Tráfico ilícito.—El tráfico ilícito se ha desarrollado especialmente durante los años 1926 a 1929, en una escala aun más vasta de lo que se suponía en esa época.

Se ha producido desde 1930 un cambio notable a consecuencia de la entrada en vigor del Convenio de Ginebra; todos los países de Europa que no habían aplicado hasta ahora las medidas administrativas necesarias, las han implantado, fiscalizando la fabricación de los derivados de morfina desde principios del mismo año.

Durante el periodo de 1925 a 1929, parecen haberse destinado al tráfico ilícito 36 toneladas de morfina en forma de derivados de morfina o de otros estupefacientes, en los países donde esos productos no están sujetos todavía a fiscalización y parece que desde 1925 a 1930

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

(incluído el primer semestre) han sido exportadas con destino a países no fabricantes, a más de las cantidades necesarias para usos medicinales, 21 toneladas aproximadamente de morfina y de diacetilmorfina, cuya totalidad ha debido pasar el tráfico ilícito.

Grandes cantidades de morfina, de heroina y de cocaina no han tenido en cuenta los países interesados en sus estadísticas, especialmente de 1925 a 1928, y quince toneladas de estos estupefacientes parecen haber pasado, pues no se conoce otra explicación, al tráfico ilícito.

Los datos facilitados por los informes sobre los embargos confirman esas estadísticas.

La creciente actividad de las autoridades policiales y aduaneras, así como una vigilancia más estricta, han permitido descubrir numerosas transacciones ilícitas anteriores a 1930. Se ha podido recoger, en algunos casos, casi toda la correspondencia de bandas de traficantes que han operado en gran escala durante varios años y descubrir múltiples fuentes, vías y organizaciones de tráfico ilícito. El gobierno chino ha comunicado numerosos informes acerca de las confiscaciones de estupefacientes efectuadas por las autoridades aduaneras de China.

Se ha descubierto que seis toneladas de benzoyl-morfina procedentes de Europa, que representan 600 millones de dosis, han pasado al tráfico ilícito únicamente por el puerto de Dairen en 1928.

La situación en Turquía.— Un nuevo y grave peligro ha aparecido como resultado de la fabricación en gran escala de morfina y heroina en Turquía, país que todavía no es miembro de la Sociedad de Naciones, ni ha participado en el Convenio del opio.

El año 1930, que se ha caracterizado por una apreciable disminución de la fabricación y de la exportación de estupefacientes en algunos de los principales países manufactureros de Europa, ha acusado igualmente una disminución correspondiente en las confiscaciones de los productos procedentes de esos países. Sin embargo, en el trascurso del mismo año, han sido confiscadas cantidades muy importantes de morfina y de heroina. En algunos casos esos estupefacientes procedían de Stambul.

El representante de Turquía en la Conferencia de países fabricantes celebrada en Londres, había declarado que durante el primer semestre de 1930 se habían exportado más de 2 toneladas de morfina de Turquía a Grecia, a Italia y a Francia, y que más de 4 toneladas de heroina habían sido expedidas de Grecia, a Danzig, Italia, Francia y China.

Hasta ahora no había sido notificada la Sociedad de las Naciones de importación de estupefacientes procedentes de Turquía. Los representantes de los países destinatarios de esos estupefacientes han declarado, por su parte, que no habían tenido conocimiento de ninguna importación turca y que en ninguno de esos casos se habían extendido certificados de importación. Además, se han confiscado, durante el transporte, importantes expediciones de estupefacientes destinados al tráfico ilícito y, en numerosos casos, los estupefacientes, que no habían sido declarados, viajaban mezclados con otras mercancías.

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

Las medidas de fiscalización aplicadas en Turquía parecen ineficaces y no constituyen una garantía suficiente del uso legítimo de las drogas exportadas. Solo la aplicación de la fiscalización prevista por el Convenio de Ginebra y especialmente la adopción del sistema de certificados de importación, permitirán poner remedio a un estado de cosas que constituye una amenaza extremadamente grave para el mundo entero. El Representante de Turquía, ha declarsdo que se han dado órdenes a las autoridades marítimas de Stambul para fiscalizar las exportaciones y el destino de los estupefacientes procedentes de Turquía.

La situación en Egipto.—La toxicomanía parece haber disminuido entre los fellahs en una proporción del 50%. En la actualidad no entra en Egipto ni una onza de heroina de orígen ilícito procedente de las fábricas de la Europa central. La única corriente de tráfico ilícito proviene de Stambul. El número de intoxicados en Egipto no es inferior a 250.000.

Es necesario reforzar las penas aplicadas a los traficantes por los tribunales consulares y en ciertos casos, los privilegios aduaneros concedidos al cuerpo diplomático y consular son una causa más de dificultades para las autoridades egipcias.

La situación en China. — El Delegado chino participó que la nueva legislación dictada en el año 1929 había introducido enmiendas y adiciones a la ley de 1928 sobre abolición del opio, a fin de hacer más estricta la fiscalización. Así, se está estableciendo actualmente la agencia para estupefacientes, prescrita por la ley.

Declaró el Delegado chino, que era indispensable la cooperación entre China y las demás Potencias, dada la cantidad de estupefacientes introducidas ilícitamente en China. En un solo año han sido confiscadas 350 libras inglesas de heroina, 350 libras de benzoyl-morfina, 100 libras de morfina, 100 libras de peronina y cerca de 90 libras de cocaina, sin contar las 6 toneladas de benzoyl-morfina importadas ilícitamente solamente por el puerto de Dairen en 1928. En un solo trimestre la policía china de Tsing-Tao ha efectuado tres confiscaciones de estupefacientes. En Shanghai han sido confiscados tres cargamentos de estupefacientes procedentes de Trieste y de Constantinopla. El valor de los mismos era de cerca de 1.300,000 dólares.

El Delegado chino llamó una vez más la atención de la Comisión sobre la insuficiencia de las penas aplicadas a los traficantes por los tribunales consulares y advirtió que esas penas eran mucho menos severas que las previstas por el Código penal chino.

A su juicio, para la necesaria colaboración entre las autoridades chinas y las Potencias que han firmado el Convenio del opio de 1912, para la supresión de la calamidad del opio y de los estupefacientes en las concesiones y en los territorios arrendados en China deberían servir de base los princioios siguientes:

1) Prohibición de toda importación en China de estupefacientes no acompañada de certificados de importación extendidos por el Gobierno chino; 2) colaboración de las autoridades de los establecimientos extranjeros y concesiones con los Gobiernos locales, para impedir que los traficantes sin escrúpulos introduzcan de contrabando opio y estupefacientes en territorio chino; 3) resolución de todas las cuestiones relativas a la prohibición, de conformidad con la ley de

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

prohibición del opio y con los reglamentos de aplicación de esa ley, promulgada por el Gobierno chino; 4) supresión, de conformidad con la efectuada por todos los Gobiernos locales, de todas las expendedurías de estupefacientes y de todos los fumaderos en los establecimientos, concesiones y territorios en arriendo.

Los Delegados japonés y francés advirtieron, que sus Gobiernos habían promulgado sus propios reglamentos en sus concesiones y que, en esas condiciones, eran difícil saber en qué medida podría ser aceptado el principio formulado bajo el N°. 3. Añadieron que, por el momento, no les era posible pronunciarse sobre la obligación de suprimir todos los despachos de estupefacientes y todos los fumaderos en los establecimientos extranjeros, concesiones y territorios en arriendo, pues las conclusiones de la Comisión de Encuesta en el Lejano Oriente difieren sobre ese punto.

El Delegado británico se preguntó si los reglamentos dictados por el Gobierno chino y el sistema de certificados de importación eran aplicados de manera que prestasen su pleno efecto en la cooperación preconizada.

El Delegado chino participó, que su Gobierno había emprendido una encuesta, cuyos resultados serán publicados, acerca de la situación de los estupefacientes en China. Añadió, que su Gobierno no podía aceptar actualmente una encuesta internacional.

Los Delegados británico y japonés lamentaron que el Gobierno chino no se adhiera a la idea de la encuesta mixta del Gobierno chino y de las potencias interesadas, ni a la idea de una encuesta independiente instituída por el Consejo de la Sociedad de las Naciones, en colaboración con el Gobierno chino.

Aplicación del Convenio del opio en Francia.—El Gobierno francés estableció el 1°. de enero de 1929 un nuevo sistema de fiscalización. Ese sistema, que consiste principalmente en una aplicación estricta del sistema de permisos, ha dado excelentes resultados. Las importaciones y exportaciones de estupefacientes han disminuido en gran medida. Así, las importaciones de *morfina*, que se elevaban a 1.684 kgs. en 1928, quedaron reducidas a 293 kgs. en 1929 y a 43 kgs. durante los tres primeros trimestres de 1930. Las exportaciones, por su parte, que habían pasado de 777 kgs. en 1928 a 1.053 kgs. en 1929, se elevaron solo a 156 kgs. durante los nueve primeros meses de 1930. Por lo que respecta a la *heroína*, las importaciones eran de 1.078 kgs. en 1928; en 1929 solo fueron de 13 kgs. y durante los tres primeros trimestres de 1930, se redujeron a 8 kgs. Las exportaciones de ese producto bajaron de 2.957 kgs en 1928, a 166 kgs. en 1929 y a 40 kgs. durante los tres primeros trimestres de 1930.

En cuanto a la *cocaína*, las importaciones se elevaron a 270 kgs. en 1928, a 194 kgs. en 1929 y a 49 kgs. durante los tres primeros trimestres de 1930. Las exportaciones descendieron de 506 kgs. en 1928 a 200 kgs. en 1929, no llegando más que a 148 kgs. durante los tres primeros trimestres de 1930.

El Representante de Francia comunicó que su Gobierno había retirado la licencia de fabricación a tres fábricas y la licencia de comercio a todas las casas que habían estado mezcladas en casos importantes de tráfico ilícito conocidos. Añadió, que el Gobierno francés se preocupaba de cortar todas las filtraciones que se habían manifes-

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

tado en la aplicación del sistema de fiscalización. Así, por ejemplo, ha estimado necesario someter a autorización de exportación los envíos de Francia a Argelia y a las colonias. En efecto, podían salir sin autorización cantidades de estupefacientes destinadas a una colonia y ahí desaparecer pasando al tráfico ilícito.

Contrabando en las Indias de cocaína procedente del Extremo Oriente y situación en el Japón.—El Delegado de India en la Comisión insistió sobre la gravedad del peligro que hace correr a su país el tráfico ilícito de cocaina procedente del Extremo Oriente. Declaró, que el número de confiscaciones de cocaina— de las cuales una cantidad considerable lleva marca de orígen japonesa — ha pasado de 145 en 1928 a 922 en 1929. Explicó, que los embargos eran generalmente muy importantes, lo que indica que los estupefacientes pasan fácilmente de la fábrica al tráfico ilícito. En un caso, la cantidad confiscada se elevó a 1.330 onzas. En el transcurso del año último, se efectuaron seis embargos de 1.000 onzas cada uno.

El Delegado de India atribuyó ese estado de cosas a la insuficiencia del reglamento japonés sobre fiscalización del reparto de estupefacientes.

El Delegado japonés reconoció que en mayo de 1930, en cuya fecha fueron puestos en vigor por el Japón nuevos reglamentos, la fiscalización de los estupefacientes no era bastante rigurosa en su país, pero formuló ciertas reservas acerca de la afirmación del Representante de la India de que la cocaína que pasaba al tráfico ilícito en las Indias, era casi exclusivamente de procedencia japonesa. Declaró que en virtud del nuevo sistema de fiscalización, se establecería un régimen de estricta vigilancia en todas las etapas del comercio de estupefacientes. Explicó que, en virtud de los nuevos reglamentos japoneses, la fabricación de estupefacientes era objeto de una autorización especial, mientras que antes solo estaba limitada la importación de la materia prima. Además, está sometida a intervención la salida de la fábrica de los estupefacientes manufacturados; el tráfico de estupefacientes solo puede ser ejercido por personas provistas de licencias extendidas por la Prefectura de policía. Para facilitar la fiscalización de los movimientos de estupefacientes, el Gobierno japonés ha establecido el sistema de numeración de los recipientes y el de registro de los números. Por último, ha adoptado un proyecto de creación de un Consejo interdepartamental, cuya misión consistirá en coordinar las medidas administrativas de fiscalización dictadas por los diferentes departamentos y servicios del Gobierno central y de los Gobiernos provinciales. Ese Consejo será presidido por el Ministro del Interior y comprenderá Subsecretarios de Estado y Jefes de servicio de los Departamentos interesados. El proyecto entrará en vigor en marzo de 1931.

Situación en Persia.—En estos últimos tiempos se han introducido de contrabando en China cantidades considerables de opio persa. Además, se ha señalado recientemente un envío muy importante destinado a Vladivostock.

El Representante de Persia, declaró que la concesión exclusiva otorgada por el servicio del monopolio de Persia para la exportación total del opio persa, imponía a los concesionarios la obligación de presentar a la salida un certificado del país importador para cada

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

caja de opio. A su juicio, así resulta aplicado, de hecho, en Persia el principio de la fiscalización, consagrado por el Convenio de Ginebra.

Conclusiones generales sobre el tráfico ilícito.—Después de enterarse de los embargos de estupefacientes y de examinar las estadísticas puestas a su disposición, se llegó a la conclusión de que la supresión del tráfico ilícito dependía de tres condiciones: legislación adecuada, administración apropiada para la aplicación de esa legislación y cooperación internacional.

1°. En el *orden legislativo*, los progresos son lentos. Se encargó a la Secretaría que procediera a un estudio de las disposiciones en vigor en los diferentes países y a examinar hasta qué punto esas disposiciones son conformes al Convenio de Ginebra. Es necesario elevar las sanciones previstas para la represión del tráfico ilícito.

2°. En lo que concierne a la *administración*, se observa ciertos progresos, pero, al mismo tiempo, se comprueba importantes lagunas. Las investigaciones necesarias no se profundizan siempre sobre la base de las informaciones recibidas; por otra parte, los reglamentos administrativos resultan a veces ineficaces. Solo deben concederse licencias de fabricación y de comercio a casas de buena reputación, debiendo ser retiradas, sin consideraciones, en caso de participación en el tráfico ilícito. Desde 1926 hasta principios de 1930 unas 36 toneladas de morfina han sido convertidas en derivados de morfina o en drogas destinadas de manera manifiesta a fines ilícitos sin que se hayan retirado las licencias a los fabricantes.

Se adoptaron las resoluciones siguientes:

1. Ninguna casa que de notoriedad pública haya fabricado por cuenta del tráfico ilícito o facilitado para el mismo, estupefacientes sometidos a las prescripciones del Convenio de Ginebra, debería ser autorizada a conservar una licencia para la fabricación o el comercio de estupefacientes.

2. Recomienda así mismo:

a) Que ninguna casa que, de notoriedad pública, fabrica o facilita derivados de morfina o de cocaina para fines de tráfico, aun en el caso de que por el momento esos derivados no estén sujetos a las prescripciones del Convenio de Ginebra, debería ser autorizada a conservar una licencia para la fabricación o el comercio de los estupefacientes a que se aplica el Convenio;

b) Que ninguna casa de la cual se haya probado de manera irrefutable que ha fabricado o facilitado benzoyl-morfina o cualquier otro derivado de morfina para el tráfico ilícito, después que el Secretario General comunicó a los Gobiernos, por su nota circular del 11 de enero de 1929, la recomendación del Comité de Higiene, debería continuar disfrutando de una licencia para la fabricación o el comercio de los estupefacientes a que se aplica el Convenio de Ginebra.

3°. Es necesaria una cooperación más estrecha entre las autoridades de los diferentes países, para reprimir el tráfico ilícito.

Los informes sobre embargos, indispensables como base de encuesta, no siempre se hacen y comunican a los países interesados o a la Sociedad de las Naciones. No siempre se remiten las etiquetas de las mercancías de contrabando. Contrabandistas notorios y hasta personas a las cuales se les han retirado, por tráfico ilícito, las licencias de fabricación, pueden circular libremente en diferentes paí-

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

ses. Esos individuos deberían ser sometidos a vigilancia de la policía, rehusando si fuera posible pasaportes visados a esa clase de delincuentes y adoptado las medidas necesarias para anular los pasaportes que puedan poseer.

Extensión del sistema de numeración en serie de los recipientes de estupefacientes expedidos por los negociantes al por mayor.—En 1929 se recomendó a los Gobiernos la conveniencia de que se aplicase universalmente un sistema de numeración en serie de los recipientes que contengan los estupefacientes entregados por las fábricas. Ulteriormente, se invitó a los Gobiernos a examinar la posibilidad de extender ese sistema a los estupefacientes expedidos por los negociantes al por mayor. Las respuestas de los Gobiernos sobre el particular indican una divergencia de opinión sobre la utilidad y eficacia del sistema propuesto. En vista de ello se prepara una Memoria sobre la totalidad de la cuestión.

Cooperación entre la Comisión y las autoridades de policía.— La Comisión del Opio había invitado a asistir a su reunión a los delegados de la Comisión internacional de policía criminal. Esa Comisión estaba representada por el Dr. Schultz, Jefe de Policía de Viena, el Sr. Weiss, Director Adjunto de la policía de Berlín, y el Sr. Montanel, Comisario de división de la Policía francesa. La Comisión del Opio discutió con esos representantes, la adopción eventual de medidas para asegurar un enlace más íntimo entre las autoridades policiales de los diferentes países y las instituciones oficiales que se ocupan de la represión del tráfico en estupefacientes.

Las proposiciones de los delegados de la Comisión internacional de Policía criminal fueron presentadas en forma de proyecto de Convenio internacional basado en los mismos principios que los adoptados recientemente para el Convenio internacional sobre represión de la falsificación de moneda. La Comisión del Opio estimó, que las cuestiones planteadas por ese proyecto (incluso los problemas de extradición y la aplicación de penalidades severas) requerían un examen detenido desde el punto de vista legislativo y jurídico y que las medidas propuestas exigirían la modificación de la administración de justicia en determinados países. Acordó designar un Subcomité para estudiar los diferentes puntos planteados por la delegación de la policía criminal.

Ese Subcomité se reunirá quizá en sesión preliminar durante la reunión de la Conferencia sobre limitación de la fabricación de estupefacientes (mayo de 1931).

Conforme a una decisión adoptada el año pasado se ha comenzado la preparación de una lista negra de traficantes, destinada a ser comunicada confidencialmente a los Gobiernos. El Sr. Sirks, Jefe de la policía de Rotterdam y asesor de la Comisión, ha presentado una Memoria que muestra en detalle como podría ser confeccionado un fichero internacional de traficantes.

Encuesta sobre la toxicomanía.— La Asamblea de 1930 había encargado a la Comisión del Opio que preparase un informe para el Consejo, acerca de la manera como los Gobiernos podrían ser invitados a proceder a una encuesta sobre el número aproximado de los intoxicados por cada clase de estupefacientes, sobre el importe

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

aproximado del consumo de esos estupefacientes, así como sobre los métodos que se usan en el tratamiento.

Algunos miembros de la Comisión pusieron de relieve las dificultades de una encuesta de esa índole y expresaron dudas sobre su utilidad. Objetaron: *a*) que todas las informaciones sobre el número de intoxicados serían necesariamente aproximativas; *b*) que en el cálculo de las cantidades consumidas no podía existir dosis media, y *c*) que tampoco existe método de tratamiento uniforme.

Los partidarios de la encuesta alegaron que era de importancia esencial y de considerable interés humanitario conocer lo más exactamente posible los efectos desastrosos del abuso de estupefacientes, y que un estudio de esa índole permitiría obtener indicaciones de gran valor sobre el sistema administrativo de fiscalización en vigor en los diferentes países.

La Comisión estimó que convenía consultar al Comité de Higiene de la Sociedad y pedir a los Gobiernos que le proporcionen todas las informaciones de que dispongan.

Memorias anuales de los Gobiernos.— La Comisión comprobó complacida, que varios países de la America latina habían enviado por primera vez Memorias anuales, pero advirtió que el número de países latino-americanos que no habían enviado todavía esas Memorias era considerable y comprendía: la Argentina, el Brasil, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, la República Dominicana, Honduras, México, Nicaragua, el Perú, el Salvador y Venezuela. La Comisión hizo un llamanmiento al espíritu de cooperación de todos los países.

Lista de estupefacientes y de preparados sujetos a los Convenios de El Haya y de Ginebra.—Algunos Gobiernos han propuesto adiciones y modificaciones a la lista de estupefacientes y preparados a los cuales son aplicables los convenios de El Haya y de Ginebra. La Comisión acordó constituir un Subcomité de especialistas para el examen de esa cuestión, esperando que ese Subcomité podrá terminar su trabajo antes de la Conferencia sobre la limitación de la fabricación de estupefacientes, que ha de reunirse en mayo.

Noticias

SOBRE LA VENTA DE HIERBAS MEDICINALES CHINAS EXISTENTES EN EL PAIS.— Lima, 20 de mayo de 1931.— Vistas las comunicaciones del Consul de la República China, de 29 de abril último y 14 del mes en curso, en las que solicita que:

1°.—Se permita la venta de hierbas medicinales chinas que se encuentran en el país;

2°.—Se permita, igualmente, el despacho de dichas hierbas, cuyo reembarque al puerto de orígen se ha ordenado;

3°.—Se dicte disposiciones para que las hierbas medicinales del Asia se vendan únicamente a ciudadanos chinos ; y

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

4°.—Se otorgue un plazo que no seria menor de dos años, a fin de que los comerciantes chinos puedan vender los productos que existen en sus almacenes;

Teniendo en consideración:

Que la atención a dichas solicitaciones, como las que también contiene el memorandum de la Legación China trascrito por el Ministerio de Relaciones Exteriores al de Fomento, importaría la suspensión de los efectos de la resolución suprema de 10 de diciembre de 1930 y de las ministeriales de 14 y 21 de abril último.

Que la citada resolución suprema de 10 de diciembre de 1930 se dictó teniendo en cuenta la necesidad de resguardar la salud pública seriamente amenazada.

Que la expresada resolución constituye dentro de nuestra legislación sanitaria una positiva y eficaz medida destinada a evitar la extensión del empirismo.

Que los herbolarios asiáticos han actuado clandestinamente, unas veces y otras, públicamente, contrariando las disposiciones vigentes, situación que encontró ilícito apoyo durante once años de desorganización administrativa, constituyendo fuente de ingresos delictuosos;

Que al sostener que el curanderismo debe subsistir por cuanto las herbolerías satisfacen el pago de patentes y otros arbitrios, es subordinar al criterio económico la necesidad de velar por la salud pública;

Que está perfectamente demostrado que los herbolarios asiáticos han ejercido la profesión médica, sin observar los requisitos exigidos por la ley de 28 de noviembre de 1888, para su ejercicio, y sin que esos industriales puedan probar lo contrario, por cuanto en la Dirección de Salubridad Pública existen documentos que acreditan tales hechos:

Que si bien es cierto que la constitución del Estado, en su artículo 39 que se invoca, reconoce la libertad de industria, también lo es que la limita y reserva, cuando así lo requieren la seguridad o necesidad públicas; y que si el artículo 46 de dicha Constitución, que también se invoca, reconoce la libertad de trabajo, dispone igualmente que ese ejercicio no se oponga a la moral, a la salud y a la seguridad públicas;

Que a tenor de los artículos de la Constitución anotados, es evidente el peligro que para la salud pública representa la venta sin control de hierbas medicinales y el ejercicio ilegal de la medicina por personas que carecen de capacidad y título legal para ello;

Que además es notoriamente injusto, que se exija a los fabricantes o importadores de drogas preparadas conforme a la farmacopea científica el registro y control por la autoridad de sus preparados y por otro lado se permita a las herbolerías asiáticas que trafiquen con preparaciones de fórmulas desconocidas;

Que la ley N°. 4868 de 11 de enero de 1924, puso en vigor el Código Penal, cuyo artículo 280 establece penas para los que sin título ni autorización legal para el arte de curar, anunciasen, prescribiesen o administrasen habitualemente medicamentos, disposición infringida por los herbolarios asiáticos;

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

Que denunciadas al fuero común dichas infracciones, como delitos contra la salud pública, han quedado impunes, pues los encausados, para cohonestar su delito, han sostenido que se dedicaban sólo a la venta de dichas hierbas y en estas condiciones han obtenido el sobreseimiento por falta de probanza.

Que no es exacto el sostener que la resolución suprema de 10 de diciembre de 1930, no puede tener efectos retroactivos, por cuanto el Estado en el ejercicio de sus funciones, no ha hecho sino dar cumplimiento a leyes preexistentes, como son las de 1888 y las disposiciones del Código Penal;

Que no es posible consentir el despacho de las hierbas asiáticas cuyo reembarque al puerto de orígen se ha ordenado, por cuanto se favorecería el comercio de los productos expresados, que han servido de medio al ejercicio ilegal de la medicina;

Que las reclamaciones del Cónsul de la República China no pueden ser estimadas, toda vez que ellas representan una censura que no es posible admitir cuando se trata de disposiciones que tienen el carácter de orden público y porque también toda representación consular o diplomática, en un caso como el presente, está terminantemente prohibida por el artículo 39 de la Constitución;

Estando a lo informado por la Dirección General de Salubridad Pública; y

Oida la opinión de la Facultad de Medicina de Lima;

Se resuelve: Declárase sin lugar las reclamaciones del Cónsul de la República China contenidas en sus solicitudes de 29 de abril último y 14 del mes en curso, debiendo cumplirse en todas sus partes las disposiciones dictadas en la resolución suprema de 10 de diciembre de 1930 y en las ministeriales de 14 y 21 de abril último.

Autorízase a la Dirección General de Salubridad Pública para que desestime de inmediato, todas las solicitudes de despacho de hierbas medicinales asiáticas que se presenten.

Regístrese comuníquese y publíquese. — *Rúbrica del Presidente de la Junta de Gobierno.*—REATEGUI.

Bibliografía

INTERPRETACION EN LA PRACTICA DE LOS ANALISIS CLINICOS por el Dr. T. Morato Cárdenas.— Un volúmen de 147 páginas.— *Editorial Javier Morata.*—Madrid, 1930— 5 pesetas.

Es un hecho indiscutible que cada día le es más necesaria al médico general la práctica de los análisis clínicos, por estar considerados en la medicina moderna como un método más de exploración, valiosísimo si se saben interpretar correctamente.

A la eficaz interpretación de los análisis dedica todo su esfuerzo el Dr. Morato en este libro. Es preciso, dice, "para adquirir de los procedimientos analíticos el mayor provecho posible, que el clínico esté

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

percatado de las determinaciones o métodos que son más necesarios en cada caso o más interesantes de ser conocidos, porque en otra forma se expone a poseer datos sin importancia para el problema que podría ayudar en proporción considerable a su resolución."

Original, claro, preciso, este libro debe figurar en la biblioteca de todo médico práctico.

LES PHENOMENES DE CHOC DANS L'URTICAIRE por los Drs. Pasteur Vallery-Radot et L. Ruques. — Un volúmen de 231 páginas.— *Octave Doin et Fils, editeurs.*—París 1930.

Después de los trabajos fundamentales de Widal y su escuela sobre el papel de la anafilaxia y de la coloideclasia en patología humana, ninguna cuestión ha sido más discutida que esta de los fenómenos del choque, haciéndose, pues, necesario fijar y poner al día esta importantísima cuestión.

La urticaria es, en efecto, un tipo de enfermedad por choque; su estudio toma una importancia tan considerable que traspasa los cuadros de la dermatología para ligarse a una serie de problemas de patología general.

Situados en este plano, los autores estudian en esta obra las diversas variedades etiológicas de la urticaria; después pasan revista a los diferentes métodos de desensibilización y métodos de modificación humorales, empleados en la urticaria y en las enfermedades coloidoclásicas. Termina tan notable trabajo subrayando sus autores las ventajas, los peligros o sus inconvenientes. Podemos, pues, considerar este libro como el más completo sobre este problema, que poco a poco va esclareciéndose, y que tanta transcendencia tiene en la medicina moderna.

SIFILIS Y MEDICINA INTERNA por el Dr. Hermann Schlesinger.—Un tomo de 740 páginas.—*Editorial de Modesto Uson.* Barcelona. 1930.

El autor comienza su interesante obra dedicando una gran parte del libro al estudio de la artrolúes tardía y su terapéutica, constituyendo la primera parte del libro que presentamos a los lectores.

La base para este estudio la ha hecho el autor sobre 35 casos y están tan detalladas las formas conocidas de las afecciones articulares sifilíticas sin otros signos de lúes, que sin exageración podemos decir que es el trabajo más completo sobre esta materia.

La parte II se ocupa de la sífilis de las vísceras abdominales y la III y última de la sífilis de los órganos circulatorios, respiratorios, de las glándulas de secreción interna y de las enfermedades de la sangre.

Aunque se ha avanzado extraordinariamente en lo que se refiere al diagnóstico de las enfermedades de los órganos internos y la sífilis existen puntos obscuros y el autor llama la atención sobre ellos en cada uno de los capítulos para vencerlos y alcanzar el mayor número de diagnósticos seguros.

Todos los capítulos son interesantes en esta obra; pero queremos citar además de los concernientes a la artrolúes tardía, los dedicados a las afecciones sifilíticas de la aorta, sífilis pulmonar, sífilis y glándulas

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

endocrinas y sífilis y enfermedades de la sangre que tienen un valor personal indiscutible.

La terapéutica de la sífilis interna está ampliamente estudiada.

Todos los capítulos llevan al final un apéndice dedicado a literatura.

La presentación inmejorable, admirablemente encuadernada, con multitud de grabados en negro y en color.

LA MUERTE REAL Y LA MUERTE APARENTE CON RELACION A LOS SANTOS SACRAMENTOS.—Estudio fisiológico teológico, por el P. Juan B. Ferreres M. J.—Editor. E. Subirana.—Barcelona 1930.

Libro en que su autor, revelándose como un biólogo notable, expone los diferentes procedimientos que la ciencia admite para conocer la posibilidad o certidumbre de la muerte, tanto en el feto como en el adulto, a fin de que el médico pueda aconsejar en esos casos de fallecimientos inesperados o repentinos,la administración del Bautismo cuando se trate de un feto que ha nacido en estado de asfixia o de un adulto que acaba de morir de afección larga o sobreaguda.

Es muy de aconsejar su lectura, pues, a los que se relacionan con el enfermo, en general médicos, enfermeros, sacerdotes y a todos los aficionados a saber y a pensar, pues la obrita del sabio teólogo Ferreres enseña, inspira y obliga a meditar a quien la lea.

LES INFANTILISMES por E. APERT.— Cuadernos de *La Pratique Médicale Illustrée.—G. Doin y C.ª editores.* —París 1930.

Existen en Medicina lo mismo que en otras ramas del saber—colecciones de monografías hechas bajo la dirección o al amparo de un nombre ilustre y en torno a los más diversos asuntos de la profesión; casi se podría dar una regla general que comprendiera y calificara a todas ellas. Suele caber dentro de la misma colección obras excelentes, obras medianas y algunas —las ménos— menos que medianas e incluso rechazables.

La Pratique Médicale Illustrée es la excepción que confirma la regla; todos los cuadernos aparecidos hasta ahora hacen que la publicación dé ciento y raya a otras similares. El cuaderno presente, obra del ilustre paidólogo Apert, está a la altura de la publicación y del nombre de su autor.

En el primer capítulo de la obra se esfuerza Apert en desenmarañar la confusión existente en lo que concierne a la nomenclatura de los infantilismos y fija con precisión el valor de cada uno de los términos en uso. Después, en capítulos sucesivos, va estudiando los infantilismos corrientes por riguroso orden patogénico, sobresaliendo el dedicado al infantilismo tiroideo, a los infantilochetivismos y a la progeria, y, por fin, una perfecta pauta del tratamiento de estos diversos estados.

Resumiendo: Un éxito más de Apert y de *Pratique Médicale Illustrée.*

Acompañan la obra en sus distintas secciones, fotografías de infantiles y de un caso de progeria.

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

LES GRANDS SYNDROMES EN PATHOLOGIE EXOTIQUE por M. Blanchard y F. Toullec.— *Bibliothéque des Grands Syndromes*, director H. Roger.—*Editor Gaston Doin y C.ª*.—París 1930.

Esquematicamente se exponen en la presente obra las enfermedades tropicales agrupadas con arreglo a sus manifestaciones sindrómicas. No creemos que esta esquematización perjudique en algo a la verdad clínica; además la claridad y la sencillez salen ganando mucho con ello. El estudio que hacen los autores, parcelando los padecimientos por síndromes—fiebre, diarrea, etc.—, nos parece utilísimo por dos razones: Primera, porque, como dice Calmette, son muchos los agentes patógenos que al refugiarse en los distintos sistemas y órganos de la economía los lesionan y por consiguiente los hacen reaccionar de idéntica manera" conservando — aunque no siempre— algunos caracteres que permitan su diferenciación. La otra razón deriva de la anterior y consiste en las ventajas del estudio de conjunto. Indudablemente es más cómodo, y sobre todo más didáctico, hacer— como hacen los autores— un estudio de conjunto sobre el síndrome fiebre, pongamos por ejemplo, y luego descender a las particularidades de la misma en el paludismo, tifus y demás enfermedades piretógenas. Completan la obra líneas de tratamiento de todos los síndromes estudiados.

LES ENDOCARDITES INFECTIEUSES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT por A. Lemiere y P. N. Deschamps.—Un vol. de 72 pgs.—Gaston Doin & Cie., Editores.—Paris 1930.—16 frs.

Actualmente se aprecia toda la importancia de los problemas de diagnóstico y terapéutica relativos a las endocarditis infecciosas. Los autores de esta obra se proponen exponerlos en su conjunto, a base de los resultados de su experiencia personal y del análisis de numerosos trabajos consagrados a esta rama de la patología.

Consideran sucesivamente la endocarditis reumática en sus dos variedades, atenuada y maligna, y la endocarditis séptica o de gérmenes piógenos. Esta puede deberse a microbios muy diversos, entre los cuales en todo caso, el estreptococo ocupa un lugar de suma preponderancia. Reviste esta afección tres formas dirferentes: aguda, subaguda o lenta.

Los autores pasan revista, para cada uno de estas categorías, a los errores posibles de diagnóstico. Consagran la mayor parte de su exposición a la endocarditis maligna de forma lenta, por su frecuencia y por la multiplicidad de sus aspectos clínicos.

Un análisis completo de los diversos tratamientos propuestos, tanto para la endocarditis reumática como para las sépticas, termina la obra, que, acompañada de un índice bibliográfico importante, trata de resumir en un corto número de páginas el estado actual de una cuestión particularmente compleja.

LES OBLITERATIONS ARTERIELLES DES MEMBRES. DIAGNOSTIC, TRAITEMENT, por L. Langeron.—Un vol. de de 76 pgs.—*Gaston Doin et Fils.*—Paris 1930.—18 frs.

La cuestión del diagnóstico y del tratamiento de las obliteraciones arteriales de los miembros constituye un problema práctico cuya

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

solución se impone con frecuencia al clínico. El polimorfismo de las manifestaciones clínicas susceptibles de realizarse por estas obliteraciones es considerable; pero, afortunadamente, hoy se dispone, para sustentar este diagnóstico sobre bases sólidas de numerosos medios de investigación que el clínico debe reconocer para estar en condiciones de ponerlos en práctica cuando se presente ocasión.

La terapéutica de las obliteraciones, sin haberse establecido de manera definitiva y perfecta, se ha enriquecido, no obstante últimamente con numerosos procedimientos y medicaciones, que responden, por otra parte, a necesidades e indicaciones diferentes, y que el médico debe reconocer, para las consecuencias que les son inherentes.

El autor se ha colocado en un punto de vista exclusivamente práctico, y no ha apelado a las nociones teóricas de patogenia, anatomía y fisiología patológicas sino en la medida en que estas nociones le han parecido indispensables para que pueda apreciarse bien el valor de los síntomas funcionales y de los procedimientos de exploración, a la vez que el modo de acción y las indicaciones de los diversos procedimientos terapéuticos.

Sucesivamente expone los síntomas funcionales, los procedimientos de exploración arterial, el diagnóstico diferencial y etiológico la terapéutica de estas obliteraciones, haciendo la crítica de todo ello en el aspecto práctico, e insistiendo sobre las nociones más recientemente adquiridas. De modo especial considera la cuestión bastante nueva del tratamiento de estos estados por la radioterapia de la región suprarrenal, que parece susceptible de dar en estos casos excelentes resultados.

DIABETES AGLUCOSURICA. DIABETES OCULTA. DIABETES LATENTE por el Dr. Pedro Escudero.—Colección Marañón.—Un volúmen de 229 páginas.—*Manuel Marín, editor.*—Barcelona, 1930.—12 pesetas.

El Dr. Escudero, dedicado desde hace muchos años al estudio de la diabetes, ha reunido en este libro sus investigaciones interesantísimas bajo todos los puntos de vista. Son especialmente notables los capítulos dedicados al diagnóstico de las formas dudosas de la diabetes, al estudio clínico de la diabetes oculta, a la clasificación de la diabetes, y otros muchos que la falta de espacio nos impide reseñar. La profusión de casos clínicos que presenta y las numerosas tablas de análisis comparativos según los métodos utilizados que enriquecen el libro, hacen de esta obra una de las más notables, publicadas sobre la materia.

La Medicina es el arte de llegar a una conclusión, partiendo de indicios insuficientes. La conclusión es el diagnóstico.

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

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

La higiene mental y las toxicomanías

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE

(Conclusión)

Un estudio de los efectos de la morfina lleva como de la mano a la revisión de los efectos del opio. De su planta se extrae aquella, donde existe mezclada con otros alcaloides. Los efectos de este conunto de productos han hecho llamarle "adormidera" al vegetal. El Oriente le otorga las mismas zalemas que el Occidente al alcohol. Si este sólo se bebe, aquel se fuma, también se bebe y además se hace en píldoras, con las que las supersticiones e ignorancia de los opiómanos orientales creen vivir. La destrucción y el enflaquecimiento anuncian que en realidad alentaban vida merced a sus propios organos y tejidos.

La acción nefasta del opio sobre el psiquismo humano es compleja. La diversidad de alcaloides que ahí existen le brinda tales aspectos a su acción, que se explica como muchas inteligencias estimables se han deshonrado y hasta destruído por los efectos de la droga. Así como el alcohol embriaga, el opio hace dormir. Los primeros momentos sin embargo son de semisueño, con sensaciones de alegría y bienestar. Las imágenes surgidas dependen del sujeto, no del opio. Los seres vulgares e incultos encontrarán únicamente el sueño de los brutos. Los vivos de imaginación, por lo contrario, tendrán las visiones que han forjado la dorada leyenda de los cuentos orientales. La fisiología explica en parte el hecho, por la abundante circulación cerebral, que al irrigar el cerebro en demasia, superactiva la ideación.

En los países conquistados por el opio existen muchos sujetos en todas las esferas sociales que lo usan diariamente. El gusto de fumarlo es semejante al del uso del vino en las comidas o al del cigarrillo cuotidiano. Pero, abundan también en esos pueblos, y en los demas del globo, los opiómanos que van mas allá del acto habitual y automático. Este uso requiere, por lo general, la concurrencia al fumadero. Todos saben como han ido aumentando estos en nuestro medio. Escasos y para el uso de los asiáticos, son ahora numerosos y públicos. Sujetos de todo linaje forman la parroquia que a diario pide la clásica "castellana". No es aventurado decir que en Lima ya está formado el "ambiente tóxico" que la vigilancia policial descuida, acaso por que sus tentativas laudables han sido otras tantas veces destruídas por la conspiración de los intereses afectados por la campaña y en trance de desaparecer.

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

La acción estupefaciente del opio convierte al fumador en un ser incapaz de trabajar. Inutilizado por la somnoliencia en que vive, deja de satisfacer las más indispensables necesidades corporales. Pueden por lo tanto irse de la vida con gran facilidad, sin que el hambre se haga presente. Los delirios que tienen son la única razón para no considerarlos unos decapitados; o cuando faltos de la droga ofrecen tal dinamismo por conseguirla, que incluso representan las más variadas escenas melodramáticas. Los opiómanos, alguien ha escrito, se disputan una píldora de opio como los perros se disputan un hueso.

No son estos actos los únicos que traducen las visiones del toxicómano por opio. Muchas alucinaciones aterradoras insurgen en sus letargos que angustian su vida y los hacen atentar contra la propia existencia. En otros casos es la seguridad de los demás la que peligra. Vease si no esta cita del capitán Cook, tomada del estudio de Legrain Los venenos de la inteligencia: "la practica de *correr un muck*—dice —consiste en que un hindú, después de embriagarse por el opio, se precipita a la calle con una arma en la mano, matando a todas las personas que encuentra, hasta que se mata a si mismo o es detenido. El hecho— agrega aquel autor—patentiza el delirio alucinatorio furioso."

Exeptuando, estos casos, la decadencia mental del opiómano va *in crecendo* con el tiempo trascurrido, hasta que la muerte por inanición o por tuberculosis pone fin a esta incomparable estupidez.

Toca ahora ocuparse de la cocaina, del alcaloide del *erithroxylon coca* tan conocido en el Perú desde sus antiguos pobladores. Nuestra condición de país originario de la planta hizo pensar que aquí se conocería, admirablemente y por abundante experiencia, los efectos del alcaloide. Digamos, sin embargo, que desde Unanue a Muñiz y de este a Valdizan, raros son los nombres que pueden agregarse a esta trilogía de estudiosos del cocainismo peruano. La bibliografía en torno al asunto sólo ofrece valiosas muestras en las fecundas observaciones de Raimondi y en las páginas admirables en que concreta los modos de luchar contra el flajelo Carlos Enrique Paz Soldan. Que las breves pinceladas con que van a ser descritas las perturbaciones del cocainismo entre los indios peruanos sirvan para recordar la conveniencia de su estudio. La dolorosa inercia de la raza, es el fardo pesado de la economía nacional. La Universidad nueva daría prueba de sentir con intensidad la inquietud social de su época proporcionando por el estudio los medios de destruir este factor que la aniquila.

Poco puede agregar a lo que se sabe de los venenos psíquicos el cocainismo. Su uso inmoderado conduce también a la decadencia orgánica, a la locura y la criminalidad. La característica de sus reacciones la colocan equidistante de la morfina y del alcohol. Mientras este exita, aquella adormece. Una situación intermedia tiene la cocaina. En los comienzos del uso estimula las energías, pero sin alcanzar los caracteres de la agitación. La experiencia mil veces renovada de los indios peruanos abona esta afirmación científica, que Raimondi ya había anotado en su libro "El Perú" al referir la resis-

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

tencia del indigena que "chacchando" su coca desafía victorioso los rigores de la marcha.

Estas propiedades no obstante dejan de satisfacer al cocainómano. Su corolario, la embriaguez, es pronto conocida en sus efectos. Como en todos los narcóticos la nota del delirio la pone la calidad mental del sujeto. Cerebros bien dotados engendran sueños paradisiacos; mentalidades inferiores y simples, muy poco tienen que hallar en el despertar de la subconciencia por la droga. Poco importa que el producto se ingiera en forma de inyecciones. Nada vale que sea por aspiración nasal. La victima delirará con lo que poseía en su psiquis. Y así, libre de realidades circundantes, mirará todo de color de rosa.

La esfera del caracter es de las más atacadas. Cosas mínimas sacan a los cocainómanos de sus casillas. Se vuelven pendencieros viviendo, por lo mismo, en margen de delito. A veces se creen atacados, heridos por pinchazos o mordeduras, errada interpretación que hacen de la acción anestesiante de la cocaina sobre las terminaciones nerviosas de la piel. Esas ilusiones sensitivas se siguen de alucinaciones en los otros sentidos, dependientes en sus modalidades del estado mental de cada uno. Como alienados son peligrosos.

Las necesidades sexuales experimentan alteraciones desde el comienzo de la toxicomanía. Primero, despierta la apetencia. No es improbable que semejante propiedad intervenga en la funesta determinación de continuar usándola. Una joven cocainómana escribía a este respecto lo siguiente: "me sentía muy triste y solitaria, así que durante la noche me levantaba y tomaba cocaina. Inmediatamente me transformaba, experimentando la misma satisfacción, el mismo placer que sentiría acompañada de hombres jovenes".

Esta exaltación de la "libido" tiene su límite. La sacudida que constantemente sufre, la fatiga y agota. Del deseo inmoderado se desplaza la sexualidad hacia la indiferencia y la frigidez. Embriagado por la cocaina, en estado marasmático, el narcómano busca tan sólo las imágenes gratas. La función de la reproducción ya no se hace, el hombre deja incumplido su papel de perpetuarse y la especie se suicida. Menos mal que no engendra descendientes lisiados, seres parásitos que unicamente representarían una carga social. Cuando sobreviene una complicación, tal la tuberculosis, el sujeto ahí acaba. Frecuentemente, sin embargo, la desnutrición y el decaimiento en su grado máximo hacen que sus cuerpos vayan a dar a los hospitales o a los asilos de alienados, donde a poco de ingresar expiran.

No es ciertamente este cuadro de la embriaguez cocaínica un hecho comun entre los indígenas peruanos. La cocaina producida en sus bocas por el mascado de las hojas de coca mezclada con cal, siendo pequeña, es dificil que alcance a procurarles las sensaciones que se acaban de relatar. Nunca podrá encontrarse un indio hablador, expansivo, discurseador entre los miles que la *chacchan*. Aquel espejo de la intoxicación alcohólica constituído por la embriaguez cocaínica nadie ha podido hallarlo en los indios por ninguna parte. Cuentan ellos que, además de una cierta insensibilidad de las mucosas de la boca, perciben un renacimiento de las fuerzas por así decirlo y unos grandes deseos de trabajar. Trascurridas unas horas el indio nota el cambio de sabor en lo que masca coetaneamente con

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

una sensación de fatiga. Basta reemplazar, por nuevas hojas de coca las que guardaba en su boca, para que las fuerzas se recuperen, estimuladas por nuevas dósis de venenos. He aquí lo que las gentes que reflexionan poco han dado en llamar la "acción vigorizadora" de la coca. La embriaguez cocaínica clásica no obstante deja de presentarse. ¿Por qué?

Valdizán estudiando el punto consigna sus juicios en un trabajo titulado "El cocainismo y la raza indígena". Es en el factor étnico donde él busca la razón. Y la encuentra en su tono sentimental, en su irresolución, en su sumisión a los rigores del medio en que vive, en la disminución de la sensibilidad al dolor, estigmas todos reveladores de un estado degenerativo racial. Cabe decir otro tanto respecto a la involución ética, esa que—usando las palabras de Valdizán— los hace "ingratos, mentirosos y calumniadores", que hallaríamos en el indígena peruano y que ya habían hallado casi todos los Cronistas de Indias" Y—agrega en otra parte— ese abismo que separa el pasado del presente de la raza indígena, de esa raza que en lejanos tiempos no reconoció barreras al vuelo de su inteligencia y al vigor de su brazo y que hoy, debilitada y envilecida, vive la vida de los organismos inferiores.... se debe a tres factores: el cocainismo— que anotamos nosotros ha colocado en primer lugar— el alcoholismo y el bocio".

Además "el campo del sentimiento de la raza indígena tiene un carácter de sorprendente resignación a la vida.... y una irritabilidad díficil de provocarse, pero muy intensa cuando se produce." Y no es tan solo el deseo de olvidar el que empuja a la raza indígena hacía la embriaguez alcohólica en torno al ataud en que acaba de enterrarse a un miembro de la familia." Tal costumbre, muy sorprendente, es el fruto de su degeneración racial ostentada en una facies en la cual se mezclan las expreciones de enfermedad, de temor y de tristeza".

La decadencia psicofísica tiene, pues, según Valdizán, una de sus causas fundamentales en la cocaína. La responsabilidad que le incumbe dentro del interesante problema de la degeneración racial no está debidamente precisada. Su grado será obra de estudios bien conducidos, y no cabrían dentro de una visión de conjunto sobre el cocainismo de los indios peruanos como aquí se hace.

El uso y abuso de los tóxicos afecta en la actualidad a todos los pueblos y a todas las clases sociales. La inquietante multiplicación de los crímenes cometidos por los intoxicados el crecimiento del número de los alienados y las funestas proyecciones, que tiene sobre la mentalidad, son los grandes motivos de la campaña antitóxica. Los efectos deletereos sobre los individuos afectan también a los descendientes. De este modo el porvenir de la raza va comprometiendose, tal vez definitivamente.

Malogradas las energías juveniles, multiplicadas las degeneraciones, los sabios y los juristas, los médicos y los profesionales de la higiene han establecido por el estudio y la meditación, las medidas al uso contra los peligros sociales de la toxicomanía. Los serios problemas que comporta erradicar los factores que han creado el ambiente tóxico podrán resolverse después de muchos años de labor.

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

En el empeño tienen que actuar la medicina, la política, la legislación, la higiene, la sociología, la educación y otras ramas del saber humano. Y al lado de ellas, para animarlas, los bríos del reformador y la renovada insistencia de algunas generaciones.

Gregorio Berman, a quien hemos recurrido varias veces, afirma que la manía tóxica es algo más que un fenómeno económico-social. Así lo confirma la Unión Soviética, donde la instauración del nuevo régimen no ha influído en la disminución. El capítulo Educando al Pueblo, del libro La Nueva Rusia, de Julio Alvarez del Vayo, aprisiona al respecto toda la verdad, cuando describe las razones que se creyeron achicara el número de los toxicomanos legado por la Rusia Imperial.

Y es que no cabe duda que la "mala vida", los nuevos ricos y demás causas sociales dan a los tóxicos el indecible atractivo del fruto prohibido. De nada ha valido al hombre que la novela, el teatro y el cinematógrafo representen incesantemente el espantoso cuadro del alcohólico preso de terribles alucinaciones. Poco han podido los autores que llevando al lector al patio del Manicomio trataron de impresionarlo con el triste espectáculo de los degradados por los alcaloides. La forma folletinesca de las publicaciones y las escenas de la representación han despertado, por el contrario, ignoradas inclinaciones de más de uno, que así percibían la existencia de nuevas sensaciones agradables a su psiquismo enfermizo. Y aunque es loable que el literato matice con sombría paleta las funestas consecuencias de las toxicomanías, que el legislador dicte medidas restrictivas y que el moralista anatematice el vicio, poco valen estos factores sin la cooperación del médico y del higienista.

La gravedad del problema empero no consiente la mulsumánica actitud de esperar que el porvenir haga ostensible los efectos de la higiene mental. Mientras tal época se alcance, mientras los problemas eugénicos sean una realidad entre nosotros, mientras el número de psicopatas sea tan pequeño que su minoridad deje de ser un motivo de preocupación, es urgente recurrir de inmediato a la practica de otras medidas. Ya coercitivas, contra el tráfico ilegal de los venenos de la inteligencia. Ya asistenciales, atendiendo con amplitud a nuestros alienados y a nuestros delincuentes.

La campaña contra las ventas ilícitas de drogas y narcóticos está extendida en casi todo el orbe. No obstante su área de actividades es el opio la única sustancia respecto de la cual van uniformándose las opiniones. La conferencia internacional de Shangai, en 1909, fué el primer paso. Trece naciones constituyeron el certámen y dos conclusiones interesantes resumieron su labor. Pedir la cancelación de las concesiones de opio y contralorear la fabricación y venta de morfina. Unas conclusiones tan poco prácticas tenían que despertar nuevos esfuerzos. Y la Convención de La Haya, en 1912, comprometió a las potencias asistentes para luchar internacionalmente contra la gran plaga social. El tráfico, sin embargo, aumentaba y daba lugar a variadas formas de clandestinismo. Las ganancias oficiales asimismo eran acicates poderosos para la resistencia. Los gobiernos que las percibían, Inglaterra y Francia especialmente, tuvieron reparos que oponer al saludable propósito de limitar la producción. Las

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

reuniones del Cuerpo Consultivo del Opio de la Liga de Naciones, parecían por eso destinadas al fracaso. Empero, los partidarios de la limitación no desmayaron, y con la ayuda de Estados Unidos—alarmado por el aumento de consumo de opio en su territorio — obtuvieron que se restringiera directamente la manufactura de los estupefacientes.

Era la primera victoria contra el ansia de dinero y en favor de las conveniencias higiénicas y sociales de la humanidad. La profilaxia internacional quedó iniciada. Las naciones tienen fijada desde entonces su cuota máxima para el consumo de opio y otros narcóticos. Ella se ha señalado atendiendo a las necesidades terapéuticas del número de habitantes de cada país. Desde entonces el veneno no puede llevarse facilmente a sus víctimas al lecho de los goces dolorosos. En el Perú la ley contra la venta de alcohol los sábados y domingos, la llamada ley Maúrtua, ponía algunos atajos a los alcoholistas los días de pago. Y las disposiciones de la ley 4428 sobre importación y venta de narcóticos restringe su consumo a las puras necesidades terapéuticas.

La primera sufrió serio quebranto en 1924, cuando por la dación de una nueva ley se permitió la venta de cerveza los días de la prohibición, para después, con el insostenible pretexto de inflar las rentas fiscales, obtenerse su derogatoria.

En cuanto a la segunda, se burla su acción por los poderes públicos, por los que precisamente quedaban encargados de su mejor cumplimiento. El artículo 1°. de ella, en efecto, "prohibe el funcionamiento de los fumadores de opio en el territorio de la república". Esta reacción legal contra el vicio asiático nunca tuvo adecuado cumplimiento. Y los diarios locales tienen con frecuencia en sus columnas avisos de remate para la importación de opio en pasta para fumar, sin que nadie se alarme e inquiete. El gobierno por intermedio de una compañía fiscalizada acepta la mejor oferta. El criterio crematístico procura velar de este modo la incongruencia que significa favorecer la venta de opio en el país e incumplir las leyes al pie de las cuales había estampado antes su firma de estado civilizado.

Pero, la experiencia local contra las toxicomanías es aun más desconsoladora. Hasta los esfuerzos hechos por aquellos espíritus a quienes preocupan los males dimanados por los toxicos son desconocidos. Nadie habla, por ejemplo, de la Conferencia Nacional antialcoholica de Lima de 1903, ni de las conclusiones adoptadas. La brega que, más tarde, hiciera la Sociedad Nacional de Temperancia también fué destruída por la frialdad del ambiente. Y sólo los inusitados esfuerzos de los miembros de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social que mantiene el esfuerzo perseverante de Carlos A. Bambarén, permite a la institución, en conversaciones y escritos, por sociedades y presidios, difundir útiles consejos. Su empeñosa labor empero nada pudo cuando el parlamento nacional, atento a las solicitaciones económicas del tesoro público en los últimos once años, derogó la ley Maúrtua para proporcionar a costa de la salud pública, nuevos ingresos a la caja fiscal. Y un detalle cronológico, que nada vale en el campo científico, impidió sin embargo que el Primer Congreso Nacional de Medicina excluyera de sus votos aquel que

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

invitaba a los poderes públicos en nombre del porvenir, a suprimir la importación del opio en el territorio nacional.

Una sóla cosa queda en pie en la lucha contra los tóxicos en el Perú. La vigilancia que sobre su venta en las farmacias ejerce, sin convicción ni fe, las autoridades de salubridad pública. Es quizá por que carece de los elementos apropiados para controlar su importación y venta, como los dispone, por ejemplo, las oficinas respectivas de otros pueblos. De nada vale descubrir aquí la posesión de la droga. La ley penal reclama la prueba de fomentar el vicio para castigar, vale decir que demanda el caso imposible de poner al delincuente en manos policiales en la hora del tráfico del estupefaciente. La calidad de los sujetos que los usan enturbia más la imprecisión legalista. Porque, ¿quiénes son los toxicomanos? que hay que entender por tales?

Cornelius Collins en la reunión anual de la "Narcotic Educación" en febrero de 1930, señaló el hombre-tipo, diciendo que es aquel que por tener el hábito de emplear tóxicos carece del poder de contrariar el imperio de sus apetitos, convirtiéndose en un peligro para la moral la seguridad pública y su propia salud. Lo sugestivo del concepto que ha hecho su oficialización por una ley federal de Estados Unidos —la nación cuya actividad en favor de la higiene mental constituye un paradigma— excluye al pequeño toxicómano, al ser que diariamente emplea dósis mui moderadas de drogas, pero que sin perjudicar ostensiblemente su salud representa un peligro como centro de irradiación y contagio psiquico.

Obstaculizar la venta de los tóxicos no constituye por desgracia toda la desiderata. La lucha antitóxica será más efectiva atendiendo y curando a los psicópatas, a los tarados, a los enfermos de la mente y de la voluntad. La ley que sobre asistencia de alienados y toxicomanos se redactó, en 1927, por una comisión de psiquiatras y juristas, ahí está esperando su aprobación y vigencia. Un intento más en favor de la higiene mental que va perdiéndose. Su articulado ajustado a la época, tiene proyecciones saludables en el tutelaje de la sanidad de la mente. Y hasta algunas miras eugénicas se anotan en ella. El impedimento para el matrimonio de los toxicómanos antes de dos años de curación comprobada es la muestra de como sus autores han redactado una legislación porvenirista.

Pero, la efectividad de la obra de la higiene mental es fundamentalmente evitar la alienación. A largo plazo habrá de conseguirse este propósito. Tal obra se inicia en el hogar, se continúa en la escuela y toma sus perfiles definitivos en la orientación profesional. Es, pues, con la mirada tendida hacia el porvenir como podrá hacerse profilaxia de los toxicomanías.

La insuficiencia del hogar es un signo de los tiempos. La lucha por la vida va alejando a los progenitores del viejo modelo hogareño. Aquel tiempo que antes dedicaban los padres a sus hijos para observarlos y conocerlos hace falta hoy. Virtualmente la finalidad sustantiva del matrimonio está incumpliéndose. La madre, ella sóla, se las veía con los niños. En los apremios de su misión acudía a la autoridad del padre, del que por ser el hombre y el sostén de la casa, se le exhibía como el símbolo autoritatorio del hogar. Sus castigos de pa-

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

labra o en el hecho determinan, tenían que determinar, la rotura del vínculo del padre con el hijo. Un grueso abismo de sufrimientos reprimidos los separaba, sin permitir que surgiera el padre moderno, esto es, el amigo y el confidente del propio hijo.

Nuevas reclamaciones de la lucha por la vida han creado ahora la deserción materna. Ya no es sólo el padre quien temporalmente deja el hogar para buscar el sustento. La madre asimismo deserta, llevándose el calor del afecto y la mirada vigilante para el tierno ser. No siempre es la tiranía de una vida de estrecheces la que hay que aliviar en el trabajo femenino. Mas bien cúlpese a las solicitaciones que la vida moderna ejerce sobre la mitad femenina de la humanidad. Como no citar aquí las frases apasionadas con que un compatriota pedía la vuelta al antiguo hogar como medio de solucionar las graves crisis sociales del momento. "La humanidad—decía—evitará el daño de las ondas de insanía que recorren la tierra, con el viaje de retorno a un hogar que la madre haga alegre y haga fuerte el padre; a un hogar comprensivo, en que la mirada afectuosa de los padres vigile ansiosa el desarrollo del espíritu de sus hijos y pueda oponer a la fragilidad, camino del infortunio, los elementos de combatirlo eficazmente".

Cuando pase esta etapa y llegue la edad de la escolaridad, el maestro, padre espiritual, será quien enseñe al niño junto con las nociones elementales, los principios de la salubridad y de la higiene mental. La plasticidad del infante es el elemento aprovechable en este momento de la vida. Sin sobrecargar las mentalidades normales, aprovechando lo utilizable de los niños por debajo de la normalidad y frenando las tendencias aceleradoras de los supernormales, el problema de la infancia tiene las seguridades de una conveniente solución.

El maestro y el médico escolar, que más que curador debe ser psicólogo, idea que por desgracia no ha vencido la impenetrabilidad del ambiente pedagógico nacional, tienen los medios de vislumbrar la aptitud profesional de los educandos. Uno y otro han de saber, si quieren hacer higiene de la mente, que las vocaciones deben guiarse con normas científicas. El mejor artesano es el que trabaja pensando en lo que hace, lo afirma categóricamente el alienista brasileño Julio Moreira. Las pesquizas vocacionales, situarán, pues, a cada sujeto en su lugar. De nada valen mejorar las condiciones de la enseñanza profesional, si el elemento estudiante no fué seleccionado antes psicotécnicamente.

Tales directivas de higiene mental, al asegurar la integridad psíquica de los hombres, abatirán la cifra de los tarados del espíritu. Su enunciación sumaria ha terminado este trabajo. Es imperativo, sin embargo, que la Universidad de Lima medite acerca de la conveniencia de poner al servicio de la peruanidad estas directivas, hasta ahora incumplidas, de la higiene mental. Si quiere orientar en sentido constructivo las energías nacionales debe hacerlo. Solo así intentará, con garantía de éxito, la renovación de la conciencia nacional. La conquista de un mañana venturoso puede hacerse solamente partiendo de una base segura: La cultura de sus hombres sanos corporal y psíquicamente. La vieja patria agonizante, remozada por

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

el esfuerzo de sus hombres nuevos, será la que mantenga su dignidad de nación libre en el advenimiento de las nuevas formas de la relación social.

La campaña antileprosa en el Perú

Informe presentado a la Dirección de Salubridad

Por los Dres. ARMANDO MONTES y J. A. ESTRELLA RUIZ

La situación de los departamentos de Loreto y San Martín, en lo que se refiere a la presencia de casos de lepra, es sumamente delicada y pide con el carácter de impostergable, que los Poderes Públicos consagren a ella toda la atención que convenga.

En los países limitantes con nuestros departamentos del Oriente —Brasil, Colombia, Ecuador— es bastante frecuente la lepra. Son muy muy numerosos los casos de esa enfermedad en Brasil y bastante numerosos también lo son en Colombia.

En el Perú la lepra no ha sido, hasta hace pocos años, enfermedad que constituyera un serio problema sanitario. Durante la época de la Colonia se presentaron muchos casos de lepra entre los oriundos de Africa, importados como braceros y fué así cómo se hizo necesario construir en Lima un hospital para lazarinos. Pero, posteriormente, desaparecidos por el término natural de la vida esos enfermos, no hubo lepra en el país, salvo uno que otro caso entre los coolíes chinos que fueron importados para el trabajo de las haciendas de la costa. Pero, desde el año de 1901, más o menos, debido seguramente a inmigraciones al departamento de Loreto de brasileños, colombianos y ecuatorianos que se establecieron en nuestros ríos, comenzó a señalarse la existencia de leprosos, algunos de los que eran extranjeros, pero otros eran peruanos contagiados por los primeros cuyo incremento significa un serio peligro sanitario, no sólo para los departamentos del Oriente peruano, sino también para el país en general. No es exagerado, pues, el afirmar que si el Estado no inicia en breve una campaña debidamente orientada y con los recursos indispensables para proseguirla sin interrupción durante un lapso más o menos largo, la lepra dará orígen a que se le considere no simplemente como un problema circunscrito, regional — tal cual es ahora — sino como un evidente y serio problema nacional.

Respecto a la campaña contra la lepra, algo se ha legislado en Perú, aparte de lo puntualizado en el reglamento de la ley número 2348, de declaración obligatoria de las enfermedades infecto-contagiosas.

La ley número 5020 autorizó al Poder Ejecutivo para invertir cuatro mil libras peruanas en la construcción e instalación de una

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

leprosería colonia agrícola en el departamento de Loreto, a fin de aislar y asistir en ella "a las personas atacadas de lepra en ese y los demás departamentos vecinos de la zona de montaña". De acuerdo con dicha ley se expidió la resolución suprema de 6 de marzo de 1925, en la que se nombró una comisión presidida por el prefecto del departamento de Loreto e integrada por el director de la Sociedad de Beneficencia Pública de Iquitos, por el presidente de la Cámara de Comercio de esa ciudad, por el médico titular de Bajo Amazonas y por los médicos, doctor Enrique Vigil y doctor Matías Ferradas, comisión que debía encargarse de llevar a cabo la obra de construcción del leprosorio, en conformidad con planos y especificaciones que, con ese motivo, le remitiría la Dirección de Salubridad.

La Comisión en referencia dió comienzo a su cometido comprando el fundo denominado San Pablo, en el que se cultivaba caña de azúcar, fundo que estaba situado a mas o menos 18 horas de navegación de Iquitos y que pertenecía precisamente a uno de los miembros de la comisión en referencia y por el que — según informes recibidos en esta Dirección — se abonó una suma que no estaba en relación con las adquisiciones hechas. Así lo confirmó el ex-médico sanitario departamental de Loreto, doctor Ponce de León, cuando al respecto dijo que el precio pagado por la adquisición del terreno y de las pequeñas construcciones levantadas allí, fué de S/. 28,000.00 corroborando el aserto de su sucesor, quien, en oficio número 37, de 17 de enero del año en curso, dijo a la Dirección: "El precio que el Estado ha pagado por comprar esta propiedad ha sido muy fabuloso, pues las once casas de zinc y madera, son viejas, deterioradas e impropias para asilar enfermos. Esto demuestra que ha habido falta de honradez en las personas que intervinieron en la compra de dicha propiedad".

Poco tiempo después se dió comienzo a la construcción del Leprosorio, sin que la Dirección de Salubridad cumpliera con remitir los planos y especificaciones correspondientes.

Terminadas las obras respectivas y en cumplimiento de la ley número 5020, empezó la labor de aislamiento y aistencia de los leprosos en San Pablo que, desde su iniciación, no tuvo una orientación científica adecuada, como se desprende de los informes llegados oportunamente.

El 1°. de abril de 1927 se expidió una resolución suprema que dispuso la centralización en el Leprosorio mencionado, de todos los casos de lepra que se presenten en la república y autorizó al Ministerio de Fomento, con tal fin, para proceder a la traslación de los leprosos existentes en el Hospital de Contagiosos de Guía, cuyo estado de salud permitiera efectuar el viaje hasta Iquitos. Poco o casi nada se ha cumplido esta disposición por falta de fondos suficientes.

El 17 de junio de 1927 se expidió una resolución suprema que disponía que el médico sanitario departamental de Loreto tuviera a su cargo la dirección de la campaña antileprosa en ese departamento, así como la reorganización del leprosorio de San Pablo, con el concurso de la autoridad política del departamento y de la Sociedad de Beneficencia Pública de Iquitos.

Se propuso el gobierno con esta resolución, organizar eficientemente la campaña contra la lepra en el Oriente del país. Por desgra-

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

cia, no consiguió su objeto: los mismos métodos que habíanse puesto anteriormente en práctica, en lo tocante no sólo a la parte meramente administrativa, sino que también científica de la campaña antileprosa, continuaron— con pequeñas treguas originadas por el afán de hegemonía que, en este asunto, se produjo entre la autoridad política del departamento y la autoridad sanitaria respectiva, quien viose obligado a formular quejas ante la Dirección y en repetidas ocasiones contra la primera de ellas, a las que se añadían las que, por su parte, elevábase en contra de aquel. La circunstancia promovida por las rencillas lugareñas fué, pues, una de las tantas causas de falta de seriedad en la lucha emprendida contra la lepra en nuestra región de Montaña. No de otra manera se explica que desde el 18 de mayo de 1926, en que principió a funcionar el Asilo Colonia Agrícola de San Pablo, hasta el mes de diciembre último, sobre una población de mas o menos 400 leprosos, sólo se haya recibido en él un total de 129 enfermos, de los cuales fallecieron once y fueron dados de alta por el ex-médico sanitario deportamental, doctor Ponce de León, seis enfermos, según documentos oficiales que obran en la Sección Técnica de Salubridad.

Si se tiene en cuenta la suma que se ha gastado a partir del año de 1925 hasta la fecha, a razón de dos mil quinientos soles oro mensuales desde que se inauguró el servicio hasta noviembre de 1929 y de cuatro mil soles mensuales desde entonces a la actualidad, por concepto de lucha antileprosa en el Oriente, llegamos a la asombrosa conclusión de que la asistencia de esos 129 enfermos ha sido más que suficiente para consumir cuarentiocho mil soles oro durante el año último, o muy cerca de esa cantidad, la cual aparece tanto más crecida cuanto que, conforme a propias declaraciones del citado doctor Ponce de Leon, entre los asilados en San Pablo hay un porcentaje de enfermos hábiles que, por sus mismas condiciones de avanzar la curación (enfermos que constituyen el mayor número, según así lo afirmó), no irrogan el mismo gasto al presupuesto administrativo correspondiente, que aquellos otros que están seriamente atacados por la enfermedad de Lázaro. Añádase a ellos el acápite que se trascribe a continuación del informe elevado a la Dirección por el prefecto de Loreto, con fecha 28 de abril último, que encierran — como se verá — graves cargos:

"Cuando me hice cargo de la presidencia de la Junta Administradora del Leprosorio y en vista de que los enfermos estaban casi desnudos, no disponían ni siquiera de la alimentación a que tenían derecho, se les proveyó de los vestidos necesarios, que fueron mandados confeccionar por licitación pública y dispuse que en vez de 80 raciones que sólo se les proporcionaba, se les diera las raciones completas, en relación al efectivo de enfermos".

Sin embargo, bueno es decir que, según parece, se ha introducido economías en el manejo de los fondos destinados al sostenimiento del Leprosorio, pues no de otra manera se explica que, como lo dice el prefecto de Loreto, se esté debiendo actualmente cuatro mensualidades al Asilo y éste pueda, con todo, subsistir, prestando — con más o menos regularidad — los mismos servicios que en meses pasados.

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

El Asilo Colonia Agrícola de San Pablo, como su nombre lo está indicando, además de ser un centro de reclusión o aislamiento de los lazarinos, es también un centro de colonización, formado por aquellos enfermos cuyas condiciones dentro del estado de su tremenda enfermedad, están capacitados para ser elementos francamente útiles en trabajos agrícolas, en la pesca y en otros oficios. Actualmente no reune el Asilo, a tenor de los informes oficiales existentes en la Dirección, condiciones de Hospital, ni tampoco aquellos otros de carácter extrictamente sanitario; viviendas no adecuadas al uso a que están destinadas, todas en completo deterioro, con peligro inminente para quienes las ocupan y en las cuales la promiscuidad de las edades y de los sexos opuestos — derivada de la falta de capacidad para su mejor distribución—no pueden ser consideradas, ni con mucho, como modestamente higiénicas (agréguese a esto la falta de vestidos, que las cubran convenientemente, de ropas de cama y de útiles indispensables de servicio de mesa); y un leprosorio en el cual no se señale la existencia de silos ni se vigile extrictamente la separación de aquellos enfermos que ofrecen manifestaciones clínicas favorablemente evolutivas, para evitar la acción de los "portadores de gérmenes", no puede decirse que recibe la acción de la obra salubrificadora.

Desde el punto de vista del tratamiento científico de estos seres infelices, la Sección Técnica cree de su deber manifestar enfáticamente que duda de él. Y lo duda por varias razones: 1°. Por que no hay un personal médico residente en el leprosorio, especializado en las funciones propias de su cargo, que se dedique a la atención qué requieren los enfermos que aloje y que cuente con los elementos indispensables de diagnóstico bacteriológico; 2°. Por que el médico titular de Iquitos (que ha reemplazado en sus funciones al ex-médico sanitario departamental) no se traslada al leprosorio más de una vez por mes, descuidando así las labores del titularato a su cargo y sólo por cuatro o seis días por lo general, tiempo material y científicamente exiguo para examinar con detención los ciento y tantos casos de lepra, en sus diversas modalidades clínicas, que constituyen la población lazarina del asilo, así como para instituirles, al mismos tiempo, el tratamiento que convenga. Y no es posible argumentar en contrario que la naturaleza de esa enfermedad no exige la atención diaria a que obligan el tifus exantemático o la peste bubónica, por ejemplo, sino que es suficiente la presencia de un práctico en poner inyecciones, a quien se trasmita por carta la indicación terapéutica oportuna y conveniente, por que ello, además de no ser serio, tampoco es científico. Por lo demás, los leprosos también son receptivos al paludismo, a las infecciones parasitarias, tan frecuentes en la Montaña, etc., etc., y el práctico en colocar inyecciones, ¿también lo será en el tratamiento de las enfermedades mencionadas? ¿Podrá la Dirección de Salubridad auspiciar la extensión del empirismo en institutos de su dependencia? 3°. Porque, y ésto es corolario de lo anterior, durante los días en que el médico no visita el asilo, los enfermos no tienen otra atención que la que puede proporcionar, junto con la buena voluntad — cuando existe — la ignorancia del personal que hace las veces del médico ausente.

Las someras consideraciones expuestas inducen a suponer que la campaña contra la lepra, que se ha llevado y lleva a cabo en la zona

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

del Oriente peruano, no ha rendido los frutos a que había el derecho de esperar, tanto por el tiempo trascurrido, cuanto por las sumas invertidas en ella. No quiere decir ésto, en modo alguno que la Sección Técnica crea que en seis años escasos se ha podido erradicar la lepra en Loreto, pero sí cree que se pudo haber sometido a aislamiento y tratamiento a 300 personas por lo menos, a razón de cinco mensuales que hubiesen sido enviados al Leprocomio, exigiendo sólo un poco de actividad no sólo al personal médico respectivo, sino también a las autoridades políticas de la zona. Esta cantidad habría significado aproximadamente la mitad del número total de leprosos, si no más, que se calcula — como queda dicho — existe en el Oriente. Las deducciones se desprenden solas, en cuanto se refieren a la situación a que habríase llegado en materia de lucha antileprosa. A este fin debe tender la nueva organización que se dé a la campaña contra la propagación del mal de Lázaro en la Montaña, cuyas tierras fértiles pueden significar, en el futuro, horas de tranquilidad económica para el país.

Con el fin de reorganizar los servicios destinados a la lucha antileprosa en los departamentos de Montaña, es preciso introducir reformas no solo en la parte científica de la campaña en sí, pero también en lo que respecta a la administración de la misma. Es así como la Sección Técnica cree que es indispensable.

1)— La creación de un Leprocomio moderno en sustitución del Asilo Colonia Agrícola de San Pablo que no llena, ni con mucho, los fines a que se refiere la ley número 5020. Este Leprocomio moderno debe estar ubicado en una de las islas vecinas a Iquitos, cuyas tierras sean o no de propiedad del Estado (al respecto hay que tener en cuenta el reducidísimo costo de las tierras en la Montaña), con el fin de que goce de todos los beneficios y comodidades para el mejor servicio que pueda proporcionarle su cercanía a la capital de Loreto. Su extensión debe ser suficiente para dar cabida holgadamente a 400 leprosos, pues hay que tener en cuenta que habría la conveniencia de dictar una disposición análoga a la de 1°. de abril de 1927, que autorice al Estado la remisión a dicho Leprocomio de todos los leprosos que existan en el país, o, por lo menos actualizar dicha disposición. Su construcción debe efectuarse en conformidad con los planos que apruebe la Dirección de Salubridad, en vista de los informes que al respecto presenten los ingenieros sanitarios a su servicio; y los gastos respectivos deben cargarse, por una parte, a las economías que pudieran haberse introducido en el Asilo Colonia Agrícola de San Pablo hasta el día y por otra, a la partida que, con tal fin se vote en el proximo presupuesto general de la república.

2)— Que el actual Asilo Colonia de San Pablo, previas las modificaciones y reformas que se introduzcan en él, se les destine unicamente como colonia agrícola, en la cual deben albergarse los enfermos que hayan estado sometidos al control médico en el Leprocomio y que, por sus condiciones actuales, puedan dedicarse a faenas de caza, pesca, oficios diversos, etc.

3) — Que se procure, a la brevedad la formación de una Colonia-infantil, en la que se reciba a los hijos o menores dependientes de leprosos indigentes. De esta manera se podrá hacer labor profiláctica

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

de la lepra, por una parte y, por otra, se evitará la acción— hasta cierto punto humana — de abandonar a su propia suerte a esos pequeños. En dicha Colonia-infantil no se descuidará, además, la enseñanza de nociones elementales que pueden darse mediante el establecimiento de una escuela adecuada.

4) — La creación, si fuere posible, de por lo menos, una plaza de médico residente del Leprocomio moderno, debidamente especializado en todas las cuestiones inherentes al diagnóstico de laboratorio de la lepra, incluso de las enfermedades tropicales autóctonas y su tratamiento correspondiente.

5) — La formación de un laboratorio químico, bacteriológico, hematológico, serológico, anatomo-patológico, etc., que estará a cargo de un médico jefe de los servicios correspondientes.

6) — El continuo despiste de todas las zonas en que se presenten casos de lepra, con el fin de llevar a cabo el saneamiento o la destrucción por el fuego, según los casos, de las viviendas o sitios en que hubiesen estado alojadas personas atacadas por esa enfermedad. El aislamiento de los leprosos y su asistencia en un asilo exige un servicio de vigilancia y de pesquisa de los enfermos que, por el hecho de estar repartidos en regiones en que los medios de comunicación y de subsistencia son escasos, es bastante difícil.

7) — El examen médico sistemático de cuantas personas hubieren formado el ambiente familiar de los leprosos.

8) — La dotación al personal sanitario respectivo, de todos los elementos necesarios para su movilización, cada vez que se estime conveniente.

Dentro de este esquema que contempla a juicio de la Sección, Técnica, las "cuestiones de momento", en relación con el problema de la lepra en el Oriente peruano, caben — desde luego — todas aquellas otras, "de detalle", que sólo adquieren carácter de imprescindible, conforme la experiencia debidamente conseguida va señalándola.

Es natural que para llevarse a la práctica una campaña antileprosa en el Oriente, tal como queda señalada en el presente informe, en lineamientos generales, resulte exigua la suma de cuatro mil soles mensuales, destinados a ese fin en el presupuesto vigente.

La Creación del Leprocomio moderno, incluso la adquisición y compra del terreno (si es que no se consiguiera uno de propiedad Fiscal, que sea apropiado) importaría más o menos cincuenta mil soles oro (gasto por una sola vez) y sus sostenimiento mensual, sin contar el sueldo del médico jefe de los servicios de laboratorio, que se contempla en otro lugar de este informe, puede estimarse así:

Para un médico residente, especializado en laboratorio	$	500.00
Para un inspector sanitario ayudante	–	150.00
Para dos guardianes, uno de ellos topiquero, a $. 60 cada uno	–	120.00
Para un cocinero	–	40.00
Para un pinche de cocina	–	20.00
Para un peon, cazador-pescador	–	25.00
Para alimentación de estos empleados, a $ 0.90 cada uno	–	189.00
Para alimentación de 150 enfermos a razón de $ 0.50, cada uno	–	2225.00

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

Para alumbrado	$ 40.00
Para lavado, jabón, etc.	– 40.00
Para dos mudas de ropa durante el año	– 200.00
Para medicinas	– 200.00
Para útiles, enseres, camas, frazadas, mosquiteros, etc.	– 80.00
Para dos peones leñadores, a $ 30.00 cada uno	– 60.00
	$ 3,889.00

La Colonia Agrícola de San Pablo puede sujetarse al siguiente presupuesto mensual:

Para un inspector sanitario ayudante	$ 150.00
Para un almacenero	– 80.00
Para dos guardianes uno de ellos topiquero, a $ 50 cada uno	– 100.00
Para un cocinero	– 40.00
Para un pinche de cocina	– 20.00
Para alimentación de estos empleados, a $ 0.50 cada uno	– 144.00
Para alimentación de 100 enfermos de lepra, a razón de $ 0.50 cada uno	– 1500.00
Para alumbrado	– 35.00
Para lavado, jabón, etc.	– 35.00
Para dos mudas de ropa durante el año	– 150.00
Para medicinas	– 100.00
Para útiles, enseres, camas, frazadas, mosquiteros etc.	– 60.00
	$ 2,414.00

La Colonia infantil para hijos de leprosos o dependientes de los mismos, puede funcionar, mensualmente, con un presupuesto de cuatrocientos soles oro.

Los gastos del funcionamiento del laboratorio químico, bacteriológico, hematológico, serológico, anatomopatológico, etc. a cuyo frente debe estar un médico con el carácter de jefe de ese servicio, puede estimarse como sigue:

Para un médico jefe	$ 450.00
Para un ayudante de laboratorio	– 50.00
Para adquisición de material y de animales de experimentación.	– 30.00
	$ 800.00

La compra de una lancha pequeña a vapor, dedicada a la campaña antileprosa, pero susceptible también de ser utilizada cada vez que lo requiere el buen servicio sanitario de la zona, puede estimarse en quince mil soles oro (gasto por una sola vez); y su sostenimiento mensual, así:

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

Para un práctico	$ 90.00
Para un maquinista	– 75.00
Para un motorista	– 70.00
Para dos ayudantes de maquinista, a $ 30.00 cada uno	– 60.00
Para dos marineros, a $ 25.00 cada uno	– 50.00
Para un cocinero	– 30.00
Para racionamiento, a $ 0.70 de estos empleados	– 168.00
Para racionamiento del personal sanitario en viaje	– 200.00
Para combustible	– 400.00
Para gastos diversos	– 100.00
	$ 1243.00

El sostenimiento del servicio antileproso en referencia representa, pues, conforme al presupuesto formulado en este informe:

Gastos por una sola vez:	$ 65,000.00
Gastos mensuales	8,746.00

La Sección Técnica cree que, no obstante haberse formulado este presupuesto económicamente, quizá en las actuales condiciones del Erario no se pueda atender a los gastos respectivos. Con todo, hay la urgencia de emprender una seria campaña antileprosa en el Oriente y es posible que esta consideración pese en el ánimo de la actual Junta Nacional de Gobierno, para resolver favorablemente la dificultad económica por la que atravieza en la actualidad.

Estima la Sección Técnica, que ante la gravedad del problema que actualmente se plantea, gravedad que crecerá enormemente si no se atiende de inmediato a la profilaxia de esta enfermedad en la Montaña, es indispensable proceder activamente, consagrando a tal situación sanitaria la actividad administrativa indispensable y acordando los fondos que sean necesarios para poder regular el mal, antes de que él adquiera aún mayores proporciones, con el evidente y serio peligro sanitario que para todo el país significa la endemia de la lepra en el Oriente, que es urgente evitar cuanto antes y que el Gobierno está en la obligación de impedir su mayor extensión.

NINGUN HOMBRE ES CULPABLE POR EMITIR UNA OPINION DISTINTA DE LA DE OTRO.

VOLTAIRE.

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

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

Los aspectos actuales del problema de la desinfección

Por el Dr. ERNESTO EGO-AGUIRRE

Cuando los progresos de la higiene distaban de alcanzar el grado de adelanto que hoy tienen, la desinfección era una práctica rigurosamente seguida en la lucha contra las enfermedades trasmisibles. Las autoridades de salubridad que tienen encomendada la defensa de la salud y la vida de las poblaciones, la verificaban en los locales públicos o privados y en los lugares donde se reunían numerosas personas o en las casas en las que se asistían enfermos de afecciones infectocontagiosas.

El Perú ha seguido las normas al uso. Al dictarse la ley 2348 sobre profilaxia de las enfermedades trasmisibles, en 1908, acató una regla universalmente admitida. Pero los tiempos han cambiado y un conocimiento más profundo del modo como se trasmiten las enfermedades y de los medios empleados en su evitación, ha modificado los conceptos y encaminado la higiene hacia más amplios y complejos horizontes.

Nuestra legislación sanitaria empero sigue sin incorporar aquellas conquistas, dándose el caso de que mientras nuevas ideas golpean las puertas de la humanidad científica, continúase aplicando leyes y disposiciones que atestiguan como la fumigación y la desinfección "terminal" son todavía entre nosotros las medidas profilácticas más importantes en la lucha contra los males contagiosos.

La higiene moderna, cuyos linderos cada vez más extendidos reclaman, por lo mismo, lo mejor de nuestra inteligencia, ha convertido la lucha contra las enfermedades en algo más importante y trascendental que el liviano armamento utilizado en nuestro país para desinfectar o fumigar obligatoriamente los establecimientos y viviendas.

Las doctrinas científicas importantes ya no justifican la confianza que hoy ponemos en sus resultados. Por eso, las administraciones sanitarias atentas a toda mejora, sírvense actualmente de métodos más racionales y eficaces, como que se basan en la esterilización del material contaminado y en los cuidados del enfermo y de sus secreciones durante la evolución de la enfermedad, dejando la desinfección del local en que se alberga para determinados casos.

El descrédito de las viejas prácticas de desinfección adquirió formas definitivas en octubre de 1925, como resultado de las deliberaciones de los doctores Chagas, Lutrario, Cantacuzene, King, Jorge y Buchanan, todos antiguos y experimentados directores de sanidad y delegados de Brasil, Italia, Rumania, Estados Unidos, Portugal y

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

Gran Bretaña, al Comité permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París.

La necesidad de fijar un sistema más eficaz en el empleo de combatir las epidemias suscitó un debate científico que siempre habrá que recordar por la autoridad de sus sostenedores, por las ideas que se expusieron, por los procedimientos sanitarios que se enjuiciaron y por la calidad y trascendencia de sus conclusiones ya doctrinarias, ya de orden práctico.

La poca vitalidad de la mayoría de los gérmenes patógenos cuando viven fuera del hombre constituye la base fundamental del criterio triunfante, que sostiene la ineficacia de la "desinfección terminal", esto es, de la practica de desinfectar con sustancias químicas especialmente soluciones de formol, los lugares en que se han asistido o han muerto personas atacadas de enfermededes infecto-contagiosas. Y es que la experiencia enseña que desde que salen del organismo los microbios, empiezan a sufrir la acción de los elementos naturales como el aire, la luz, el sol, etc. que al amenguar su virulencia, aniquilan sus propiedades infectantes.

La desinfección terminal o final escrupulosamente practicada es posible que destruya los gérmenes contenidos en el mobiliario y en la habitación, pero escapan inevitablemente a su acción aquellos factores biológicos de difusión que están dados por el enfermo mismo, por los llamados "portadores de gérmenes" y por la actividad que han podido efectuar los insectos trasmisores en un momento dado.

Encuestas epidemiológicas minuciosamente llevadas y métodos comparativos de innegable valor ejecutados en las ciudades de Baltimore, Boston, Providence, etc. han probado la ninguna influencia de la desinfección terminal en la lucha contra las enfermedades trasmisibles. Y desinfecciones intensivas y sistemáticas ordenadas por Chagas, en las ciudades de Río de Janeiro y San Pablo, en la época que desempeñó el cargo de director de sanidad del Brasil, le permitieron presentar al Office International d'Hygiene Publique en la reunión de mayo de 1926, una serie de cuadros que atestiguan como la tasa máxima de defunciones por enfermedades infecto-contagiosas coincidía con los periodos más activos de desinfección terminal.

Y es que, como sostuvo King, funcionario de sanidad estadounidense, los métodos de desinfectar los utensilios y los locales al final de la enfermedad o después de la muerte, como lo entiende el grueso público y algunos profesionales un tanto *arriére*, debe reemplazarse por lo que se llama sistema de "desinfección concomitante". Si la fuente del mal es el enfermo, conviene dirigir sobre él los esfuerzos preventivos. Desinféctense, pues, los objetos utilizados por el paciente; destrúyanse sus esputos, excrementos y otras secreciones: combátanse los parásitos que pueden ser vectores de la enfermedad, y cumplan los médicos con las disposiciones de la ley sobre *declaración obligatoria* de las enfermedades infecto-contagiosas para que los funcionarios de sanidad apliquen las medidas de prevención a que están obligadas, y se tendrá entonces, la prueba más certera, de cómo se hace innecesaria, en la mayoría de los casos, la vieja medida de la desinfección terminal.

Arma, eso sí, indiscutiblemente eficaz contra los roedores e insectos, la desinfección terminal se reserva para esos casos, plantea-

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

dos generalmente por la sanidad marítima. Guardando los pactos internacionales de sanidad, las naves al alejarse de los puertos desinfectan sus bodegas por el sistema de la fumigación a presión en espacio cerrado, y no hay insecto o roedor que resista su acción. La higiene del barco queda de este modo asegurada. El sistema empero no puede generalizarse, como método obligatorio y oneroso, contra todas las dolencias que agobian a la humanidad, porque la lucha contra las enfermedades en la hora actual, obedece a conocimientos biológicos más exactos, y reposa en un criterio técnico nacido de la experimentación y de los trabajos epidemiológicos. No hay exageración por eso, ni puede causar alarma, al repetir estas palabras de Chagas, que parecen dirigidas a nuestro país: "la desinfección terminal constituye un método empírico, sin ninguna base científica, al que es urgente modificar en su esencia, cuando no abandonarlo completamente."

Empujados por aquel fervor que dan las convicciones científicas, alguna vez hemos redactado informes de idéntico contenido. Asímismo, utilizando los datos consignados en los trabajos de Walcott sobre sus experiencias en Balfour y en numerosas publicaciones de los higienistas más renombrados, redactamos en los días que se organizaba el 2º. Congreso Nacional de Medicina, un trabajo en el que se sostenía que "el avance de los conocimientos impone estudiar— precisamente— cuál es el método que en materia de desinfección debe utilizar la administración sanitaria nacional". La iniciativa desgraciadamente no prosperó y aquel trabajo se convirtió en una noble ilusión de su autor.

La ineficacia de los métodos de desinfección oficial y la resistencia justificada del público para abonar servicios que trascienden a empirismo, es un motivo de preocupación para las autoridades sanitarias. La falta de un criterio definido entraba su mejoramiento y no permite realizar una verdadera revolución que haga recorrer a los servicios de desinfección los años de atraso en que hoy se encuentran. Hay que decidirse, sin embargo, a romper las trabas tradicionales, colocando las cosas en el amplio campo de la medicina preventiva. Orientado por estas miras el armamento sanitario nacional, no tiene por que oponerse a su acción, ni las limitaciones que ofrece la falta de conciencia sanitaria del público, ni las influencias políticas o legalistas que a menudo tratan de esterilizar el esfuerzo de los técnicos. No se debe olvidar que nuestros coeficientes demográficos son elevados. Por lo tanto, es mucho lo que tienen que rendir a la colectividad los servicios destinados a defender la salud y la vida. Las normas que presidan estos empeños ahí están, ofrecidas como resultados de las deliberaciones de las asambleas internacionales a las que periódicamente acuden los dirigentes de la sanidad de todos los pueblos, y por la experiencia recogida diariamente por los hombres que han actuado en el campo de la salubridad pública.

La apresurada y somera revisión hecha es una demostración de que aún no seguimos los dictados de las grandes organizaciones mundiales en lo que respecta a la protección de la salud y la vida. Para este fin, sin embargo, fué creado el servicio de desinfección sin que, aparte de sus resultados, rinda nada notable en sus aspectos doctri-

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

narios y técnicos. Para recoger sus resultados fecundos urge ponerlo a tono con la ciencia de la época. Sólo entonces habrá la seguridad de confiar en que las prácticas seguidas impedirán, ciertamente, el surgimiento de la enfermedad y de la muerte.

Sexo y deporte

Por el Dr. R. MOLLA

El deporte tiene una significación puramente instintiva y, por ende, de carácter sexual, con un valor en este aspecto más elevado que el mismo trabajo. El deporte responde a la acción pura, en sí desinteresada al dinamismo, como manifestación escueta del poder físico, mientras que el trabajo responde al objetivo, que significa la fundamental e ineludible nutrición.

La relación entre el instinto luchador y el sexual, hace que en ocasiones sea el primero, o camino para satisfacer al segundo, o exclusiva transformación de la fuerza sexual contenida, transformada en fatiga, cansancio de la postlucha.

Son desviaciones o derivaciones del instinto luchador: la objeción, la subjeción y el platonismo. Mediante la objetivación se explica el entusiasmo, la pasión que encierran las multitudes ávidas de presenciar las competiciones deportivas de lucha (especialmente boxeo y *foot-ball*), donde saborean el placer de la lucha sin el peligro que su práctica lleva consigo.

He ahí por la misma razón como se explica que individuos débiles o enfermizos, incapacitados por su constitución de todo ejercicio o deporte, sientan gran entusiasmo por la lectura de aventuras, guerras o caceríos. En el escritor inglés Wells hay un claro ejemplo de esta objetivación del instinto luchador, mediante la visión y deleite que el escritor trasluce tras sus emocionantes narraciones.

Otro palpable ejemplo de esta desviación objetiva del instinto luchador, se tiene en aquel joven jardinero alemán que víctima de su odio a los franceses se enardecía al romper los terrenos de su jardín, viendo en cada uno de ellos un cráneo francés.

La situación y acción social de la mujer es y será siempre tema nuevo, tema de actualidad, tema a discutir. Dos partidismos o sectas pueden esquematizar los incondicionales de estos dos bandos. Los que defienden el feminismo en su más amplio concepto y los que, por el contrario, limitan la actuación femenina en la sociedad con restricción medioeval. Pero he aquí, en consecuencia, un concepto inexacto del término feminismo respecto al de feminidad. Feminismo equivale a política social, al triunfo de la mujer. Feminidad por el contrario equivale al conjunto de dotes personales físicas y mora-

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

les que adornan a la mujer, diferenciándola del sexo opuesto. De ahí un temor: ¿El triunfo del feminismo no acarreará la derrota de la feminidad? ¿La participación de la mujer en la política social no llevará consigo el descuido de la política casera? ¿El libro no destronará a la guja? ¿El periódico no sustituirá al libro de versos?

El deporte es algo que constituye, como los alimentos, algo útil o esencial para los sexos, y así como el médico emplea indistintamente la misma fórmula para el hombre y la mujer, cuando el caso lo requiere, el higienista indica la práctica del deporte como medio profiláctico para conseguir o mantener la salud en los dos sexos de la raza humana. Sin embargo, al deporte se le sigue considerando en la masa global del pueblo como "ocupación masculina", equívoco concepto que lleva consigo un doble error: el considerarlo como ocupación y el creerlo únicamente como practicable en el sexo fuerte. ¿A que es debida esta arcaica creencia?

Dos fines persigue el deporte con la práctica del mismo: salud y dominio, es decir, fin físico y utilidad moral. ¿Por qué, pues, limitar al hombre estos preciosos dotes? "¡La pérdida de la feminidad!" exclaman algunos equivocados feministas, que no conciben a la mujer sino como exclava casera, como guardián de morada, como doméstica distinguida..... No; el deporte practicado racionalmente en sus manifestaciones aplicables a la mujer proporciona agilidad de movimiento, elegancia y distinción. La práctica del deporte en la mujer realza sus encantos, modela su cuerpo, proporciona alegría y, en consecuencia, belleza al rostro; se manifiesta por medio de la salud con la expresión de euforia que ésta proporciona. El sol sustituye a los polvos y la debida oxigenación de la sangre toda destierra al químico carmín de sus labios.

Es observación personal que entre la inmensa pléyade de artistas que distraen la vista y el oído con la perfección de sus formas o con el encanto de su voz, precisamente entre las que practican la danza es donde mejor se aprecian los beneficios que aquella, en lo que tiene de deporte, proporciona, ofreciéndonos acabados modelos que evocan la Grecia clásica.

La mujer necesita los beneficios del deporte metódico y racional tanto o mas que el hombre, y digo tanto o más porque ella constituye la parte esencial de un regenerador de razas; su salud o sus dolencias se trasmitarán en su función fecundante por ley de herencia.

No existen, pues, argumentos para que la mujer no practique el deporte con el método indicado a su constitución. El *tennis* constituye el deporte femenino por excelencia, deporte que une a lo limpio y elegante de su indumentaria un completo ejercicio de todo el organismo, que favorece intensamente los cambios nutritivos profilácticos de la gordura, con todas sus consecuencias y molestias; por eso ante la frecuente demanda femenina solicitando remedio para evitar esta molestia, consecuencia del hábito sedentario, surge axiomático y contundente aquel adagio médico: "Mejor es prevenir que curar"

Si fuera posible prácticamente disponer de un canon de belleza femenina la tarea de los jurados encargados de otorgar el premio a la *mas bella* sería cosa fácil; pero aún admitiendo como modelo las reraciones anatómicas entre las distintas partes del cuerpo, la gracia

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

femenina, el gesto, la actitud, nunca podrían juzgarse por las medidas anatómicas, ya que aun prefiriendo la belleza a la euritmia anatómica, el concepto de *plenitud* que nos incita a juzgar depende de la íntima relación entre la anatomía y el fisiologismo apercibido y juzgado aun a través del estatismo anatómico.

Es decir, la salud, sinónimo de vida, lo es también de belleza y por ende de eugenesia y eutasia.

La mujer sana atrae con la poderosa fuerza de un instinto vigoroso que flota y se sintetiza en la armonía y proporción de su cuerpo.

Claro que aquí no se hace referencia a la belleza limitada al rostro, aunque en nuestra civilización la palabra "guapa" cree tener equivalente con la de "bella". Sin embargo, la belleza sólo tiene su aceptación exacta en la proporción de todo el organismo.

La vida social, pues, solo permite juzgar la belleza femenina por lo que se limita al rostro; pero este concepto, que socialmente es suficiente, no lo es, por el contrario, en el terreno del arte, donde la belleza nace de la relación armónica de toda la plasticidad del cuerpo.

Esta armonía corpórea tanto más se aproxima al concepto de bella cuando mejor responde a un perfecto estado de salud; es, pues, una relación íntima la existente entre el mundo interior orgánico o fisiológico y la anatomía de las formas exteriores de donde nace precisamente el juicio exponente o calificador de bella.

En la armónica relación existente en el cuerpo femenino existe una normal desproporción entre la mitad inferior del mismo y la superior; esta desproporción fija, sin embargo, la estética femenina, que parece responder a la misión fundamental de su vida: la maternidad.

Los brazos y hombros de la mujer son débiles (no es su finalidad los esfuerzos manuales), mientras que por el contrario las caderas recias, sólidas, con un abdomen que sin ser musculado da la sensación de duro, son características que parecen responder a la anatomía interior de la conformación de las regiones destinadas a guardar el fruto de la concepción.

Hay, pues, que buscar con el concepto de belleza que ésta sea resultante de la salud; la belleza espectacular y engañosa constituída a base de *maquillaje* podrá admitirse en un escenario, donde todo es falso y arbitrario. En la vida social y en la mujer honrada no. Una belleza a lo Margarita Gautier no debiera admitirse en un concurso de belleza exactamente concebido e interpretado.

Un concurso de belleza, aunque sea de manera inconsciente, lleva consigo un positivo fondo de eugenesia y eutasia, es decir, de maternidad y de salud. ¿Qué interés podrá tener la falsa belleza, maquillada a la manera escénica que da la sensación de naturalidad, cuando lo que vemos o nos sensibiliza es el falso aspecto de una belleza ficticia construída a base de habilidad y profesionalismo escénico?

Por otra parte, ¿qué interés puede tener la mujer simplemente bella, sin aptitud para la maternidad, en un ambiente de vicio, rodeada de humo y saturada de lacras? Limitar la sensación de mujer bella a la falsedad que encierran sus afeites lleva consigo un pobre concepto del sexo femenino, ya que se la equipara a un *bello ejemplar* sin mas finalidad que la de emocionar estéticamente al observador.

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

No se debe olvidar que la mujer bella es y debe ser ante todo mujer percatada de sus fines y misiones en la vida social, que ésta antes que ser bella es ser humano y que su objetivo en la tierra es el más noble y esencial.

No, belleza no. Belleza natural, sana belleza que complemente con su encanto la eutasia. No nos debemos sugestionar por la árida belleza profesional, pues no debemos olvidar que cuando exclamamos: "¡Qué bella es!" exponemos nuestra admiración por la mujer bella y sana, esa mujer que tiene de su misión en la tierra un concepto tan exacto que la obliga a exclamar con encantadora naturalidad: "Me agrada ser bella pero prefiero ser madre".

La belleza orgánica o estética del cuerpo fué en la Grecia inmortal especialmente cultivada merced al ejercicio físico en sus distintas modalidades, en la mujer singularmente por la danza; ella proporcionaba generosamente una bella satisfacción a la inquietud, por lo que de juego lleva en sí, un agradable mantenimiento de la salud y el más codiciado de los anhelos femeninos: el modelismo de la forma.

Platón ya dijo: "El animal joven no puede estar nunca quieto". Se mueve, corre, salta con satisfacción fácilmente visible, queriendo consumir las energías que le sobran.

Dos, pues, son los móviles que invitan al baile en la mujer: manifestación de salud y muestra de alegría.

Las danzas significan el ejercicio más remoto que la mujer ha practicado, con tanta más devoción cuanto siempre ha sido manifiesta la satisfacción del hombre ante la danza femenina, que si en la antiguedad tuvo su origen actualmente sigue imperando como una exquisita manifestación de belleza y arte.

A la danza va íntimamente unida la sensación de placer; he ahí pues, un medio sin igual de educación física de la mujer.

Claro que en aquellos tiempos el objetivo estético excluía la finalidad eutásica que el ejercicio de la danza lleva en sí; pero es lo cierto que al ser exacta la compenetración entre la estética femenina y la salud de su organismo ¡qué más daba la finalidad si iban compenetradas ambas facetas!

Hoy día la mujer es esclava de su hábito sedentario y es corriente apreciar un elevado tanto por ciento de mujeres deformadas por la adiposis, manifestación corriente de lesiones glandulares endocrinas o taras constitucionales generalmente hereditarias (artitrismo). Tarde, generalmente, ve la mujer la fealdad y los peligros de la gordura, y entonces, cuando la grasa se adueña de su organismo, quiere por todos los medios conseguir la proporción grasosa necesaria y estética. De la grasa no es difícil defenderse, pero es extraordinariamente dificultoso atacarla.

Hay, desde luego una marcada proporción entre la grasa femenina y sus otros tejidos, pues mientras en el hombre la cubierta adiposa suele ser relativamente escasa,en la mujer normal llega en algunos sitios o regiones anatómicas a varios centímetrós, verdaderas resercas nutricias en el embarazo—, por eso precisamente es propensa al exceso adiposo, *polisarcia*, especialmente en la época de la pubertad y en la menopausia.

Decíamos que no era difícil defenderse de la grasa, y en efecto, si una vida más activa rigiera la actuación social de la mujer, merced

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

a la práctica de determinados deportes — marcha, *tennis*, natación—, sin disminuir su anatómica proporción grasosa podría consumir el exceso que continuamente la acecha, preocupa y afea, combatiendo al mismo tiempo los peligros que para la salud lleva consigo la sobrecarga grasosa.

El tipo ideal de mujer bella no es gordo; por el contrario, la suavidad de formas que la grasa proporciona debe estar solamente constituída por escasa capa de tejido adiposo; la sensación de dureza, que fácilmente se aprecia por la *caricia o tacto visual*, verdadera paradoja física, exclusiva del sexo fuerte, no puede proporcionarla un cuerpo en exceso grasoso; la belleza del desnudo y la sensación de salud va íntimamente ligada a la dureza de la forma, a la esbeltez de la línea.

La grasa es la más constante *afeadora* del cuerpo femenino, y si en ciertos pueblos salvajes gordura es sinónimo de belleza es, indudablemente, porque ven en la adiposis una pomposa manifestación de salud femenina empíricamente fundados en una superabundancia de la vida.

Plan para la enseñanza de la medicina

Por el Dr. ELEAZAR GUZMAN BARRON

The University of Chicago.—Departament of Medicine

Once años después que una revuelta estudiantil sacudiera la Escuela de San Fernando, me informo que la misma situación acaba de crearse.

El hecho de haber presidido el primer movimiento de 1919 y de haber fundado y presidido por vez primera el Centro de Estudiantes de Medicina, que es la institución que ahora dirige el segundo movimiento, me obligan a intervenir en este conflicto para esbozar someramente cuáles son a mi juicio las reformas que deben llevarse a cabo, si se quiere honradamente hacer de la Escuela de Medicina una institución digna del país y de acuerdo con los progresos actuales de la ciencia médica.

De las dos tendencias que las escuelas médicas del mundo siguen, la tendencia clínica francesa y la tendencia anglo-sajona de colocar la medicina en el plano de las disciplinas científicas, yo creo, y en ello están de acuerdo los profesores del Perú, que es la tendencia clínica la que por ahora conviene seguir a la Escuela de Medicina del Perú. Pero si es verdad que la misión principal de la Escuela debe ser la de producir buenos prácticos de medicina, esto no quiere decir que se destruya o se destierre a aquellos elementos a quienes no atrae la práctica profesional y que quieren dedicar su

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

actividad al cultivo de la ciencia. Es decir, la Facultad de Medicina debe orientar sus actividades hacia la tendencia clínica, pero al mismo tiempo debe tratar de crear en su seno un centro verdaderamente universitario, donde su personal se dedique por entero a la enseñanza y a la solución de problemas médicos o afines a la medicina.

El mal que padece la Facultad de Medicina, es que la institución está encomendada en su totalidad a profesionales absorbidos por la práctica profesional y sin tiempo para dedicarse seriamente a la labor universitaria que requiere completa dedicación y enorme sacrificio. Si es posible argüir que profesores del ciclo clínico pueden dedicar parte de su tiempo a actividades extrauniversitarias, sin grave daño de la enseñanza, yo no creo que haya una persona que sostenga semejante argumento en lo que al personal de las disciplinas preclínicas se refiere. Por tal motivo, el ciclo preclínico es en el Perú en extremo deficiente . Y si las disciplinas básicas de la medicina se encuentran en estado de atraso, ¿cómo se puede esperar que el ciclo clínico sea debidamente aprovechado?

A este mal se une otro que es intrínseco al temperamento criollo. Apenas un joven médico ha mostrado algún signo de superioridad sus ambiciones no se detienen sino en el pedestal de catedrático. Y así tenemos producido un fenómeno incomprensible. Una institución anémica, sin fondos para el sostenimiento de sus laboratorios y bibliotecas, pagándose el lujo extravagante de poseer un número exagerado de catedráticos. Los cursos se dividen en dos, tres, cuatro cátedras, lo que trae como consecuencia no sólo la destrucción de la unidad en la enseñanza de dicho curso, sino lo que es más extravagante, el desembolso de dinero para el pago de estos extracatedráticos.

Voy a expresar someramente cuales son las reformas que a mi juicio deben implantarse en la Escuela de Medicina. Estas reformas voy a dividirlas como sigue: La Facultad de Medicina debe dividir la enseñanza en tres ciclos: 1.—Ciclo preclínico; 2°.— Ciclo clínico; 3°.— Ciclo de especialización.

Séame permitido antes expresar mi opinión sobre la enseñanza premédica. Sería un desastre trasladar a los estudiantes de instrucción media, directamente a la Facultad de Medicina. La instrucción media en el Perú, en especial en las provincias, es lamentablemente deficiente. En la gran mayoría de los colegios, los alumnos no han practicado jamás un ejercicio de laboratorio y sus conocimientos tanto en ciencias como en humanidades son deplorables. Es por eso que la estada de dos años en la Facultad de Ciencias debe ser conservada.

Ciclo preclínico.— La enseñanaza preclínica es en extremo deficiente en el Perú y continuará siéndolo, mientras se encomiende la dirección de dichas disciplinas a personas dedicadas a la práctica profesional. En una era como la presente en que este grupo de cursos ha adquirido tal desarrollo, que para seguir su progreso es necesario dedicarle completa atención, es imposible esperar resultado benéfico alguno si se sigue los actuales métodos. Entregadas las cátedras a personas que se dedican al ejercicio de la profesión ¿cómo será posible esperar que sus laboratorios sean productivos?. Estas cátedras deben ser no solo centros de enseñanza, sino lo que es más esencial, de investigación. De otro modo la institución no tiene el derecho de

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

titularse universitaria. Por consiguiente el personal del ciclo preclínico debe dedicar su actividad exclusivamente a la labor universitaria de enseñanza de investigación. Ello requiere el pago de salarios honorables, de modo que los profesores y personal no se vean en la dolorosa necesidad de distraer su atención en actividades extrauniversitarias. Es muy posible que se me responda que la Facultad de Medicina carece de los fondos necesarios para sostener un personal exclusivamente universitario. Sin embargo, yo creo que ello es posible, aun dentro de las actuales condiciones económicas, si se reorganizan dichos cursos de acuerdo con las necesidades y teniendo en cuenta la calidad del personal disponible. Por ejemplo en la actualidad creo que existe cinco catedráticos de Anatomía. La Escuela de Medicina de Johns Hopkins, considerada como modelo en este país, solo posee un profesor de Anatomía. Si se reune la renta que perciben estos cinco catedráticos, habrá la suma necesaria para pagar un profesor de Anatomía, que sería el jefe del departamento. Dicho departamento contaría además con el número necesario de profesores asistentes, instructores y asistentes. Y esta síntesis de cátedras innecesarias debe realizarse en todas las ramas, creando en su lugar departamentos donde no solo se prepare el futuro profesional, sino se lleve a cabo labor de investigación sea por el personal o por estudiantes de grandes aptitudes.

La enseñanza preclínica debe en mi opinión comprender dos años, donde el alumno estudie: Anatomía, Fisiología, Química Biológica, Farmacología, Bacteriología (incluida la Parasitología) y Anatomía Patológica. La cátedra de Física Médica debe ser suprimida por innecesaria. En la actualidad la Escuela de Medicina presta desmesurada atención a la enseñanza de la Anatomía y Bacteriología y Parasitología, a juzgar por el número de cátedras, mientras que la enseñanza de Química, Fisiología y Farmacología permanece extrictamente teórica y por consiguiente de ninguna utilidad. En el primer año se puede enseñar Anatomía, Fisiología y Química. En el segundo año, Bacteriología, Anatomía Patológica y Farmacología.

Ciclo clínico.—La misma síntesis del exagerado número de cátedras debe realizarse en este ciclo. Ello contribuirá a dar mayor unidad a la enseñanza. Dos departamentos deben ser creados: uno de Medicina y otro de Cirugía, a cargo de un profesor responsable de su organización y desarrollo y un número de profesores, profesores asistentes, instructores, etc. De acuerdo con las necesidades del departamento de Cirugía debe existir un curso de Cirugía Experimental donde el estudiante debe aprender la técnica operatoria utilizando la experimentación de animales. El ciclo clínico debe ser enseñado en tres años. Los cursos de especialidad deben ser intercalados en estos tres años, dando a cada uno de ellos la extensión necesaria a su importancia. En este ciclo, mientras la Escuela consiga las rentas necesarias al personal podría permitírsele dedicar parte de su tiempo al ejercicio profesional. El número de cátedras debe ser reducido a las extrictamente necesarias. Por ejemplo, los cursos de Propedéutica, sea médica o quirúrgica, Medicina Tropical, Pato-

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

logía General, pueden ser dictados por instructores y dentro del plan concebido por los profesores de Medicina y Cirugía.

Viene aquí un problema que por mucho tiempo ha sido objeto de discusiones en el Perú. Es la necesidad que la Facultad controle los hospitales en lo que a personal profesional se refiere. Los servicios deben estar a cargo de profesores y asistentes. Sólo así podrá llevarse a cabo una enseñanza clínica intensiva. Debo decir de paso que la petición de los estudiantes de revivir los externados no debe ser aceptada. El estudiante en el externado sólo adquiere la perniciosa tendencia del rutinismo.

Ciclo de especialización.—El ciclo de especialización debe comprender los dos últimos años. No habrán cursos obligatorios y el estudiante debe ser dejado en amplia libertad. Aquel que desee dedicarse al ejercicio profesional tomará un internado y durante dos años dedicará sus actividades exclusivamente al cultivo de la especialidad que haya elegido. El interno debe habitar en el hospital. El estudiante que desee ingresar al campo de la investigación científica, recibirá en los respectivos departamentos el puesto de asistente. Allí bajo la dirección del personal será entrenado al mismo tiempo en la enseñanza y la investigación. Al fin de este ciclo, el estudiante presentará un trabajo, que sería la sola forma como él justificaría que estos dos años de especialización habían sido aprovechados.

En resumen, el plan de reforma por mí planteado comprende: división de la enseñanza en tres ciclos: preclínico, clínico y de especialización. La creación de un personal en el ciclo preclínico enteramente dedicado a la Facultad, es decir, prohibido de distraer su atención con la práctica profesional. Disminución del número de cátedras y concentración de ellas en departamentos con directores responsables de su marcha.

Si en la reforma de la Escuela de Medicina se persiste en seguir los arcáicos métodos de enseñanza que produjeron la revolución de 1919 y 1930; si se persevera en la creación de cátedras exóticas, aumentando así indebidamente el número de profesores, esta institución seguirá llevando la vida lánguida habitual, sacudida de tiempo en tiempo por revueltas estudiantiles.

Noticias

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD DE NACIONES SOBRE ASISTENCIA MEDICA RURAL.—En la reunión celebrada en marzo último se tomaron las siguientes resoluciones:

La asistencia médica eficaz puede ser considerada en su sentido más amplio, como designando aun servicio médico organizado de tal manera que ponga a disposición de la población todos los medios de acción de la medicina moderna, con el fin de preservar la salud, de descubrir y de tratar las enfermedades desde su primer período.

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

1°. Con el fin de proporcionar una asistencia médica eficaz a la población rural, el número de personas que puede ser atendido útilmente por un médico practico, debidamente calificado, podría ser, como máximum, de 2.000, quedando entendido que, a medida, que la organización sanitaria se vaya desarrollando y aumenten las necesidades de las poblaciones, este número podría ir descendiendo hasta 1.000.

2°. Esta asistencia médica, necesita asimismo la existencia de personal auxiliar técnicamente calificado, que comprenda una o varias enfermeras o, a falta de enfermeras diplomadas— y provisionalmente — otras personas provistas del mínimum de formación técnica necesaria.

3°. Se recomienda que en la mas pequeña aglomeración rural el enfermo pueda encontrar sobre el lugar mismo una persona capaz de prestar los primeros socorros y de asegurar la ejecución de las prescripciones del médico.

4°. Las poblaciones rurales y los médicos, deben, además, ser puestos en condiciones de utilizar los servicios de los centros de diagnóstico y, si llega el caso, de centros de tratamiento especializado, convenientemente equipados y provistos de personal calificado: dispensarios antituberculosos, antivenéreos, etc.

Estos servicios deberán conservarse en contacto con el médico practico quien deberá ser informado de los resultados de los exámenes o tenido al corriente del tratamiento si ha lugar y de sus resultados.

5°. La asistencia médico-rural implica igualmente facilidades de hospitalización en los establecimientos apropiados y convenientemente equipados.

Se recomienda tener un establecimiento hospitalario para una población de 20 a 30.000 habitantes, una organización racional que comprenda aproximadamente dos camas por cada 1.000 habitantes. Sin embargo, cada establecimiento no deberá contar con menos de 50 camas.

Deberán ser puestos a disposición de los enfermos y de los médicos, medios permanentes de comunicación (telégrafo, teléfono, etc) y medios de transporte constantemente disponibles con el fin de permitir la hospitalización rápida en caso de urgencia.

6°. La asistencia médica-rural debe utilizar los servicios de laboratorios. Los análisis y exámenes sencillos, podrán llevarse a cabo en los laboratorios de los establecimientos hospitalarios. Los análisis más complicados (bacteriología, anatomopatología, serología, etc) se practicarán en los grandes laboratorios especialmente provistos de instrumental.

7°. La asistencia médico-rural debe poder también pedir ayuda a médicos especialistas. El médico especialista deberá conservarse en contacto con el médico tratante e informarle del resultado de sus exámenes o del tratamiento y sus resultados.

8°. La realización de una asistencia médica eficaz exige la colaboración de las autoridades públicas de higiene y de asistencia del cuerpo médico, de las instituciones de seguros, de los organismos particulares, etc. etc.

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

Los poderes públicos deben velar porque el conjunto de la población disfrute de una asistencia médica eficaz. Deben esforzarse por medio de una organización racional de los servicios de higiene, provistos de un personal suficiente y especializado, en desarrollar la tendencia preventiva de la asistencia médica rural. En interés de la eficacia de la asistencia médica, sería asi mismo deseable que los Poderes públicos estudien, sobre una base territorial, teniendo en cuenta circunstancias locales, un programa racional y coordinado de la salud pública.

Los Poderes públicos deben estimular, ayudar y coordinar los esfuerzos de las instituciones y agrupaciones cuya actividad tiene por finalidad la realización de la asistencia médico-rural. Se esforzarán por suplir deficiencias y por remediar en lo posible los dobles empleos que pueden producirse en la organización de esta asistencia.

El seguro de enfermedad cuando alcanza al conjunto de los trabajadores agrícolas, permite realizar en las mejores condiciones una asistencia médica rural eficaz.

Donde no esté aun instituído el seguro de enfermedad, una asistencia médica gratuita racionalmente establecida, puede intervenir útilmente para poner a punto una organización que satisfaga en parte las necesidades de las poblaciones rurales.

Bibliografía

TRATADO DE PATOLOGIA INTERNA por E. Enriquez, A. Laffite, C. Laubry y C. Vincent. — *Enfermedades del corazón y de los vasos.*—Un volumen de 1.166 páginas.—*Salvat, editores S. A.*—Barcelona 1931. — 66 pesetas.

La renombrada y clásica obra francesa, *Tratado de Medicina*, de los doctores Enriquez, Laffite, Bergé y Lamy, hoy *Nuevo Tratado de Patología interna*, por los doctores Enriquez, Laffite, Laubry y Vincent, publica el tercer volumen dedicado a las Enfermedades del Corazón y de los vasos. Tratándose de una obra de esta categoría y sobre todo tan conocida de los prácticos por la gran aceptación que tuvo cuando salió por vez primera, sobraría todo elogio que de ella se hiciera en son de propaganda. Pero es el caso que no se trata de una nueva edición de la antigua y conocida obra, de un libro remozado al que se han añadido, en mezcla más o menos confusa, los nuevos conocimientos que el progreso de la ciencia médica va adquiriéndo y acumulando año tras año, sino que ahora los autores citados han emprendido la publicación como ellos dicen, de un nuevo tratado que nada tiene que ver con el antiguo, como no sea la seguridad y garantía de su bondad dada la solvencia científica de quienes lo firman. En efecto, "El Tratado de Patología interna", cuyo tercer tomo se ofrece hoy a la clase médica es una obra completamente nueva, desligada en absoluto de la anterior por todos los caracteres que distinguen una obra

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

de este género. Todos los conocimientos modernos, todos los progresos realizados en estos últimos años en el campo de las ciencias médicas y que tienen su aplicación al estudio de la Patología interna, se encontrarán, no resumidos, sino explicados con toda la extensión que su variable importancia requiere, en este tratado, que indudablemente marcará una época al comprender en sus páginas todo lo conocido en un momento determinado de la Medicina.

LA SANIDAD Y EL MEDICO RURAL por los Drs. M. Torres Alonso, E. Casas y M. Sainz.—Un volúmen de 333 páginas,—*Editorial "La Voz Médica"*.—Madrid 1930. —5 pesetas.

Este libro será leído sin disputa ávidamente por toda la clase médica; sus autores dicen que con él no se arroja el guante a nadie; sin embargo, este es un libro de lucha, de batalla. Las colectividades tienen siempre un índole de aspiraciones fundamentales, en materia de sanidad, este índice es amplísimo, su exposición originará siempre grandes discusiones, pero sean cuales fueran las opiniones que se sustentan, felicitamos a los autores por la razonada y briosa defensa que hacen de las peticiones que desde tiempo inmemorial viene haciendo la clase médica.

LA REFLEXOTHERAPIE SCIENTIFIQUE ENDO-NASALE ET LA METHODE D'ASUERO por el Dr. A. Leprince.— Un volúmen de 121 páginas.— Paris 1931.

Consecuentes en nuestro criterio de seguir al margen de estos temas y de hacer únicamente labor informativa, reproducimos a continuación el "avant-propos" del Dr. Leprice. Dice así:

"Este librito responde a los deseos que me han expresado numerosos colegas franceses y españoles: hacer conocer el método Asuero, su técnica y la de los médicos franceses y españoles que practican la reflexoterapia endonasal.

Es en el curso de un reciente viaje que yo hice a Barcelona cuando aparece el libro del Dr. Asuero, esperado y anunciado hacía tiempo.

Asueristas y reflexoterapéutas independientes me ha pedido mi opinion sobre este libro y sobre la concepción científica de su autor.

Yo he ensayado aquí de "faire le point" y no he perseguido más que un fin al escribir las páginas que siguen: investigar y decir aquello que yo creo es la verdad, rendir homenaje al trabajo y a la obra de quien quiera que sea.

Situándome al margen de las violentas polémicas suscitadas al otro lado de los Pirineos, entre partidarios y adversarios del Dr. Asuero, yo estudiaré sin tomar partido la obra del uno y de los otros.

Todos han aportado su piedra al edificio, y si los primeros ensayos son tímidos y los resultados aún modestos, yo debo creer que la generación médica que asciende se aprovechará de nuestros esfuerzos, de nuestros éxitos, y lo mismo de nuestros errores. Nosotros les trasmitiremos la bandera que hemos recibido de nuestros mayores, y tendremos quizá el gozo, que fué refutado a nuestros predecesores, de ver la Reflexoterapia ocupar un capítulo importante de la Terapéutica de mañana".

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

ENFERMEDADES DE LAS VIAS BILIARES por el Dr. C. Carbonell.—Un volúmen de 256 páginas. — *Javier Moratal Editor.* —Madrid, 1930.—15 pesetas.

Este libro es una apología del tratamiento quirúrgico en las enfermedades de las vías biliares.

Comienza la obra con el estudio de la embriología y de la anatomía dedicando el espacio preciso a las variedades anatómicas frecuentes en esta región, sigue después un extenso estudio de la patogenia de la colelitiasis y una revisión completa de las doctrinas de la formación de los cálculos, dedica varios capítulos a los métodos de exploración y diagnóstico y a las indicaciones terapéuticas en las litiasis. Al llegar a la parte técnica comienza por el estudio crítico de las múltiples incisiones propuestas para abordar la región, destacando las incisiones anatómicas; expone luego los métodos operatorios diversos de colecistectomía, plastias de las vías biliares, etc. meticulosamente, como hecho por quien conoce el valor de los detalles, cerrando los capítulos que trata con la nota de su criterio y su experiencia.

No dudamos que este libro ha de ser muy leído por todos aquellos que se interesan por estas cuestiones.

LE DIABETE SUCRE, SON TRAITEMENT por P. A. Carrie.—Un vol. de 96 pgs.—*G. Doin et Fils, editeurs.*— Paris 1930.— 20 frs.

El *tratamiento de la diabetes* comprende el régimen alimenticio y la insulina. Ni uno ni otra pueden prescribirse a ciegas o por aproximación; las modalidades del tratamiento varían según la forma y la gravedad del mal; la prescripción del régimen debe tener la misma precisión ponderal que una receta medicamentosa, y la insulina no debe ser prescrita sino en función de los resultadsos obtenidos por una dietética apropiada.

En esta obra, el autor analiza las directivas que permiten establecer de manera correcta el tratamiento de un diabético.

Muestra como se examina al diabético y como se interpretan los resultados de este examen para establecer el tratamiento. Expone cómo, en cada caso dado, el régimen debe ser equilibrado, y cómo se calcula y prescribe en la práctica. Luego puntualiza las indicaciones y la técnica de la insulinoterapia.

Rechazando los planes estereotipados de tratamiento, de lo cual cita algunos ejemplos, el autor examina varios casos clínicos de gravedad creciente y explica el modo de instituir el tratamiento en cada caso.

Esta obra, que ofrece no sólo las nociones teóricas indispensables, sino también y sobre todo nociones prácticas, constituye una guía preciosa para todos aquellos, especialistas o no, a quienes interese el tratamiento de la diabetes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL por el Dr. RICARDO CABOT. —Dos tomos de 1.480 páginas.—*Salvat y Compañía editores.*— Barcelona 1930.—Precio: Rústica 80. Tela 88 pesesta.

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

Las obras dedicadas exclusivamente al diagnóstico diferencial no son muy abundantes, antes al contrario, este juicio tan necesario al clínico, para establecer un acertado pronóstico y un eficaz tratamiento, es considerado, o al menos, así se deduce, como cosa superflua en muchos libros de Medicina en los que se exponen con extensión la etiología, la patogenia y la anatomía patológica y con minuciosidad de detalles se describen los síntomas de las enfermedades y cuando llegan al diagnóstico lo hacen a la ligera, creyendo los autores que con el cuadro clínico es suficiente para no confundir unas dolencias con otras. Mas no es así, primero, porque las enfermedades no se presentan con la exactitud que se describen, sino que como ya sabemos a la cabecera de los enfermos no hay tanta claridad, y segundo, que es indispensable separar, mejor dicho, seleccionar todos aquellos estados patológicos que sus manifestaciones tengan afinidades y semejanzas hasta llegar a la especie nosológica, es decir, que debemos razonar e inquirir nuestro camino, como dice Cabot, entre los procesos más profundos y causas mas obscuras que guiaran nuestros propósitos terapéuticos.

La obra del Dr. Cabot, que lanza a la publicidad la acreditada Casa Editorial Salvat de Barcelona, tiende a conseguir los fines expuestos y a llenar esta laguna de muchos libros, orientando a los alumnos y a los médicos hacía un derrotero que les conduzca al conocimiento exacto de los procesos patológicos, sacándoles del dédalo de confuciones tan frecuentes en la clínica.

El autor sigue un método muy racional: primero describe los síntomas principales, habiendo escogido los que más comunmente acusan los enfermos, enumera sus causas, las clasifica por orden de frecuencia y hace desfilar a los pacientes del grupo sintomatológico, describiendo magistralmente los padecimientos, estableciendo y resolviendo los problemas de diagnóstico de los casos expuestos, confirmando sus deducciones con figuras, diagramas y gráficos.

La lectura de este libro es amena, instruye deleitando al lector por lo bien expuestos que están los casos patológicos y sin darse cuenta se va asimilando las doctrinas del autor, el que, aparte de ser un clínico acreditado, no desdeña por eso las investigaciones del Laboratorio, al que recurre siempre, para precisar y razonar sus diagnósticos.

Resultando de los expuesto que la obra del Dr. Cabot será de mucha utilidad al médico práctico, pues le servirá de guía para resolver las dudas que se le presenten en el ejercicio de su profesión.

La Medicina es el arte de llegar a una conclusión, partiendo de indicios insuficientes. La conclusión es el diagnóstico.

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

Sociedad Peruana de Pediatría

Discurso pronunciado en la sesión de instalación.

Por el Dr. ENRIQUE L. GARCIA
Presidente de la Institución.

Nuestro cuerpo médico se ha movido siempre altruista y generosamente en favor del niño, consagrándole su más sincera y cultivada atención. Pero, el incesante desenvolvimiento de la Ciencia, hizo prácticamente cada día menos segura y suficiente su intervención activa cerca de él, porque el problema de la infancia se agranda y complica tanto, día a día, que exige a los que se dedican la consagración exclusiva de todos sus conocimientos y de todos sus desvelos. En este, como en otros campos de la Medicina, se ha acumulado tanto material de estudio, que resulta por lo menos audaz, pretender abarcar dos de esos campos, a la vez. No es esto decir que el internista general esté autorizado para prescindir del estudio de las enfermedades de los niños ni aún para no atenderlas en caso de urgencia, como tampoco puede el pediatra ignorar la medicina general; pero si quiere todo esto decir, que hoy el niño *exige* su médico especialista cuando está enfermo y su puericultor cuando está sano.

La especialización es, pues, una imposición ineludible del progreso de la Medicina y porque, en realidad, la peruana ha progresado tenemos entre nosotros, ya hace años, especialistas en enfermedades de la infancia. Todos ellos han hecho y hacen buena obra en la asistencia infantil, pero su labor resulta aislada, desconocida e incompleta porque es dispersa y, quizá, en algunos puntos de vista discordante.

Es necesario sumar todas esas actividades, recojer todas las opiniones, confrontarlas y tratar de concordarlas, en cuanto sea posible, para obtener, en la práctica un rendimiento máximo; es indispensable acercar personalmente a todos los obreros peruanos de la medicina infantil y de la puericultura para que cambien entre ellos sus ideas y sus observaciones acerca del niño en el Perú.

Entonces surgirán temas vitales, que nunca hemos tenido oportunidad de discutir por falta de contacto personal entre los que nos consagramos al ejercicio de la medicina infantil, y se vertirán opiniones — algunas veces encontradas — pero a propósito de las cuales se puede llegar a un acuerdo o a un acercamiento, que coloque los hechos en el campo de la buena doctrina facilitando la solución de los problemas de la infancia. Por todo esto, era indispensable que nos agrupáramos en una institución colegiada, que será la "Sociedad Peruana de Pediatría".

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

La nueva sociedad tiene un vasto plan que desarrollar: debe poner en "su orden del día" cuestiones, que piden todavía, entre nosotros, mucha discusión y mucho estudio.

Además de las cuestiones relativas á la asistencia social y por el Estado debemos contemplar la referente a la alimentación de los niños sanos y enfermos. El sano, particularmente, el lactante, se alimenta muy mal en Lima no sólo por infracciones de la dietética sino por deficiencia del alimento: es, ordinariamente, un distrófico crónico de sub-alimentación, no tanto por causas económicas como por la diversidad de criterio en la estimación de la ración alimenticia, ya sea por parte del médico asistente, ya por parte de las instituciones que le toman bajo su tutela. El lactante enfermo sufre aún más y, sobre todo en forma más cercana y amenazadora con esta deficiencia: es, muchas veces, una víctima de las exageraciones dietéticas de una era ya pasada, que acaban por agotarle mortalmente, pues se ejercitan sobre un niño que ya es un «*carente*», por el solo hecho de estar enfermo.

Debemos ocuparnos en estudiar el alimento de elección según la edad del niño y las posibilidades económicas de la familia; debemos comentar la forma y los momentos en que se verifican el destete y la ablactancia entre nosotros; nos toca anotar los rendimientos obtenidos con las diferentes leches secas, concentradas, condensadas y la llamada leche natural.

Nos debemos preguntar si son mejor alimentados los niños mayorcitos en su propio hogar, en los colegios, en los hospitales. Quizá sí; pero creemos que lo son todavía insuficientemente; estamos en la obligación de contemplar esta importante causa de estancamiento individual, familiar y racial.

El problema de la infección tiene tanta importancia como el de la alimentación, pero es del caso recordar que el niño bien alimentado casi nunca se infecta y si se infecta, su fortaleza vence a la infección: el germen ofensivo y el organismo fuerte se excluyen ordinariamente. Pero como nuestros niños son débiles, la infección se ceba en ellos y les quema como paja seca. Así vemos como les atacan y consumen las infecciones agudas de los tipos de las gastro-intestinales, de la fiebre tifoidea, de la gripe, de las enfermedades eruptivas y contagiosas. Todas ellas nos ocuparán pero debemos detenernos en el estudio de la difteria, más común entre nosotros que lo que se piensa generalmente, porque hay, sin duda, numerosos casos ignorados, que curan expontáneamente o, lo que es peor, que originan defunciones calificadas con otros diagnósticos. Esta cuestión de la difteria debe ser reclamada por nosotros ante la Autoridad sanitaria porque no le ha prestado todavía la atención que merece.

La sífilis y la tuberculosis nos piden nuestras mejores horas: ambas concurren en dominantes proporciones a aumentar la cifra de nuestra mortalidad infantil; son estimadas por el público como enfermedades vergonzosas cuando en su adquisición no hay vergüenza sino desgracia, resultando tan infundada estimación perjudicial para todos: para el niño porque por ello, no se le puede instituir con franqueza y claridad un tratamiento y para el médico,

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

porque las familias le excluyen luego que le oyen formular ambos diagnósticos. En la base de su profilaxia, principalmente de la antivenerea, debe figurar un entendimiento claro para todos de lo que es esta plaga sin ocultaciones ni eufemismos.

Si nuestra autoridad y nuestra sociedad no disponen de suficientes y eficientes recursos para combatir la tuberculosis, tiene armas y fuerzas adecuadas para iniciar fructuosamente esta campaña desde la cuna de los bebes sifilíticos: la profilaxia paterna de la sífilis no nos incumbe aún cuando nos interesa extremadamente.

En las demás infecciones la profilaxia debe tener como base la defensa individual, en el sentido de la adquisición por cada individuo de energías biológicas capaces de oponerse eficazmente á la evolución activa de los gérmenes infectantes dentro de su propio organismo. Es, pues, en primer término, un problema de inmunobiología; en segundo término es un problema de apartamiento y de depuración de los vectores vivos y movibles de los gérmenes, de los «*portadores de gérmenes*», como se les llama; y sólo en tercer lugar es una tarea de «desinfección» en el sentido en que se la comprendió hace veinte años. Matar microbios, extinguirlos! Tarea fantástica y lejana de la realidad! — Se salvará de la infección el niño vacunado contra ella, el higiénicamente cuidado, el que no tenga taras hereditarias o adquiridas, el bien alimentado, *el fuerte:* el triunfo será de su constitución, no de los antisépticos. El dinero que se gasta en desinfecciones debería ser aplicado a la compra y al abaratamiento de sueros y vacunas así como a la más abundante provisión de leche de las cunas, de las Gotas y de los hospitales de niños. Nos prometemos presentar esta tésis a las autoridades sanitarias.

Tampoco creemos estar más adelantados en materia hospitalaria. No sabemos conformarnos con la separación de la madre y del hijo al ser hospitalizado: es un binomio biológicamente indestructible; nos revelamos contra la estandardización del recetario y de los menus, contra las generalizaciones esquemáticas en el diagnóstico y contra todo lo que no sea medicina individual; nos revelamos contra los consultorios servidos por un solo médico, que debe atender a 50 enfermos en dos horas, es decir, a razón de dos minutos por consulta; reclamamos para cada niño que salga del consultorio, la concurrencia de la "dama visitadora" a su domicilio, durante muchos días con las instrucciones pertinentes; no opinamos por el fomento de la asistencia hospitalaria, prefiriendo la visita gratuita por el médico oficial siguiendo al insigne pediatra MORQUIO en su pensamiento "el bebe enfermo en su casa con su madre".

Debo pedir perdón por la extensión que ha adquirido mi discurso a pesar de haber rozado tan solo algunos temas que deben ocuparnos. Me detengo esperando que la iniciativa de todos me acompañe en este trabajo.

Señores: nosotros nacimos al calor del *VI Congreso Pan-americano del Niño*, hace hoy, exactamente un año, el 11 de julio de 1930; fueron padrinos de nuestra sociedad los más prestigiosos delegados americanos del Congreso. En una solemne sesión, presidida por el Sr. Dr. Juan Carlos Navarro, delegado de la República Argentina, a la que asistieron los señores Eugenio Cienfuegos, de Chile,

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

Víctor Escardó y Anaya, del Uruguay y Teodosio Valledor, de Cuba, nos comprometimos a trabajar por el niño del Perú como ellos lo habían hecho y lo hacen en sus respectivos países. Así lo realizamos: en el curso del año, hemos celebrado algunas sesiones y adelantado algo en el estudio de los temas a que he hecho referencia en mi discurso y nos hemos estado organizando con el fin de podernos presentar a la consideración pública y al Supremo Gobierno con título suficiente para pedirles su aliento y el reconocimiento oficial de nuestra sociedad. Tengo la seguridad de que nuestro trabajo y nuestra constancia nos darán título para este reconocimiento oficial así como derecho para figurar al lado de las sociedades sabias del País y de nuestras similares del extranjero.

Orientaciones médico-sociales para la defensa del niño en el Perú

Por el Dr. ERNESTO EGO-AGUIRRE

«*Maxima debetur puero reverentia*».

JUVENAL.

En el panorama institucional del país, las actividades de la Sociedad Peruana de Pediatría, que se despliegan desde el 11 de julio del pasado año, tendrán la más grande trascendencia. Un grupo de auténticos valores de la pediatría continental, asistentes al certámen internacional de protección a la infancia, cuya sexta sede fué Lima, echaron las bases de una sociedad peruana de especialistas en niños. Tomando como eje al actual profesor de Pediatría de la Universidad Nacional, un sector de médicos del ramo prestó inmediata colaboración a la gestión organizadora. Ahora ya cuajada la institución, se inaugura oficialmente. Y por razones de benevolencia excesiva, ocupo su tribuna en estas horas fértiles, para decir mi parecer sobre el volumen total del problema del niño entre nosotros.

La Pediatria en el pasado.

Carece de un antiguo historial el cultivo de la pediatría en el Perú. Cualquier médico general compartía entonces sus actividades entre la cura de los adultos y los niños. La casa de estudios médicos, atenta a otros menesteres, no apuntaba su mirar hacia el conoci-

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

BIBLIOTECA
LIMA-PERU

miento de los trastornos infantiles. Pero las actividades de los prácticos apenas se detenían en el niño. Soslayando sus problemas médicos, JOSE MANUEL VALDEZ, oriundo del Protomedicato, se detuvo, en algún momento, a contemplar los intereses de la infancia. Y AROSEMENA QUESADA, a su paso por la inspección de higiene del municipio capitolino, se ocupó de la mortalidad infantil. El fruto de estos desvelos está desperdigado en "La Gaceta Médica de Lima", en unos escritos que bien vale la pena de recordar.

Sólo cuando el eminente maestro RAFAEL BENAVIDES quedó designado para desempeñar la cátedra de obstetricia y enfermedades de niños, el estudio de la pediatria empezó a adquirir perfiles científicos. Los ámbitos, cada vez mayores, de las dos materias, impuso al cabo su individualización. GUILLERMO ALMENARA BUTLER fué el primer profesor de la especialidad. Novedad y brillo pudo aportarle, especialmente de la escuela francesa, donde hizo acopio de fuertes conocimientos. Al pasar a la pasividad, ENRIQUE LEON GARCIA, un cultor a ultranza de la escuela pediátrica alemana, ensancha desde su cátedra los límites del aprendizaje de la medicina infantil, que domina con maestría sin par.

En esos tiempos, que empiezan a ser lejanos, no ha sido nutrido el número de los médicos pediatras. Quienes actuaban como tales, significaban la práctica de vocaciones imperiosas en hombres que, como RÓMULO EYZAGUIRRE, han puesto en su desempeño los entusiasmos y el saber de los largos estudios profesionales. Casi todos los que vinieron después son el fruto ya de estudios en el extranjero, ya de aportes de nuestros maestros y métodos educativos cosmopolitas, que destacan más firme el carácter internacional de la ciencia.

LA PEDIATRIA COMO ESPECIALIDAD.

Es oportuno definir el concepto de la pediatría como especialidad. Y se precisa decir cual es su ejecutoria para dispensarle tal rango en la ciencia y en las necesidades docentes. Ciertamente sus confines son grandes. A diferencia de otras especialidades de sector limitado, la pediatria tiene dilatado dominio donde campear. Su estática y su función son singulares. Aplica todos los perfeccionamientos médicos sin limitación alguna. La patología infantil se vincula, de este modo, con la general, que, a su vez, le infunde unidad en su evolución y en su práctica.

Las especies morbosas del niño, sin embargo, exigen para conocerlas erudición y hábito particulares, ya que no asientan siempre en órganos o sistemas determinados, sino que, al contrario, azotan toda la economía, que varía gradualmente en su constitución, durante los diversos momentos del desarrollo infantil. Más de un ademán de cortedad pliega las alas del pensamiento en la práctica de la especialidad. Son los problemas neurológicos, los de la dermatología o la oculística, que plantea el ejercicio diario del arte. Entonces no cabe el circunloquio de remitir el enfermo al correspondiente especialista de estas disciplinas, tan al uso en la cura de los adultos. Y no cabe, porque no puede demandarse a todos los mé-

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

dicos frescos e inmediatos conocimientos del fisiologismo del niño y de las dificultades que imprime a la evolución patológica de los seres en crecimiento; de sus mutaciones y cambios morfológicos siempre inobservados en las edades en que el desarrollo corporal se ha completado.

Las trasmisiones hereditarias, las ambientales en que se desenvuelve el pequeño, esas causas predisponentes y determinantes tan valiosas para el juicio diagnóstico, piden también familiaridad en el práctico. Así, el sistema nervioso brinda desviados el curso de las alteraciones. El aparato de la circulación tiene fácil acceso para los procesos morbosos. Muchas particularidades manifiestan los órganos de la respiración durante las agresiones patológicas. Y sin detenerse en las multiformes anomalías de los sistemas oseo y muscular, el aparato digestivo tiene alteraciones de patogenia tan particular, que por sus ligazones hay que ír al dominio del intrincado cuestionario de la alimentación de los lactantes.

Sin ser especialista resulta, pues, difícil, cuando no imposible, avaluar tales cuadros, ni utilizar las contribuciones indirectas frente a las aportaciones de la exploración directa, que no siempre recoge los signos de una localización morbosa, y sí las modalidades de la varia reacción sintomatológica, que es fina, poco insinuante y que, por lo mismo, acrecienta las dotes típicas.

Especialidad médica indudable, especialidad por extensión, como la llama EYZAGUIRRE, la actuación pediátrica la condiciona los renovados conocimientos de la medicina general. Y cuando trasvasa sus confines propios, es para invadir los de la cirugía, por las especiales características de los procesos quirúrgicos infantiles; o para enhebrar la pediatría con la ortopedia, cuyos medios terapéuticos hacen milagros en las anormalidades de la estática del niño. Justificase de este modo el decir de un autor cuando anotó que si "la ortopedia infantil no es una especialidad, cierto es que en ella se observa algo de especial".

LOS ESPECIALISTAS Y SUS REQUISITOS.

No hay duda que es tarea pesada el poseer los requisitos de especialista en niños. La condición que SUÑER califica de «previa» ha de ser condicionarse con la pocesión de las disciplinas auxiliares para la determinación diagnóstica. La cátedra, en el período de aprendizaje del alumno, será la orientadora, el guía que lo enderece a más amplios trabajos en el ancho campo de la especialidad. Empero, el año facultativo, los meses de duración de la enseñanza oficial, solo hacen su parte. Los centros de asistencia de niños, ora en salud, ora sin ella, deben ser los lugares a los que acudan para el perfeccionamiento y auge de su cultura pediátrica, cuantos aspiren ser especialistas y sepan enfocar, con tino, la solución de los enmarañados problemas que plantea el niño.

La enseñanza siempre se consigue ahí donde existan entidades que puedan aconsejar a las madres y proteger directamente al pequeñuelo. En las facultades universitarias bastante se da con orientar al alumno. El médico ya diplomado demanda lugares de otro

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

orden, instituciones en las que, a cambio del trabajo honesto, silencioso y verdadero, recabe ciencia y competencia médica y social, que sirva para penetrar en los secretos y repliegues del dilatado dominio de las cuestiones pediátricas. Si el fin de la ciencia es la verdad, la norma que estableció COMTE, «solo hay un medio de alcanzar esa verdad: la observación atenta de los hechos», tiene tan fresco valor, que seguirla en cualquier tiempo logra formar el especialista que realice trabajos descollantes que pueda mimar la fama.

EL HOSPITAL DE NIÑOS Y SU FUNCION.

El hospital es sin duda uno de los medios anhelados. Abierto a todos ha de ser para que el exclusivismo de un grupo no sea en detrimento de cuantos pretenden cambiar sus valores teóricos por los frutos de su aplicación al enfermo. Cúmplese así su finalidad primordial de auxiliar científicamente al que pierde la salud. También para formar médicos expertos. El olvido de ellas entraña socialmente una responsabilidad, por no contribuirse al progreso de la ciencia y de las necesidades nacionales.

La gestión cultural en conversaciones científicas y discusiones de casos clínicos, soluciona las dudas. Orienta la observación. Asegura el diagnóstico Orea la terapéutica con las modernas aportaciones farmacológicas. Y elabora la amplitud y el avance de la especialidad. Sólo entonces el personal que forma un hospital puede ostentar el título de especialistas, porque impuesto por la labor científica, al márgen de las pasiones personales, tiene la sanción de los médicos, los verdaderos jueces del trabajo clínico efectivo.

La edad del niño albergado en el hospital no es un factor indiferente para el trabajo del pediatra. Una larga experiencia muestra los inconvenientes de la hospitalización del lactante. Júzgase como hecho de excepción su recibo en los nosocomios. Y cuando sea imposible evitarlo, tiene que hacerse en especiales condiciones, ya que el ejercicio profesional enseña la naturaleza de los cuidados, aquel mimo y calor maternales que nunca brinda el medio hospitalario.

La mirada indiferente de enfermeras y asistentes sólo crea en el contorno un ambiente glacial y sin ternura que deprime al pequeñuelo. Sin ser un expósito soporta la tristeza y la falta del aliento maternal. La ausencia de caricias de quien le dió vida. La abstención del seno que debe lactarlo, con más premura aún, en la hora del dolor y del quebranto. El niño con la madre en su casa es la negación del "binomio madre-hijo", sublime concepción del momento actual que vive la Humanidad.

Constantemente se repite que la vida y eficiencia de un hospital depende del aporte de conocimientos técnicos y de la asiduidad con que se asiste al enfermo. Y es que la verdad sobre lo que aqueja al niño dimana de conocer las causas patológicas, higiénicas y sociales que hallan actuado en su rededor. Tales hechos debe conocerlos el que está formándose como especialista. Necesita para ello actuar al lado del pediatra experimentado, del que puede rectificar con autoridad los erróneos conceptos, sembrar muchas iniciativas y trabajar clínicamente en forma asaz proficua para el iniciado.

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

La investigación y el conocimiento de los casos raros son difíciles sin tal auxilio. Y los casos de la práctica ordinaria, los enfermos corrientes de la profesión que integran la casi totalidad de la casuística nosocomial, son también viveros de aprendizaje médico, especialmente en su diagnóstico y tratamiento.

El arte de curar en la infancia nunca se domina enteramente. Las novedades y anomalías de cada caso actualizan el concepto, viejo pero siempre nuevo, de que no hay enfermedades sino enfermos. Olvidarlo es desprevenirse a la manera del novicio. Retardar el beneficio del que sufre. Sentir prematuramente esa pretendida suficiencia contra la que aconsejaba guardarse el inolvidable maestro ERNESTO ODRIOZOLA.

LA PROTECCION HIGIENICA DEL NIÑO Y LA PUERICULTURA

Actualmente los problemas médico-sociales van abarcando el gran sector de la especialidad pediátrica. Bien está curar al niño que sufre. Salvar el fruto temprano. Defender la integridad hígida de los hombres de mañana. Pero, es acción más eficiente evitar la caída del niño en los tentáculos de la enfermedad, en los disturbios de la alimentación mal conducida o en las proyecciones de la decadencia orgánica por causas de una inconveniente gestación. Surge entonces el puericultor, el hombre enlace entre el tocólogo y el pediatra, aquel que cuya cultura médica, legal, económica, ética, pedagógica, se mueve dentro de los marcos sociales que procuran la mejora de la raza por el acierto que pone en el cultivo de la especie.

Los pueblos vigilantes de su heredad racial o anhelosos de su mejora echan mano de las enseñanzas eugénicas. Los espíritus románticos que todo lo posponen al impulso noble y expontáneo del amor, van conviniendo que es imperioso cautelar la sanidad de la raza. Si la generación es un mandato de la vida, los engendradores han de ser sujetos robustos, orgánica y psíquicamente. La perpetuación de la especie ha de negarse, a la luz de la eugénica, a cuantos no brinden las características que permitan adelantar que la producción de hijos ha de ser en bien del progreso de las generaciones futuras.

En tanto que estas directivas sean solo una esperanza toda esa fundación asistencial de los consultorios prenatales, gotas de leche, cunas y dispensarios, integran el armamento defensor de la infancia. Una copiosa y desasogeda legión de hombres lucha en ellos por amparar el menester maternal de la hembra. Los esfuerzos no tienen únicamente el tinte clínico. Frecuentemente son sociales y se adentran en el matrimonio, y hasta en el amor, pero sin olvidar el tono sexual de los hechos.

Y es que cuando la mujer tiene que trabajar para la mantención del hogar, el hijo es el que sufre. Para la madre su única preocupación debiera ser la de tal. Porque si vive plácida y sin fatigas, si sabe que sus pequeñuelos tienen alimento y no sobras, el ser que está gestándose en su vientre, se formará fuerte y sano. Pero la vida actual y sus exigencias económicas empujan a menudo a la madre

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

embarazada al taller, donde se necesita cuidarla desde antes de la viabilidad del feto, sino se quiere que el niño que va a nacer perezca antes de trasponer la infancia. Y cuando llega la etapa posterior al nacimiento, al aparecer el período de la crianza, la protección de madre e hijo tiene también sus rigores. Lo que antes era sangre y se daba en la vida intrauterina, ahora es leche y mantiene el lazo maternal. Mientras ella trabaja, la leche se carga de venenos. Es la transformación de una sangre que acaba de nutrir órganos fatigados, intoxicados. Es la famosa lecha cansada que provoca vómitos y hasta gastroenteritis, ha dicho MOROUIO.

Muchos empezaron a entender entonces que los deberes prolíficos y maternales eran poco compatibles con la nueva mujer y con el hogar actual. BOUDIN es uno de los que trata de asegurar para el tierno ser la alimentación del pecho y evitar el abandono al crear las "Gotas de Leche", organismos de profilaxia o higiene infantil. La protección del niño se orienta así en un sentido nuevo y pleno de promesas. El puericultor analiza e interpreta cada una de las posibilidades de defender al pequeñuelo. Trabaja y se esfuerza para salvarlo, en tanto que vela por la madre, para que amamante y cuide a la prole. Hay en esta función una actividad sencilla y poética y un gran afan por asegurar el porvenir de la nacionalidad.

Más el niño puede enfermar en ese tiempo y una nueva función de la gota de leche la convierte en policlínica de lactantes. La medicina se engarza aquí con la higiene. Y esta interdependencia de actuaciones obliga al médico a dilatar el mundo de sus aficiones para penetrar en la higiene, y detener la mortalidad infantil.

Desarrollando su obra técnica el especialista en niños se encuentra frente a un campo densamente sembrado de dificultades. Madres abandonadas, hijos sin protección material ni moral, la ignorancia y la miseria por todas partes. Procediendo sin contemplaciones, no deberá reparar en los prejuicios que taladra al paso. Su misión es de amparo y ha de imponer los deberes paternales, así como antes alentó las obligaciones maternales. Y ha de saber que el abandono del niño llamado ilegítimo va cesando en todas partes. El hijo es un producto de dos seres. Cualquiera falla se amplifica en el pequeño, precisamente en el único que no tiene la culpa del cumplimiento de la erótica función de crecer y multiplicarse. Los tiempos van barriendo tan mezquinos prejuicios, que llevan al aborto, solo justificado, afirma JIMENEZ DE ASÚA, por razones económicas o científicas.

La investigación obligatoria de la paternidad y la guerra contra el torno — la temible garra de los expósitos — son los recursos para proteger los derechos del niño y de la mujer pungida por el abandono. Que poco importe si al cumplir esta misión rigurosamente científica y positivamente humana se halle más de un ceño fruncido con gesto hipócrita y falsamente moralizador.

LA PAIDOLOGIA

Dos últimas empresas aguardan aun al técnico en los momentos en que los niños alcanzan las últimas etapas de la vida infantil.

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

Vigilar la edad de la escolaridad y orientar la acción tutelar de los tribunales para menores en estado de peligro. Todas las naciones fomentan una y otra obra con decisión, intensificando su labor social. En mi sentir son estos empeños en pro de la infancia, los de mayor eminencia, con ser óptimos todos los anteriores. Y es que tocan nuevos aspectos: la vigilancia del psiquismo y de la personalidad moral infantiles.

El Servicio Medico escolar.

Todos los que se dedican a estudiar con nuevas miras al niño que va a la escuela convienen en la obligación que tienen los médicos y los maestros de estudiarlo psicológicamente. Pensar que la asistencia profiláctica es bastante para que su adecuada aplicación no interrumpa las labores escolares, es mantener la persistencia de un criterio anticuado. Las actividades científicas de hoy postulan el análisis psicológico del escolar para precisar el desenvolvimiento mental, que ha de correr parejas con la edad cronológica del niño, y que al dejar de superponerse plantean los arduos problemas de la educación diferenciada de los anormales.

Nuevas razones fundamentales han venido a rebasar el viejo recinto de las funciones de asistencia médico-sociales del escolar. Son las conveniencias del estudio de sus tendencias, trasunto fiel, como se ha dicho alguna vez, de las facultades intelectivas y la razón específica de la conducta. La armonía y el acierto de médicos paidólogos y de maestros se precisan para cambiar lo que es mutable en la personalidad infantil mediante una orientación educativa conveniente.

El trabajo profesional también quedará perfilado en los tiempos de la escolaridad. En ella saltan las aptitudes para la actuación ulterior, para la vida fuera de la escuela, para el modelamiento de la personalidad futura del que aun es niño. Mirándola psicotécnicamente y estimulando las cualidades vocacionales, la colectividad recogerá el fruto de las actividades de un ser convenientemente situado en el campo, siempre fecundo, de la producción y del trabajo.

Muchos motejan de avanzados, pero nunca de imprecisos e irrealizables, en nuestro medio, estas tendencias de la moderna paidología. El hecho de que la ciencia de curar, la medicina pura, no tenga el primer plano, induce a los que analizan a flor de agua, pensar que el médico de niños no juega aquí ningún papel. Por el contrario, estimo que no cabe mejor medicina que escrudiñar las intimidades del psiquismo infantil con criterio previsor, vale decir, con criterio de higienista mental. Difícil resulta hacerlo. Pero las perfecciones hay que ganarlas como el pan: con trabajo diario y constancia cotidiana. Sin pretender agotar las investigaciones, desde el VI Congreso Panamericano del Niño, está planteada esta tesis del servicio médico escolar que rubriqué junto con Carlos A. Bambaren, en un trabajo que ojalá no quede como una ilusión de sus autores.

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

Los menores en "estado de peligro".

Cuando la infancia rompe los moldes de la convivencia social, su tutela y vigilancia, es sin disputa, una obra de médicos especializados. Múltiples razones lo reclaman. No es el niño ciertamente el ser capaz de interpretar, ni la fruncida frente de los magistrados, ni los imperativos rígidos e inertes de las leyes oriundas de épocas lontanas. Ya los legisladores enterados de la asistencia social mostraron, que el menor abandonado moral o materialmente, es decir, "en estado de peligro", era asunto que dejaba de pertenecerles. Por eso, actualmente dominan los postulados médico-sociales a lo que antes se regulaba con conceptos jurídicos. La niñez, ora en estado de peligro, ora en abandono ético o económico, tiene en muchas naciones instituciones amparadoras. Los Tribunales y los Códigos de Menores que el estado moderno les ha creado, esa función tuitiva de la infancia, es una de las notas más simpáticas y de más relieve dadas por los sociólogos, los médicos y los hombres de gobierno.

Obra social, científica, humana, marchando aceleradamente en casi todos los pueblos, corrige los desvíos infantiles, para que más tarde, ya en la edad de las responsabilidades, no se alcancen los senderos del delito. Es una segura y eficaz profilaxia, que descansa en la dirección moral y física que parte del hogar. Saneado el ambiente familiar, ni los ejemplos perniciosos, ni el abandono material, empujan al menor a los estrados de los jueces. "Darles hogar" es la fórmula de las aspiraciones que tratan de redimir la cifra de morbosidad moral. Es la síntesis para auxiliar a los inculpables de su desgracia. Es la concreción que permite ayudar al niño necesitado y ejercer sanción con los responsables de sus lamentables desvíos.

Horizontes.

El Perú carece de sobrepoblación. La cifra de sus habitantes no es densa, despreocupándole la cuestión de la natalidad porque su raza es prolífica. El problema peruano está en la mortalidad infantil, en la madre desamparada, en el niño abandonado ética o económicamente. Luchar contra tales flajelos es conquistar el vigor para nuestras poblaciones. Las tesis que se filtran a traves de este discurso postulan cuanto puede hacer la obra protectora del niño, que hoy agita el pensamiento universal y conquista innumerables conciencias. Sobriamente las he traído en lo que tienen de más fuerte, en donde son más decididas, en cuanto encierran de hermosura, de generosidad y de amor. Al arrojarlas, un tanto oprimidas, en este hogar espiritual de la pediatria nacional, es para proporcionarles la vida y el calor que le niega mi parvedad científica, pero que puede brindarle esta institución de estudio e investigación, donde va a trabajarse oteando el porvenir y con el deseo infinito de encontrar el bienestar del individuo y de la sociedad

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

Datos para la historia de la asistencia de los alienados en el Perú

Párrafos de la Memoria presentada a la Beneficencia Pública de Lima.

Por el Dr. BALTAZAR CARAVEDO
Médico Director del Hospital «Víctor Larco Herrera»

Publicamos algunos párrafos de la Memoria presentada en 31 de Diciembre de 1930 por el Dr. Caravedo y en la cual se da cuenta de cómo estaba la asistencia del alienado en el Perú, hasta el momento de tomar posesión de la Dirección del Establecimiento de Magdalena. Las informaciones que contiene no reconfortan el espíritu médico, sino todo lo contrario.

En nota especial solicité que el Establecimiento se denominara Hospital en vez de Asilo Colonia.

La Sociedad de Beneficencia atenta a las razones expuestas aprobó nuestra petición.

El Establecimiento se llamaba al principio Asilo Colonia, nombre que significó una verdadera revolución en la asistencia de los alienados, ahora 50 años, y después seguramente en obsequio a la brevedad, que en este caso es ignorancia, se llamaba simplemente Asilo; es decir que retrocedíamos: la época de los Asilos es anterior a la de los Asilos Colonia.

Los asilos de alienados, merced a los esfuerzos de los psiquiatras y a los progresos de la época, se transformaron por la adopción de los sistemas del Open-Door y del No-Restraint.

El Gabinete de Psicología Experimental, adquirido hace algunos años, no ha funcionado hasta la fecha, habiéndose perdido algunos aparatos y la mayor parte se encuentran en malas condiciones.

Como el auxilio de ese gabinete es indispensable para el mejor estudio de los enfermos mentales, debe funcionar con regularidad. Por eso, es urgente adquirir los elementos necesarios. Este servicio deberá estar a cargo de un técnico.

La Biblioteca del Hospital ha corrido suerte semejante, muchos volúmenes han desaparecido y la mayor parte han sido atacados por la polilla. A fin de vigilar mejor esta dependencia, hemos

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

ordenado sea trasladada al pabellón de la Dirección. No es posible saber qué libros faltan, porque los inventarios solo se refieren al número de volúmenes contenidos en cada anaquel.

Tampoco ha funcionado el servicio de autopsias. El local existe desde el año 1917. El inconveniente mayor ha sido la falta de agua y desagüe. En la actualidad se llevan a cabo esas obras. Las autopsias tienen fin científico y significan contról del diagnóstico y del tratamiento, de manera que es indispensable contar con ese servicio

En el Hospital existe un pabellón especialmente construído para talleres de hombres, que hace algunos años se encuentra destinado a objeto distinto: primero a casa de empleados con familia y después a recibir enfermos del Régimen Común.

Hemos dictado las medidas del caso, para que esta irregularidad se remedie, y pronto se restablecerán los talleres, a fin de que los enfermos válidos tengan diversas ocupaciones, cuestión de vital importancia, porque en el tratamiento moral de los enfermos mentales el trabajo constituye el principal elemento.

Han comenzado a funcionar los talleres de sastrería y zapatería, después de algunos años de interrupción.

Asímismo, el gallinero modelo, seguramente el único en el país, levantado hace once años, ha sido destinado a casa de empleados, algunos con familia, impidiendo el establecimiento de una industria necesaria en el Hospital y el desarrollo de una ocupación más para los enfermos.

Se ha ordenado la salida de los empleados de ese local y pronto comenzará la crianza de aves.

Hemos establecido el registro de observación, requisito indispensable en los Hospitales como el nuestro y que todas las legislaciones pertinentes lo consignan. De haber existido hubiéramos dado respuesta sin la menor duda de hechos que han repercutido dolorosamente sobre el prestigio del Establecimiento.

El régimen alimenticio era monótono e insuficiente desde el punto de vista de la nutrición y permanecía ajeno a todo control técnico.

El servicio se ha mejorado notablemente, habiéndose establecido la diétetica debidamente organizada. En formulario especial, los médicos jefes hacen las prescripciones que creen convenientes.

He destacado a una enfermera dedicada a la vigilancia del régimen alimenticio y de la dieta en especial.

Además, reinaba en la cocina un gran desorden, había diversos tipos de alimentación, en que el peor era el de los enfermos del Régimen Común, y la atención desmedida del servicio de portaviandas para empleados que no tenían derecho alguno para tales preferencias, impedían que los cocineros se dedicaran a mejorar la confección y presentación de la comida para enfermos.

Se ha establecido el Servicio Social. Su radio se encuentra limitado, de acuerdo con las facilidades de comunicación. Este servicio

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

es de gran importancia. tiene por misión vigilar a los enfermos que acudan al Dispensario de Higiene Mental y a los egresados del Establecimiento, con el fin de contribuir a su mejor adaptación a la vida y controlar el tratamiento, desempeñando labor profiláctica de los actos antisociales en que puedan incurrir esta clase de enfermos. También se ocupa del estudio del ambiente y de recoger los datos para las historias clínicas. Servirá asímismo para mantener, dentro de los límites a que hemos hecho mención, el lazo entre el Hospital y las familias, y velará por la suerte de los enfermos que se encuentren en condiciones de ser dados de alta y no tengan recursos o amparo alguno, ayudándolos hasta donde sea posible.

En breve se instalará el Dispensario de Higiene Mental, que será atendido por los jefes de servicio.

Hasta la fecha ha funcionado un consultorio externo a cargo del doctor Honorio F. Delgado.

No es necesario probar la importancia de estos servicios que tienden a establecerse en todas las ciudades en donde la organización hospitalaria ha progresado, y que no sólo sirven para la asistencia y tratamiento sino que realizan verdadera obra profiláctica. Estos dispensarios deben de estar en relación directa con los otros servicios del Hospital: gabinetes de rayos X, diatermia, masaje, hidroterapia, electricidad, laboratorio y farmacia.

El Dispensario atenderá de preferencia, a los egresados en general y a los convalescientes, con licencia por diversas razones.

Asímismo funcionará una sección especial de neuropsiquiatría infantil.

Con el fin de que este nuevo servicio no signifique mayor gasto a la Sociedad de Beneficencia sugerimos la conveniencia de que se exija una módica retribución, excepto a los indigentes.

El personal auxiliar de asistencia, compuesto por enfermeros en número limitado y por los llamados guardianes, en proporción también inferior a las múltiples necesidades del servicio, ha constituido obstáculo poderoso al perfeccionamiento de la asistencia.

Hasta hace poco puede decirse que sólo había asistencia de día, y no en toda su amplitud. De noche los enfermos permanecían sin mayor atención, a pesar de que los enfermos mentales necesitan de mejor asistencia nocturna.

Hemos tratado de remediar tan grave falta. Se ha establecido en todos los pabellones el servicio de vela y existe una supervigilante de noche que controla constantemente. Pero estamos convencidos que no llenamos todavía todas las indicaciones aconsejadas por la asistencia científica de esta clase de enfermos.

Se ha solicitado relojes controladores para establecer mejor la vigilancia especialmente durante el servicio de vela.

El cuerpo de enfermeros cumple con sus obligaciones, y está compuesto por personas competentes, pero los guardiantes son empleados improvisados, con frecuencia de paso.

El personal sin preparación, constantemente renovado y en número inferior a las necesidades, impide de modo permanente que

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

pueda establecerse la asistencia de acuerdo con los preceptos científicos.

Para contar con la cooperación del personal preparado, es indispensable una escuela especial; por eso presentamos a la Sociedad de Beneficencia el correspondiente proyecto para establecer la Escuela Mixta de Enfermeros Especializados en Psiquiatría. El proyecto, aprobado ya en la Junta de Hospitales, contiene la reglamentación y el plan de estudios.

En el Hospital rige el Reglamento que la Sociedad de Beneficencia aprobó en 1919. Posteriormente a esa fecha, se han creado servicios y cargos que no se encuentran reglamentados, y subsisten disposiciones que no tienen aplicación alguna.

Como no es posible que un hospital de esta naturaleza e importancia, carezca de reglas y procedimientos, formulamos el proyecto de reglamento interno, que no sólo llena los vacíos del que rige sino que reorganiza el Hospital de acuerdo con las necesidades científicas y administrativas. Se establece perfectamente bien la división del trabajo, a fin de utilizar todos los elementos del cuerpo médico y del personal administrativo, bajo una sola dirección, aplicándolos rigurosamente en beneficio de los enfermos.

Consecuentes con la nueva organización, preparamos un plan standard, para el mejor estudio de los enfermos. Iniciaremos severo control sobre la investigación sistemática, a fin de que no suceda lo que por desgracia acontece hasta ahora, en que muchos enfermos carecen por completo de datos.

De acuerdo con nuestro plan, realizaremos censos mensuales, revisiones periódicas, tanto en el orden físico como en el orden psíquico, estudiaremos detalladamente a cada enfermo y estableceremos la terapéutica por la ocupación. Así conseguiremos que el personal de asistencia se preocupe constantemente de los enfermos, que haya supervigilancia médica, que termine la visita colectiva y que los empleados no pasen la mayor parte de su tiempo de simples espectadores y sin control alguno.

La visita nocturna de los médicos asistentes a los diversos pabellones, y en diferentes horas, ha sido de gran provecho desde el doble punto de vista científico y disciplinario y parece realmente extraño que no se haya llevado a cabo anteriormente. Los médicos pasan un parte de la guardia a la Dirección, que refleja claramente la necesidad de este servicio. Los partes se encuentran llenos de precisas indicaciones y de sugerencias dignas de ser tomadas en consideración.

Antes de ahora, los médicos asistentes no tenían por costumbre hacer guardias, y cuando se realizaban, éstas se reducían a pernoctar en el Establecimiento, atendiendo solamente los casos de urgencia cuando eran solicitados.

Deseosos de que cuanto antes termine el espectáculo doloroso que ofrece la presencia de niños mentalmente enfermos en los servicios del Régimen Común junto con los adultos, hemos pedido con carácter de urgente la creación de una sección es pecial, que deberá

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

constar por el momento de dos pabellones, en los que se pueda hacer las clasificaciones indispensables para la mejor asistencia de esta clase de enfermos, que no sólo necesitan de las prescripciones médicas sino de los cuidados de enfermeras y de maestros especializados, así como de locales apropiados en donde puedan llevar vida dedicada al trabajo metódico en un ambiente de disciplina, y en armonía con sus aptitudes psicofísicas.

También hemos solicitado la creación de un servicio especial para alienados llamados judiciales y para los peligrosos.

La manera como se lleva a cabo esta asistencia varía en los diversos países, pero todos los sistemas admiten el criterio de no perturbar, con los alienados denominados impropiamente criminales, el régimen de los hospitales psiquiátricos, en los cuales los enfermos deben gozar de libertad.

Por ahora se podría levantar dos edificios especialmente destinados a los hombres y mujeres.

Hasta la fecha siempre que se ha tratado de esta cuestión, así como la de los niños mentalmente enfermos, se ha pensado en servicios mixtos. No participo de esas ideas, por demás inconvenientes; la experiencia enseña que los servicios mixtos encierran peligros, no sólo por los enfermos sino de preferencia por los empleados. Esperamos que con el tiempo desaparezcan los servicios mixtos en este Hospital.

La asistencia de los enfermos mentales, no entró en la vía verdaderamente médica, sino cuando se separaron a los agudos de los crónicos, a los curables de los incurables, a los válidos de los enfermos, a los convalescientes, a los niños y a los epilépticos.

La congestión de los hospitales psiquiátricos, es uno de los problemas que más preocupa a los alienistas, pues dificulta el éxito de la cura e impide que la asistencia individial se ejerza en toda su amplitud.

El antiguo Manicomio del Cercado, el primero que se estableció en la República, se inauguró el 16 de diciembre de 1859, con 153 enfermos entre hombres y mujeres, habiéndose proyectado para recibir solamente 150. La capacidad se fijó teniendo en consideración el número de alienados en 1858, existentes en las loquerías de Santa Ana y San Andrés que eran 122, sin contar los que se asistían en sus casas, que ascendían en esa misma época a 84. Diez años después albergaba 247; y en 1895 cuando se proyectó el Manicomio central para más de 300 alienados, se encontraban confinados en ese local 330 enfermos. De manera que si se hubiese llevado a cabo ese proyecto, el nuevo establecimiento hubiera resultado estrecho, como lo es hoy este hospital, que proyectado para 600 enfermos, contiene en la fecha 1000. Hecho que dificulta notablemente la asistencia, además que perturba la disciplina y la vigilancia.

Existen servicios, como los del Régimen Común, en los cuales no se puede colocar una cama más. Así es que no es posible establecer la clasificación indispensable para la asistencia diferenciada.

Extá probado por la experiencia que los éxitos son mayores a medida que los servicios están más divididos, y que el número de curaciones disminuye cuando se encuentran sobrepoblados.

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

Hasta el presente, la asistencia de los psicópatas se encuentra en el mayor abandono.

Bajo la denominación de psicopatía se entiende el estado patológico de un individuo cuya resistencia física y psíquica está disminuida. En otros términos es una condición constitucional que presenta una desviación del tipo humano normal, en que se ha roto el equilibrio armonioso que ordinariamente existe entre las funciones de los centros nerviosos; la cooperación y la adaptación de esos centros es incompleta. Esta categoría de enfermos, puede ser dividida en muchos grupos, según los elementos afectados, pero la diferencia no es sino aparente.

Todos los enfermos interesan a la sociedad desde el doble punto de vista: deberes que cumplir y derechos que ejercer. Para los psicópatas, el interés social debe ser más grande aún que para los otros enfermos.

Tratándose de los alienados, se ha resuelto el punto. Para defender a la colectividad de sus efectos nocivos se permite el internamiento en lugares apropiados; pero para los psicópatas, no se ha tomado medida alguna, y en algunos países ni siquiera se ha pensado en su existencia.

La manera como se ha planteado la asistencia de los psicópatas es estableciendo salas especiales en los hospitales comunes, o servicios separados en los hospitales psiquiátricos, en donde el enfermo ingresa sin formalidad alguna.

Convencido de la importancia de la estadística, he comenzado a reorganizarla. Esta dependencia se ocupaba por lo general, en llevar simplemente el movimiento diario. Labor tan elemental no corresponde a la necesidad de su existencia, que además de servir de control indispensable en el movimiento general de los enfermos, debe de permitir estudios de orden social, especialmente relacionados con el Perú. La estadística médica y la demografía, analizan los fenómenos que afectan a las colectividades. La estadística es inseparable de la organización social, por ella progresan las ciencias de observación, y por medio de las investigaciones facilitadas por esta disciplina se puede conocer gran número de problemas de la medicina mental y de la asistencia de los alienados.

Hemos modificado algunos procedimientos, y se han uniformado los términos de rutina, habiéndose adoptado oficialmente la clasificación de Kraepelin, y para las enfermedades y causas de defunción la de Bertillón 1920.

Se ha cambiado el certificado de defunción, y se ha establecido el registro correspondiente que no existía en el Establecimiento.

El Oficial de estadística encargado del archivo, se ocupa en la actualidad de arreglar y clasificar los expedientes y cartillas de los enfermos, labor en la que se ha encontrado muchas dificultades, que dicen del descuido de este sector tan importante, si se piensa que el archivo de un hospital de esta naturaleza tiene gran significación médico-legal.

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

La infección tuberculosa del niño en Lima

Resumen de la conferencia sustentada en 11 de Julio de 1931, en la Sociedad Peruana de Pediatría.

Por el Dr. CARLOS F. KRUMDIECK

Entre los innumerables flagelos que amenazan al niño desde el nacimiento, constituyendo un grave peligro para la vitalidad de la especie, dos infecciones se disputan el triste privilegio de diezmar la niñez: la sífilis y la tuberculosis. Ambas atacan a sus víctimas, aunque en forma completamente distinta, desde las primeras edades.

La sífilis, en efecto, hace su presa desde el momento mismo de la concepción, siendo la responsable de la gran mayoría de abortos, partos prematuros, mortinatalidad y de las más altas cifras de letalidad en los dos primeros años de la vida.

La tuberculosis, en cambio, salvo rarísimas excepciones, no es concepcional, ni hereditaria. Por lo general, los hijos de padres tuberculosos nacen indemnes, pero se infectan por contagio después de nacidos, aumentando el peligro de la infección a medida que se avanza en edad y que se multiplican las posibilidades de contaminación.

El rol del contagio de la tuberculosis, hoy unánimemente aceptado es fundamental para la concepción de la tisiogénesis, siendo necesario para que el sano se infecte, que recoja del ambiente el agente productor de la enfermedad, es decir, el bacilo de Koch. Estudiando la tuberculosis del lactante, es como se ha podido llegar a determinar con precisión las fuentes de contagio.

Naciendo el niño indemne, para que se contamine se requiere que en su alrededor exista un tuberculoso bacilífero, encargado de sembrar el gérmen infectante. El niño expuesto diariamente al contacto con personas tuberculosas, bien pronto presentará manifestaciones evidentes de esa enfermedad. La exposición al contagio, es tanto mayor cuanto más íntimas son las relaciones del niño con el adulto enfermo, y en este sentido, es fácil explicarse el hecho, de que la madre tuberculosa infecte casi inexorablemente a su hijo sano, y la tuberculosis de éste será tanto más grave, cuanto más atacada esté ella. Como las relaciones de los niños con los padres, no son tan íntimas, el rol paterno en la diseminación de la bacilosis es más reducido, no obstante no ser desdeñable. Los hermanos, abuelos y otros parientes, conviviendo con los niños son también fuentes de contagio. Pero no sólo son los parientes los únicos que llevan el contagio a los niños; las nodrizas y sirvientes, son en número no reducidos de casos las responsables de la infección, particularmente en las clases acomodadas y en ciertas familias que por circunstancias

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

especiales, se ven obligadas a entregar sus hijos, para la crianza, a personas extrañas.

Al lado del factor contagio o infección específica, numerosos elementos accesorios entran en juego como circunstancias coadyuvantes para favorecer la contaminación del niño; tales: la deficiencia alimenticia, la falta de condiciones higiénicas y las enfermedades de todo género, que disminuyendo la resistencia orgánica, hacen de los niños una más fácil presa de la infección tuberculosa.

Los estudios llevados a cabo por Calmette en Francia, han demostrado que, para que la tuberculosis se produzca, es necesario una cantidad determinada de bacilos de Koch. El contacto de un lactante con una persona bacilífera, puede determinar dos hechos: o bien el número de gérmenes proyectado por el enfermo es escaso y el contacto entre éste y el niño es raro, en cuyo caso se producirá una simple infección latente; o bien el número de gérmenes sembrados por el enfermo es muy abundante y la convivencia entre él y el niño es muy íntima, en cuyo caso, no sólo se infectará, sino que se enfermará, haciendo por lo general, una forma aguda de tuberculosis. En los niños mayores, cuyas resistencias orgánicas son más fuertes y mejor orientadas, el contacto intermitente con el tuberculoso, infecta al niño creándole un estado de resistencia; en tanto que el contacto prolongado y una infección bacilar abundante, determina formas subagudas o con tendencias a la cronicidad.

Las investigaciones anatomopatológicas y clínicas hechas por los observadores hace más de 50 años, habían llevado al convencimiento de que la tuberculosis del adulto, tenía su origen en una infección contraída en la infancia, pues las autopsias revelaban en los individuos muertos de tuberculosis, la existencia de lesiones calcificadas, muy antiguas, y cuya iniciación, había tenido lugar, sin duda, en los primeros años de la vida. Este concepto anatomoclínico, dió origen al aforismo bien conocido de Behring de que «la tuberculosis del adolescente y del adulto, es una consecuencia de una infección ocurrida en la niñez».

El postulado anatomoclínico que acabamos de enunciar, demandaba la manera de hacer ostensible en el individuo aparentemente sano, la existencia o no de bacilos tuberculosos, habiéndole tocado a Clemente von Pirquet de Viena la gloria de descubrir este hecho. Estudiando Pirquet, la manera como se comportaban los individuos tuberculosos e indemnes de esta infección, ante la aplicación en los tegumentos escarificados, de pequeñas cantidades de tuberculina, ideó la reacción que con tanta justicia lleva su nombre y demostró plenamente la doctrina adelantada por los clínicos y patólogos, relativa al origen en la niñez de la primoinfección tuberculosa.

La prueba de la tuberculina de von Pirquet, basada en los fenómenos anafilácticos tiene como significación, la existencia de bacilos tuberculosos vivos en la economía, indicando su positividad infección tuberculosa, más no siempre tuberculosis activa.

La aplicación del método ideado por von Pirquet, fué de una gran trascendencia médicosocial, pues permitió establecer, sobre bases incontrovertibles, el hecho de que todos los individuos al nacer están exentos de infección tuberculosa y que con el correr del tiempo y la exposición al contagio van progresivamente infectándose a tal punto que a la edad de 18 a 20 años, casi el 90 % de los individuos reaccionan positivamente

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

a la tuberculina. Bien pronto estos estudios, relativos a la infección tuberculosa evidenciada por las pruebas a la tuberculina, se llevaron a cabo en diversos lugares del mundo, dándose a conocer en forma que no dejaba lugar a dudas, que, salvo variaciones dependientes de factores mesológicos, la infección tuberculosa, seguía un ritmo progresivo desde el nacimiento hasta la edad adulta.

Imbuído de estos conceptos, inspiramos a nuestro discípulo el Dr. Sebastián Alberto Nicolás, llevara a cabo estudios de las pruebas tuberculínicas en un gran número de niños desde recién nacidos hasta la edad de 15 años, con el fin de averiguar el índice de la infección tuberculosa del niño de Lima. En dos años de pacientes investigaciones, Nicolás llegó a obtener los siguientes resultados:

De 0 a 3 meses	0 %
„ 3 meses a 1 año	3,1%
„ 1 año a 2 años	9 %
„ 3 „ 5 „	40 %
„ 5 „ 10 „	61,5%
„ 10 „ 15 „	75 %

Estos resultados se obtuvieron sobre 800 niños, en los que se llevaron a cabo pruebas a la tuberculina por los procedimientos de la cutireacción de von Pirquet y por la intradermoreacción de Mantoux. El examen clínico de todos ellos no acusaba lesión orgánica, ni síntoma funcional alguno que pudiera considerarse como de naturaleza tuberculosa.

De los 800 niños examinados 398 pertenecían al sexo masculino y dieron 120 reacciones positivas, o lo que es lo mismo 33% de ellos se encontraban infectados. Los 402 restantes eran de sexo femenino, y dieron tan solo 95 reacciones positivas, o sea el 29,8% de infectadas lo que demuestra una mayor infección en los varones de 3,2%, hecho anotado por la mayor parte de los observadores que han llevado a cabo estudios de esta naturaleza.

A partir de la edad de 10 años, los varones se contaminan en proporción mucho mayor que las niñas. Antes de esa edad, existe cierto paralelismo, con una ligerísima ventaja para el sexo masculino.

Clasificó Nicolás sus observaciones en tres grupos, atendiendo a las posibles fuentes de contagio. En un primer grupo, consideró los que tienen antecedentes tuberculosos en la familia, pero que habitan ambientes higiénicos relativamente aceptables; operó en 290 niños de esta categoría, obtenidno 85 resultados positivos o sea un 28,9% de infectados. El segundo grupo lo constituyen niños sin antecedentes familiares de tuberculosis, pero que conviven con tuberculosos y en medios higiénicos más deficientes. Sobre 272 niños, obtuvo 72 resultados positivos, o sea una infección de 31,6%. Por último, en una tercera clase colocó a los niños sin antecedentes tuberculosos, que habitan casas higiénicamente buenas, pero que han sido víctimas de enfermedades anergizantes (sarampión, grippe, coqueluche, etc.) sobre 238 niños, obtuvo 58 reacciones positivas o sea el 28,9% de infectados. El estudio de estas cifras pone de relive que la convivencia de los niños con personas tuberculosas, en ambientes higiénicos deficientes, es la principal causa de difusión de la infección bacilar en Lima.

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

En lo que respecta a la distribución de la infección, con relación a las zonas urbanas y rurales de la Capital, es muy interesante anotar que la contaminación en la campiña es escasísima, pues sólo alcanza al 1%, lo que revela que la vida al aire libre juega un papel defensivo importantísimo. En los balnearios de los alrededores de Lima: Miraflores, Barranco, Chorrillos, y Magdalena, el índice de contaminación sólo llega al 5%. Los habitantes de las modernas urbanizaciones comprendidas en los sectores Oeste y Sudoeste, dan un índice de infección, igualmente bajo de 8%, debido a las condiciones higiénicas de esas urbanizaciones; su mejor ventilación, la existencia de numerosos parques y jardines, etc. etc., que permiten a los niños que habitan en esos lugares, hacer una vida más saludable. En cambio, en los barrios sobrepoblados de la capital, comprendidos en los distritos del Cercado, Rímac y La Victoria, particularmente los dos primeros, en los que las casas viejas en su mayor parte, son carentes absolutamente de condiciones higiénicas, el porcentaje de infección alcanza la cifra de 70%.

Por último, si comparamos las cifras obtenidas por Nicolás, con las de otros observadores, podemos ser optimistas, puesto que, no obstante las deficiencias higiénicas de Lima, la infección tuberculosa de nuestros niños, es menor que la señalada en otras metrópolis como Viena, París y Montevideo.

Si se considera la desigual repartición de la infección tuberculosa de nuestros niños, la que solo es alarmante en limitados sectores de la Capital, podemos abrigar la esperanza de que disposiciones sanitarias convenientes, puedan reducir en mucho nuestro índice de tuberculosis de la infancia.

Igualmente, llamamos la atención de los poderes públicos acerca de lo que significa que la tercera parte de los niños de Lima, estén infectados por el bacilo de Koch, para que se establezca entre nosotros la premunición de la tuberculosis por la vacuna de Calmete, cuyos brillantes resultados, se están palpando en diversas partes del mundo.

NINGUN HOMBRE ES CULPABLE POR EMITIR UNA OPINION DISTINTA DE LA DE OTRO.

VOLTAIRE.

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

Prensa Médica Francesa

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE PARIS

Sesion del 1°. de Mayo de 1931.

A PROPOSITO DE LA TUBERCULOSIS PRIMITIVA DEL URETER.—Le Fur muestra, al mismo tiempo que recuerda los casos de tuberculosis primitiva, que para que se produzcan estas manifestaciones tuberculosas es necesario: 1°. que existan bacilos de Koch en el organismo; 2°. que el órgano sea deficiente, ya sea por lesión congénita, por inflamación o estrechez, constituyendo de este modo un lugar de menor resistencia. La tuberculosis primitiva del ureter se produce siempre por vía sanguinea o linfática.

DE LA TECNICA DE LA GASTRECTOMIA.—Dupuy de Frenelle insiste sobre las ventajas del drenaje con láminas de caucho que son menos peligrosas para las suturas y forman un tabique más sólido que guía los líquidos hacia el exterior. El autor presenta un modelo de láminas de caucho en las cuales están implantados una serie de tubos irrigadores que facilitan el drenaje de la lámina por la irrigación de anti-virus, de caldos vacunas y de fermentos lácticos.

DE LA TECNICA DE LA GASTRECTOMIA.—Victor-Pauchet considera la gastrectomía en un tiempo como un procedimiento superior a la gastrectomía en dos tiempos; la primera da un 2% de mortalidad en los ulcus duodenales y en los ulcus yuxtapilóricos y 10% en los ulcus gigantes y en los que están situados en el tercio superior del estómago. El drenaje de las gastrectomías mejora las estadísticas, y está indicado en todos los casos agudos (perforación duodenal y gástrica). La operación de la gastrectomía en dos tiempos será favorable para el médico, puesto que el cirujano que tenga dudas podrá de este modo realizarla con éxito.

LUXACIONES CONGENITAS Y LUXACIONES PATOLOGICAS DE LA CADERA.—Lamy dice que se pueden confundir las imágenes radiográficas de estas dos lesiones, sobre todo si la artritis inicial ha pasado inadvertida. Los osteofitos son debidos a las artritis agudas; la gran atrofia del femur es poco frecuente en las luxaciones congénitas. La deformación de la cabeza y del cuello, en forma de hongo, se encuentra con la misma frecuencia que las otras deformaciones en la artritis, mientras que debe ser rara en la luxación congénita en la que el autor no la ha observado nunca.

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

CONSECUENCIAS TARDIAS DE LAS OSTEO-SINTESIS DEL NIÑO DE PECHO.—Roederer llama la atención sobre la necesidad de un diagnóstico precoz que permita una intervención y una vacunoterapia inmediatas. El autor ha tenido éxitos completos con este procedimiento. Estos éxitos varían según la naturaleza del agente patógeno y el grado de la lesión ósea. La radiografía muestra que si durante años permanecen en contacto las superficies óseas pueden luxarse ulteriormente y dar imágenes que se confunden facilmente con las que dan las deterioraciones articulares en la luxación de la cadera.

DOS CASOS DE EPIPLOITIS AGUDA.—Thevenard comunica dos casos de la epiploitis crónica que en el curso de su evolución han presentado una crisis de epiploitis aguda. En el primer caso la crisis aguda apareció después de un traumatismo operatorio, sección de una brida en el curso de una histeropexia, 16 años después de la apendicectomía y sin que en este largo intervalo haya habido ninguna manifestación. El segundo caso es el de una epiploitis aguda con apariencia de crisis de apendicitis aguda; en la intervención se encontró un apéndice totalmente escleroso y con lesiones cicatrizadas desde hacía mucho tiempo. El autor insiste sobre el interés que representa en el curso de toda intervención abdominal, el examen metódico del epiploon que se supone lesionado y sobre la necesidad, en caso de haber lesiones, de practicar su resección.

LA ELECTROLISIS CIRCULAR ENDOSCOPICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS CICATRICIALES GRAVES DEL ESOFAGO. — Guisez comunica dieciseis observaciones de enfermos tratados por estrecheces graves producidas por la absorción de líquidos cáusticos (lejía). En todos ellos la estenosis era de la llamada infranqueable, y seis habían sido gastrotomizados anteriormente. Gracias a la endoscopia se ha podido encontrar la pequeña abertura, resto de la luz esofágica y cateterizarla para restablecer el calibre del conducto. Pero sobre todo gracias al empleo sistemático de la electrolisis circular la dilatación ha podido aumentarse considerablemente. La electrolisis ataca directamente al tejido cicatricial sobre el cual ejerce una acción verdaderamente resolutiva.

REDUCCION SANGRIENTA DE LAS LUXACIONES DEL SEMILUNAR DEL CARPO POR VIA DORSAL.—Rafael Massart presenta un herido operado y curado que padecía una luxación del semilunar con fractura del escafoides y fractura cuneana del radio que producía trastornos de comprensión del nervio mediano. La intervención practicada 15 días después del accidente ha permitido, gracias al acceso dorsal, volver a colocar con facilidad el hueso en su sitio y movilizar los dedos y el puño, ocho días más tarde. El autor prefiere la reducción que es fácil por vía dorsal a la extirpación que se debe hacer por vía palmar.

TUMOR RETRO-PERITONEAL QUE COMPLICA UN EMBARAZO.—Thevenard presenta un tumor retro-peritoneal

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

del volumen de una cabeza de feto a término, de aspecto fibromatoso y muy vascularizado en su periferia. Este tumor insertado por un pedículo laxo por encima del promontorio a nivel de la bifurcación de la aorta, vino a complicar un embarazo que se terminó por una cesarea; fué necesaria la histerectomía para permitir la exéresis del tumor prolabado y enclavado en la pelvis.

FIBROMA UTERINO Y EMBARAZO.—Burty presenta una pieza operatoria de fibroma uterino. Este tumor que tiene numerosos núcleos, uno de ellos subperitoneal incrustado en la base del ligamento ancho derecho y su evolución se ha agravado durante el comienzo de un embarazo: uno de los nucleos estaba en vías de esfacelo. En el interior del útero se puede reconocer la placenta.

Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad

CELEBRADA EN WASHINGTON DEL 20 AL 25 DE ABRIL DE 1931

La Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad inició sus sesiones en la Ciudad de Wáshington el 20 de abril de 1931, en acto solemne presidido por el Director General de la Unión Panamericana, Dr. Leo S. Rowe.

De conformidad con el plan de trabajos, se procedió a elegir los funcionarios de la Conferencia siendo designados por aclamación los siguientes: Presidente Dr. Hugh S. Cumming; vicepresidente Dr. Gregorio Araoz Alfaro; secretario general Dr. Waldemar de Coutts; secretario ejecutivo Dr. Arístides A. Moll.

Resoluciones y Recomendaciones

La Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, después de deliberar sobre los diversos asuntos que figuraban en su plan de trabajo, aprobó las siguientes resoluciones y recomendaciones:

Navegación aérea.—Estudiado punto por punto el anteproyecto de Reglamento para impedir la difusión de las enfermedades trasmisibles mediante la Navegación Aerea que prepara un subcomité de la Oficina Internacional de Higiene Pública, y de aprobar varias modificaciones al texto, declara:

(*a*) Que en general se halla de acuerdo con el espíritu de la reglamentación, en particular con respecto a la necesidad de tomar

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

precauciones estrictas, pero razonables, en las zonas donde existen las llamadas enfermedades pestilenciales.

(*b*) Que, aunque reconociendo la conveniencia de evitar la repetición al aplicar medidas tales como desinfección, fumigación, desratización, detención de pasajeros y vacunación, no parece prudente imponer el gravamen de esas medidas en absoluto sobre el país donde existen enfermedades pestilenciales, ni aceptar sin reservas certificados redactados en el sentido de que ya se han aplicado todas las medidas necesarias, cuando ha lugar a dudas razonables acerca de si la nave, el personal o la carga, se hallan libres del peligro de transmitir una enfermedad pestilencial.

(*c*) Que reconoce la impracticabilidad de redactar medidas, excepto muy generales, tratándose de países ampliamente separados y de muy diversa extensión y densidad de población. Asimismo reconoce que las condiciones sanitarias y la frecuencia de las enfermedades pestilenciales, son factores constantemente variables, por lo cual no considera prudente aprobar reglamentos que no sean muy flexibles para el control de la propagación de dichas enfermedades.

(*d*) Recomienda, para consideración en la Conferencia a punto de celebrarse en París, las modificaciones propuestas por esta Conferencia, las cuales han sido formuladas tras cuidadosa deliberación de cada punto.

Control de enfermedades trasmisibles.— Después de amplia discusión y obtenida la opinión de los especialistas en el control de enfermedades trasmisibles del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, declara: que a medida que se conocen mejor las causas fuentes de infección y modos de transmisión de dichas enfermedades, es menor la necesidad de la desinfección terminal, siempre que en el curso de la afección se hayan tomado las medidas necesarias para impedir su difusión, sobre lo cual pueden servir de guía las condiciones y publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana; y a símismo recomienda la hospitalización de los casos contagiosos y la creación de servicios de enfermedades especializadas.

Normas para productos biológicos.—Con miras a obtener la mayor seguridad y eficacia en el tratamiento de las enfermedades en que se emplean sueros, vacunas y determinados productos químicos y opoterápicos, aconseja la normalización de los preparados de esa clase, de acuerdo con las técnicas más apropiadas, que deberán ser dadas a conocer por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana a todos los servicios sanitarios de los países del continente; y vista la resolución de la Sexta Conferencia Internacional Americana de 1928 propone la convocatoria, bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana, de una conferencia que estipule las normas o standars que puedan servir de guía a todos los institutos americanos que se especializan en la preparación y control de productos biológicos.

Educación higiénica.—Con el objeto de mejorar las investigaciones científicas y médicas en la América, recomienda:

(1) Que se facilite el intercambio de especialistas en diferentes actividades científicas, a fin de estudiar en los diversos países sus métodos de investigación médica;

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

(2) Que se conceda becas para ayudar a la educación de especialistas, o para su perfeccionamiento;

(3) Que el intercambio científico se reglamente de tal manera que los individuos especializados, a solicitud del departamento interesado, puedan dictar conferencias en otros países; y

(4) Que los institutos que fabrican sueros y vacunas, en casos de emergencia, se presten mutua ayuda.

Fiebre amarilla.—Declara que la fiebre amarilla constituye un posible peligro para la sanidad del continente, y vista la declaración hecha en su seno por el Dr. F. F. Russell, de la Fundación Rockfeller, sobre "la amenaza potencial que aun representa dicha enfermedad en todos los países donde existen condiciones propicias a su desarrollo" invita a los Gobiernos a mantener estrecha vigilancia sobre esta enfermedad y sus focos potenciales; recomienda que se prosigan los estudios destinados a la investigación de dichos focos, tales como las experiencias realizadas por la Fundación Rockefeller, y hace votos para que continúen esos trabajos hasta ser coronados por el éxito; y asímismo indica a los Gobiernos que, dada la importancia y utilidad de dichos trabajos, presten las facilidades necesarias para que puedan culminar en resultados definitivos.

Lepra.—Que la IX Conferencia Sanitaria Panamericana considere como tema la lepra, y en particular la manera de encarar el problema de su profilaxia.

Ofidismo.—Con conocimiento de las numerosas víctimas que entre los trabajadores del campo, y aún entre los exploradores científicos hacen las serpientes venenosas, recomienda:

(1) La expedición de leyes contra el ofidismo, en cuya virtud el Estado y los Municipios queden obligados a tener sueros antiofídicos de eficiencia reconocida, para proporcionar gratuitamente a las gentes pobres mordidas por serpientes venenosas, cuando estas gentes no son trabajadores de fincas, en cuyo caso es el propietario el obligado a tener el depósito de sueros.

(2) Hacer una campaña educativa en el sentido de popularizar el empleo de sueros científicamente preparados, poniendo así límite a la explotación de los profanos con procedimientos charlatanescos.

(3) Asimismo, atendiendo a lo expuesto por el delegado de México, que se haga extensiva esta lucha a la preservación y asistencia de los mordidos por arañas y alacranes.

Oftalmía del recién nacido.—Con el objeto de luchar contra la oftalmía del neonato, recomienda a los Gobiernos que no lo hayan hecho, que intensifiquen la campaña educativa sobre el particular, y proporcionen gratuitamente a quienes lo soliciten, y en especial a las comadronas, los preparados medicinales reconocidos útiles, en envases adecuados.

Oncocerciasis.—Reconociendo la extraordinaria gravedad que reviste la oncocerciasis, según han expuesto los delegados de México y Guatemala, y visto el peligro potencial que entraña su prevalecencia, recomienda que la Oficina Sanitaria Panamericana consulte a las autoridades sanitarias de dichas dos Repúblicas para averiguar si estarían dispuestas a aceptar la ayuda de las instituciones de otros países americanos en las investigaciones de la enfermedad.

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

Peste.—En posesión de los datos suministrados respecto a la desaparición de la peste en ciertas localidades del Pacífico, en las cuales se ha llevado a la práctica un meditado plan científico de desratización, resuelve que la Oficina Sanitaria Panamericana comunique a los Gobiernos de los distintos países, por medio de sus organismos competentes, el éxito de esta campaña, y la posibilidad de llegar a la extinción práctica de la enfermedad en el continente, manteniendo en los presupuestos los recursos necesarios.

Paludismo y uncinariasis.—Considerando que un gran número de los países situados en el trópico americano tienen que luchar intensamente contra el paludismo y la uncinariasis y que estas enfermedades esencialmente anemizantes causan numerosas víctimas y arruinan por miseria orgánica a grandes poblaciones, propone que el "saneamiento rural" sea considerado como tema de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana.

Tuberculosis.—Dada la constante preocupación que ocasiona en todos los países de América el desarrollo de la tuberculosis, y la necesidad de reducir los elevados índices de mortalidad, resuelve incluir en el programa de la IX Conferencia Panamericana el tema de la lucha contra la enfermedad, y en particular la vacunación antituberculosa, debiendo continuar la Oficina Sanitaria Panamericana la publicación en su Boletín de aquellos informes o trabajos, que, a su juicio, aporten nuevos datos en esta materia.

Vacuna antivariólica.—La Conferencia en vista de diversas comunicaciones sometidas a su examen, recomienda que en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, se estudien los métodos más recomendables de la vacunación antivariólica, así como la producción de los virus más inocuos y eficaces.

Enfermedades venéreas.—Para luchar contra la sífilis congénita, recomienda:

(1) Insinuar a las embarazadas o puérperas que concurren a clínicas públicas o privadas, centros preventivos de salud, etc., la conveniencia de que se les practiquen exámenes serológicos.

(2) Instruir a las matronas para que sepan recoger la sangre transplacentaria.

(3) Señalar la conveniencia de que las matronas coadyuven en la propaganda entre las embarazadas, acerca de las ventajas de un examen serológico precoz.

(4) Recomendar se practique la autopsia de los natimortos y el examen serológico de la madre.

(5) Dictar leyes que establezcan la responsabilidad de los padres por la salud física, psíquica y moral de los hijos.

Asímismo, con el fin de esclarecer la morbilidad venérea, una de las más altas y permanentes en todo el mundo, y especialmente en las Américas, recomienda:

Incluir en el programa de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana el tema, a fin de que se estudien los medios profilácticos y sociales, más adecuados para luchar contra estos males transmisibles.

Eugenesia.—Ante la importancia cada vez mayor que va revistiendo en varios países del mundo la cuestión de la eugenia, declara

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

que sería de suma importancia la discusión de este asunto en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana.

Demografía sanitaria.—Establecido de manera indiscutible el valor cada vez mayor de los datos demografo-sanitarios para los servicios de salud pública, aconseja que la IX Conferencia Sanitaria Panamericana discuta el asunto, con miras a que se creen tales servicios en los países que no los poseeen todavía, y se amplien en los que ya los tengan.

Aguas potables.—En vista de la importancia que tiene en la higiene pública de las Américas la dotación de aguas potables y de canalización de las aguas servidas, reitera la declaración de que estas obras deben hacerse bajo la dirección o con el concurso de las autoridades sanitarias, a fin de que la utilidad de ellas se traduzcan en el mejoramiento de la salud, en la reducción de la mortalidad general e infantil y en la disminución o desaparición de determinadas enfermedades tales como las llamadas de origen hídrico, y aun hasta la fiebre amarilla.

Asímismo, hace votos porque se establezcan sistemas uniformes que permitan el examen científico de las aguas, desde el punto de vista de sus calidades bacteriológicas, químicas, físicas y geohidrológicas.

Recomienda para este objeto los métodos adoptados por la Asociación Americana de Salud Pública.

Nutrición y alimentación.—Teniendo en cuenta la iniciación de las actividades relacionadas con la nutrición y la alimentación en algunos países de América, resuelve:

(1) Recomendar a los Gobiernos que aún no lo han hecho, el estudio de estos problemas con sus derivaciones prácticas; que continúe el Boletín de la oficina dando a la publicidad los trabajos realizados en el continente, para facilitar el intercambio de los conocimientos adquiridos y que el tema figure en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

(2) Por las facilidades encontradas en los Estados Unidos de Norteamérica en el estudio de los problemas mencionados, emite un voto de reconocimiento para los investigadores científicos y representantes de la sanidad pública, así como a las instituciones que presten su contribución para resolver este importante problema médico-social.

Leche.—La Conferencia recomienda que todo cuanto atañe a la higienización y pasteurización de la leche quede bajo la autoridad de los servicios nacionales de sanidad.

Narcóticos.—Considerando el problema de la limitación y control del uso de estupefacientes (narcóticos), resuelve:

Que deben hacerse perseverantes, crecientes y cooperativos esfuerzos para suprimir el abuso de estupefacientes (narcóticos). Con ese fin recomienda el control y reglamentación legal de la producción de esas drogas, y aprecia la necesidad de la cooperación de todos los países, del intercambio de información entre los respectivos Gobiernos, con el objeto de impedir el tráfico ilícito en esos productos; de prevenir su introducción clandestina en los varios países interesados y de limitar su empleo a fines médicos y científicos.

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

Recalca la necesidad de limitar la manufactura de dichas drogas a las necesidades medicinales y científicas, a fin de que todos los países se vean librados de la amenaza que entraña el tráfico ilícito en esos productos, y considera su control como un asunto de la mayor importancia, para discusión en las conferencias subsecuentes.

Recomienda asimismo, tomar en cuenta la situación especial de los países americanos productores de coca, a fin de que adopten un régimen tal como el de estancos o monopolios oficiales de esta substancia, para la moralización del comercio internacional, colocando tal tráfico bajo la autoridad directa y responsable del Estado; e invita en consecuencia a los países productos a examinar esta sólución de positivo beneficio no sólo nacional sino americano y mundial.

Recomienda igualmente en los convenios internacionales sobre narcóticos se incluyan disposiciones tales como:

(*a*) prohibir el envío de narcóticos a otros países sin la autorización, en cada envío, de las autorisades sanitarias del país a que se envíen;

(*b*) prohibir el envío por paquetes postales;

(*c*) notificar a todos los países de cada contrabando que se encuentre y su procedencia, a fin de que puedan ser castigados los que lo hubieren enviado, o anular sus actividades;

(*d*) notificar cada país las inclusiones que haya hecho en la lista de los narcóticos;

(*e*) derecho de cada país para tomar todas las medidas adicionales que crea necesarias para su seguridad;

(*f*) conveniencia de intercambio de notificación de esas medidas locales, así como de la prohibición total de la introducción de alguna droga o de algún producto sintético capaz de producir hábitos.

Y constituyendo el consumo ilícito de narcóticos y estupefacientes factor importante en la destrucción física y moral de la juventud, recomienda, asimismo, que todos los países de América se preocupen, preferentemente, de orientar la opinión por medio de una amplia campaña de cultura sobre los daños inmensos derivados de estas prácticas.

Organización sanitaria.—Recomienda a los Gobiernos de los países que componen la Unión Panamericana, lo siguiente:

(1) La creación de escuelas de higiene y sanidad públicas y de organismos docentes similares para preparar en ellos el personal que debe atender los servicios de higiene.

(2) Los cargos oficiales de la higiene pública deberán ser provistos con personas especializadas, que sean ganrantía tanto para la salud pública de sus respectivos países, cuanto para la de los demás. La magistratura sanitaria así organizada será base sólida para el progreso de la higiene continental.

(3) Cada país americano deberá con este objeto crear sus escalafones sanitarios.

(4) Estas recomendaciones se darán a conocer por la vía correspondiente a la VII Conferencia Internacional Americana que deberá celebrarse próximamente en la ciudad de Montevideo a fin de incorporar estas normas a la vida política de las naciones del

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

Nuevo Mundo, como garantía para la conservación y mejoramiento de la salud pública en América.

Presupuestos de sanidad.—Recomienda a los Gobiernos que destinen, en la medida de sus posibilidades, la mayor cantidad posible para gastos de salubridad, y que a los temas de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana se agregue la formulación de una base *per capita*, que puedan utilizar los Gobiernos al fijar sus presupuestos de sanidad.

Asistencia hospitalaria. — Considerando que la asistencia de los niños, de las madres, de los enfermos, de los ancianos y de los alienados, constituye parte importantísima de la acción sanitaria; que si es cierto que en muchos países de América ya existe la más amplia correlación entre la labor de asistencia y la de profilaxia, y aun en algunos bajo el régimen de un Ministerio de Sanidad y Beneficencia, estas actividades forman un todo, con evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, existen otros países en donde dichas actividades se mantienen bajo direcciones diferentes, que a veces resultan en la práctica antagónicas; que es de indiscutible provecho que la asistencia se incorpore a la actividad sanitaria, ya que a menudo se confunde con ella, propone: que en los países que todavía no lo han efectuado, se procure la coordinación de todas estas actividades, poniendo los hospitales, maternidades, hospicios, asilos y demás servicios de asistencia, bajo la inmediata dirección o, por lo menos, supervigilancia, de los servicios oficiales de sanidad; y que en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana se incluya este tema, entre los que habrán de ser estudiados de preferencia.

Protección de la infancia y de la maternidad.—CONSIDERANDO: (*a*) La trascendencia que para países nuevos y poco poblados, como son casi todos los de América, tiene la eficaz protección de la infancia y de la maternidad, con el objeto, no sólo de salvar la vida del mayor número posible de niños, sino también de formar generaciones sanas y vigorosas ; (*b*) Las altas cifras de mortalidad infantil, que aun afligen a la mayoría de los países americanos, muy diferentes de la de aquéllos que se han preocupado de organizar en forma eficiente la defensa y asistencia del niño y de la madre; (*c*) La pérdida de esfuerzos y de dinero que en muchos países de América ocasiona la falta de coordinación entre las múltiples instituciones benéficas que se ocupan de la madre y del niño, y la ausencia de una dirección central que las oriente, correlacione y perfeccione;

RESUELVE: Recomendar con particular insistencia a los Gobiernos de América que aun no hayan resuelto satisfactoriamente este trascendental problema médico-social, la organización, en sus servicios oficiales de higiene, en forma definitiva, de la protección y asistencia al niño y a la madre, de acuerdo con las normas científicas y prácticas bien establecidas ya en los últimos años, y bajo la dirección técnica de un departamento u oficina diferenciada, que centralice y estudie el problema ampliamente en todos sus aspectos, prepare y ejecute un plan completo de acción, y establezca la coordinación necesaria entre todas las instituciones privadas y oficiales que trabajan en pro de la maternidad y de la infancia,

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

Servicio de Higiene Social.—Recomienda a los diversos países la necesidad urgente de crear servicios de higiene social, imprescindibles en la actualidad para facilitar la aplicación de los medios científicos descubiertos por la medicina preventiva, pues al conocimiento de los hechos que atañen al mundo interior o individual de los seres humanos, es necesario asimilar los conocimientos que derivan del mundo circundante o circunstancial donde esta humanidad desenvuelve sus actividades.

Código Sanitario Panamericano.—Para el perfeccionamiento de las relaciones internacionales de la higiene en América, cree conveniente que en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, se estudien los artículos del Código Sanitario Panamericano que no se hayan aplicado por alguna razón, o aquéllos que hayan sido objeto de reservas por algunos Gobiernos signatarios, a fin de introducir en este pacto las interpretaciones que permitan su mejor ejecución.

PROGRAMA DE LA IX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA.

Oído el parecer de la comisión de preparación del programa de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, recomienda que se incluyan estos asuntos en el programa de dicha Conferencia, los cuales figuran entre los que han recibido más votos de los países consultados:

(1) Hospitales; (2) Lucha contra las enfermedades venéreas; (3) Vacunación antivariólica; (4) Paludismo; (5) Estupefacientes y especialidades farmacéuticas; (6) El problema de la alimentación popular en América; (7) Leche; (8) Enfermedades tropicales; (9) Peste; (10) Higiene escolar; (11) Eugenesia; y (12) Tuberculosis y en particular, vacunación antituberculosa.

La sesión de clausura se efectuó el 25 de abril de 1931.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DE DIRECTORIO

Bajo la presidencia del Dr. Guillermo Fernández Dávila, celebró sesión la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

En relación con el acta de la última sesión, el Dr. Merino Reyna manifestó que sobre la enseñanza de la psicología infantil en la Escuela Normal de Mujeres, convenía exponer al Ministro de Instrucción la necesidad de intensificar esa enseñanza en las escuelas normales de provincias.

Se tomó conocimiento de la revisión que ha efectuado la comisión nombrada, en el balance presentado por el señor tesorero

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

de la institución, correspondiente al año 1930, acordándose aprobarlo y aplaudir el celo de la tesorería.

La señora Antunez de Mayolo refiriéndose al proyecto de celebrar un concurso de habitación higiénica en los barrios populares de la ciudad, dijo que con ese fin se había formado una institución denominada "Centro de Propaganda de Higiene Infantil", que se proponía recibir previamente la instrucción necesaria para que sus miembros se capaciten para llevar a cabo el trabajo social que significa visitar la habitación del pobre con fines de propaganda higiénica.

La Institución se enteró que por empeño particular del Juez de Menores de Lima, Dr. Fernando Quevedo, la menor hija de un recluso de la Penitenciaría Central, se encontraba colocada bajo la tutela de ese juzgado, librándola así de los peligros del abandono moral y material en que podía caer. Se acordó expresar la viva simpatía que suscitaba esta actividad diligente del señor Juez de Menores de esta ciudad.

A propuesta de los doctores G. Fernandez Dávila y Carlos Bambarén, se aceptó como socio activo de la institución al Dr. Fernando Quevedo.

Se resolvió que el tercer jueves de cada mes se celebren las reuniones de la institución, a fin de que todos sus miembros sepan con anticipación la fecha de las sesiones.

El Dr. Bambarén manifestó que convenía que la institución deliberase sobre la ventaja que reportaría si la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social se colocase bajo el alto patronato de la Universidad Nacional de Lima, a fin de darle más horizonte intelectual a los acuerdos y a la labor de propaganda higiénico-social que lleva a cabo la institución. Después de un cambio de ideas se acordó dirigirse a la Universidad de Lima ofreciéndole la cooperación de los miembros de la Liga en la labor de extensión cultural que está llevando a cabo el primer centro intelectual del país, expresándose también que convenía manifestar a la Universidad que en la segunda semana de octubre se debe llevar a cabo la "Semana de Salud" y que con tal fin se solicitaba confeccionar un programa de higiene social que desarrollarían desde la tribuna universitaria los miembros de la institución.

Se designó a los doctores Bambarén, Merino Reyna y Algorta para que preparen con la debida anticipación el programa de actuaciones de divulgación de higiene social, durante la "Semana de Salud".

Se contempló la conveniencia de preparar un modelo de afiches que señale a los niños los peligros que encierra comer alimentos y golosinas que se expenden en la vía pública sin la debida protec-

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

ción higiénica. Estos afiches se distribuirían y colocarían en las escuelas fiscales de la ciudad.

Comprendiendo todo el interés que tiene la campaña emprendida por la Sociedad de las Naciones para controlar la producción y el tráfico ilícito del opio y demás tóxicos estupefacientes y que conviene que el Perú se afilie a esta cruzada que se lleva a cabo en el mundo para defender los más nobles ideales de defensa de la raza y teniéndose en cuenta que el "Comité del Opio" en la reunión llevada a cabo en el mes de febrero de este año, ha lamentado que el Perú no haya suscrito hasta el presente el convenio acordado en Ginebra en 1925, para combatir con carácter mundial el uso indebido de las sustancias narcóticas y tóxicas, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social acordó dirigirse a la Dirección de Salubridad Pública manifestándole la conveniencia de que por conducto oficial pida al Ministerio de Relaciones Exteriores la adhesión del Perú al convenio de Ginebra de 1925, a fin de que nuestro país se obligue a cumplir lo que dispone ese convenio, y de este modo se haga una eficaz campaña contra el tráfico ilícito de estupefacientes que se realiza actualmente en el Perú, con grave detrimento para los individuos y con inmensos perjuicios para la raza.

Además se consideró la inconveniencia de que el Perú aparezca como rehacio a la actividad mundial que lleva a cabo la Liga de las Naciones contra el tráfico del opio, pues así se desprende de no haber suscrito hasta la fecha el convenio de Ginebra, que en los últimos días del mes de mayo acaba de ser revisado para poner mayor severidad y acierto en sus disposiciones contra el tráfico ilícito de estupefacientes, que en el período comprendido entre 1925 a 1930 ha tenido un comercio ilícito de 45 toneladas de sustancias narcóticas, que han ido a envenenar en forma despiadada a la humanidad que sigue la práctica nefasta de la toxicomanía.

Se inició el estudio y discusión de los conceptos y doctrinas de higiene social, que conviene condensar e incorporar a la Constitución del Estado, que dictará la próxima Asamblea Constituyente, que debe volver al país al cauce de la legalidad y las leyes, dado que es necesario dejar escuchar la voz de la ciencia en los debates que se susciten en esa asamblea, a fin de que la Constitución del Perú aparezca como un organismo moderno, fruto del pensamiento y de la ciencia de la época.

Se acordó otorgar un voto de aplauso a la Dirección de Salubridad por su acertada labor al impedir el ejercicio de los herbolarios asiáticos y la venta de hierbas que emplean los mencionados herbolarios, toda vez que esta obra significa una lucha contra el empirismo curativo y un esfuerzo muy laudable por defender la salud y la vida de la colectividad, víctima de la susperstición, el sortilegio y la taumaturgia.

Después de lo cual se levantó la sesión.

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

Bibliografía

MEDICINA Y CIRUGIA DE URGENCIA por los Drs. Codina Castellvi, Bravo y García, Laguna Serrano y otros.—Un volúmen de 262 páginas.—*Editorial Javier Morata.*—Madrid 1930.—15 pesetas.

Tabla de materias:

Prólogo, por el Dr. Codina Castellvi.—Introducción, por los Médicos de Guardia.—Conducta a seguir en la apendicitis aguda, por R. Bravo y García.— Gangrena pulmonar y su tratamiento mediante inyecciones intratraqueales de neosalvarsan, por C. Laguna Serrano.— La oclusión intestinal aguda, por A. Hidalgo y Fernández Cano.— Mastoiditis aguda, por A. Sánchez Rodríguez. — Dilatación aguda de estómago, por G. Arcos y Castro.—Perforaciones gastrointestinales, por R. Saldaña Debesa.—Tratamiento de las contusiones del abdomen, por M. Gutierrez Guijarro.— Indicaciones terapéuticas en los traumatismos craneoencefalíticos, por F. Sanz de Frutos — Estudio crítico de los diferentes modelos de forceps, por F. Carsi Becares. — Parto y malformación fetal, por E. Parache Guillén.— Estadistica general y gráfica.— Estadística operatoria.

EL CUADRO HEMATICO Y SU VALOR EN CLINICA por el Prof. Victor Schillin—*Editorial Labor.*— Barcelona 1931.

Consta la obra de 364 páginas con 300 hemogramas y láminas todo ello esmeradamente impreso y encuadernado en tela, constituyendo un libro de presentación excelente.

Su contenido científico es extenso, constituye un compendio técnico teórico y práctico del examen microscópico de la sangre. La primera parte comprende la técnica hematológica; en la segunda se estudia la teoría del origen de los cuadros hemáticos combinando sistemáticamente los tipos que aparecen; la tercera da reglas fundamentales para la sintomatología y pronóstico, así como una hojeada a los detalles diagnósticos del cuadro hemático utilizables especialmente en clínica, incluyendo los parásitos; en la cuarta parte se hace un resumen de aplicaciones prácticas interesantes del hemograma. Dos índices, uno alfabético por enfermedades y otro alfabético general de materias, completan la obra, que creemos ha de ser utilísima para los estudiosos.

EL CHANCRO BLANDO, SU SINTOMATOLOGIA, COMPLICACIONES, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, por el Dr. G. Millian.—Un vol. de 52 páginas.— *Editores: Gaston Doin y Cie.*—París, 1931. —20 francos.

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

El chancro blando es desde hace unos años en Francia, de relativa frecuencia, y por ello el autor ha creído reunir en esta monografía todo lo que a esta enfermedad venérea concierne.

En las páginas que analizamos se estudian con absoluto detalle y precisión su sintomatología, diagnóstico y tratamiento, procurando incluir en el trabajo todas las aportaciones de la venereología moderna.

El autor de larga práctica hospitalaria y profundos conocimientos del tema ha logrado completamente el fin que se propuso.

LA CIATICA por el Dr. J. A. CHAVANY.—Un vol. de 50 páginas.— *Editores: Gastón Doin y Cia.*—París 1931.—18 francos.

La ciática constituye sin duda uno de los más interesantes problemas de la patología dorolosa.

En una brillante exposición de hechos clínicos el autor hace notar todas las dificultades de un diagnóstico preciso y que pareciendo de una sencillez absoluta en un principio tórnase relativamente complicado. El autor analiza minuciosamente cada una de las formas anatómicas, así como su sintomatología, en una serie de cuadros clínicos que constituye un resumen de la patología raquídea inferior. La primera parte de la obra se concluye con un estudio detallado de la pseudo-ciática.

En la segunda parte se analiza el tratamiento de la ciática, estudiando los íntimos detalles de la técnica y de los diferentes métodos, presentando una exposición imparcial como fruto de la experiencia del autor.

Profusamente ilustrado este trabajo y con magníficas radiografías relacionadas con la parte clínica del texto; diversos esquemas aclaran también las nociones terapéuticas.

PRURITOS Y PRURIGOS por el Dr. LUCIEN HUDELO.—Un vol. de 40 páginas.—*Editores: Gastón Doin y Cie.*—París 1931.—15 francos.

La cuestión de los pruritos y prúrigos, es uno de los capítulos de la Dermatología, que más se prestan a discusión desde hace un siglo.

El autor en su trabajo pretende salir al paso de ésta y se esfuerza en aclarar las incógnitas que el problema ofrece, procediendo en su estudio sintomático y diagnóstico desde lo simple a lo compuesto, analizando igualmente su etiología y sus numerosas terapéuticas, procurando por último hacer un resumen de éstas y especificar aquellas medicaciones que para cada variedad mejor responden.

Trata, en fin, de reunir unos datos precisos y prácticos que signifiquen un guión en la conducta a seguir por el médico ante estos estados dermatológicos, que cada día son más frecuentes por los desórdenes sociales de la época actual.

TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA INFANCIA por los Dres. ERWIN GOHRBANT, PAUL KARGER Y

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

ERNEST BERGMANN.—Un volumen de 738 páginas.—*Editorial: Manuel Marin.*—Barcelona 1931.—En rústica Ptas. 60.—Encuadernado Ptas. 65.

Esta obra nacida de la colaboración estrecha del cirujano con el pediatra, ha resultado perfecta.

La obra de los profesores Gohrbandt y Karger, basada en una copiosa experiencia clínica y dando a las cuestiones puramente pediátricas la importancia de primera línea que deben tener apara el feliz resultado de la terapéutica quirúrgica, puede considerarse como la primera.

Entre nosotros, la cirugía infantil está, en general, en manos de los pediatras y cirujanos generales. Los primeros encontrarán en ella estrechamente unidas las cuestiones médicas y quirúrgicas que son familiares y esta unión facilita el trabajo de consulta y le da la indispensable homogeneidad. La colaboración en la obra de un cirujano general, pone a nuestro alcance cuestiones de alta cirugía que nos proporcionan valiosas enseñanzas. Los segundos, familiarizados con los procesos quirúrgicos y las técnicas operatorias, encontrarán unidos a estos los conocimientos pediátricos indispensables para poder establecer con acierto las indicaciones operatorias. Las particularidades clínicas privativas de la edad infantil; los estados constitucionales y, sobre todo, los consejos de alimentación del lactante y niños pequeños, tratado de mano maestra, le serán de gran utilidad pues le evitarán tener que consultar los tratados especiales de Pediatría.

Para el alumno que debe hermanar los estudios pediátricos, médicos y quirúrgicos, esta obra es indispensable.

Por todas estas razones hay que elogiar y recomendar vivamente este libro, admirablemente presentado por Manuel Marin de Barcelona.

La Medicina es el arte de llegar a una conclusión, partiendo de indicios insuficientes. La conclusión es el diagnóstico.

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

El primer caso de Sprue señalado en el Perú

Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina de Lima

Por el Dr. CARLOS MONGE M.

Con cierta frecuencia me ha sido dado encontrar síndromes diarreicos en que, descartando todo factor infeccioso causal (amebas, lamblias, espirilos, etc.), he debido pensar en la Diarrea Tropical por la aparición de cámaras blanquecinas, pastosas, con el tipo de la diarrea fermentativa de hidrocarbonados y anemia, pero sin llegar a adquirir aquellos caracteres cardinales del Sprue del que, según Low, no se conoce mejor definición que la dada por Sir Patrick Manson, a saber: "es una grave y peculiar inflamación catarral del canal alimenticio, asociada generalmente con perturbaciones de la función cologénica del hígado y probablemente de las funciones de las demás glándulas de la digestión." Es posible que la cristalización de estos síndromes diarreicos no se produzca en nuestro medio, en razón de la circunstancia de que el clima del Perú en la mayor parte de su región costanera es subtropical, pues la corriente de Humbolt procedente del Polo Sur modifica enteramente la temperatura de la Costa en su mayor extensión. Apenas si al norte queda el Departamento de Piura y la Provincia litoral de Tumbes con clima totalmente tropical. Pues bien, procedente de Piura he podido identificar un caso de Sprue que paso a describir por ser el primero señalado en la Costa occidental de Sud-América.

Historia.—El enfermo L. A., de 57 años de edad, nacido en España (Vizcaya), llegó al Perú el año de 1888, radicándose en el Departamento de Piura, zona enteramente tropical. En sus antecedentes merece consignarse haber sufrido de Fiebre amarilla en 1891 y amigdalitis repetidas que lo obligaron a operarse en 1913. No acusa antecedentes venéreos. Su historia familiar no ofrece nada de interes. Casado hace 24 años, tiene 4 hijos sanos.

Gozando siempre de expléndida salud y dedicado a labores agrícolas ha llevado a cabo una vida activísima, de 1913 a 1929.

Hace aproximadamente año y medio se vió acometido de una diarrea post-prandial, líquida, biliosa, que sobrevino bruscamente y que en los días sucesivos se hizo mucho mas frecuente, ocasionándose un cuadro disentérico con cámaras con moco y sangre. Al mismo tiempo aparecía un borborismo insoportable e intenso meteorismo que solo se aliviaba con la expulsión de gases. En esta forma y con muy ligeras remisiones se mantuvo este cuadro por dos meses, sin que

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

diversos tratamientos antidisentéricos dieran resultado alguno, pues si bien es cierto que aunque de vez en cuando presentaba cámaras sólidas, el enflaquecimiento que acompañó a la enfermedad desde el comienzo del mal continuó progresivamente. A mediados de 1930 su condición era precaria. El cuadro morboso se hizo mas expresivo. El número de cámaras de redujo a 3, 4 o 5 al día, extraordinariamente abundantes. El enfermo insiste repetidamente en este caracter particular de la cantidad "muchas veces superior a lo que ingería". Eran pastosas, espumosas, de un marcado olor de fermentación ácida. Con frecuencia aparecían amarillentas, casi blancas "como si le faltara la bilis", según su expresión. Apareció un intenso meteorismo que distendía considerablemente el vientre. Casi desde el principio de la enfermedad se quejó de un ardor a la lengua que mas tarde se extendió al recto. El adelgazamiento contemporaneo de la iniciación del mal continuó acentuándose, acompañado de una sensación de fatiga física que lo invalidó para el trabajo que al fin hubo de abandonar. Se acusó al mismo tiempo un cambio de carácter muy marcado; se puso irrascible y perdió su energía síquica, originándose una acentuada depresión moral.

Coincidentemente se manifestó una anemia que le ocasionaba disnea al menor esfuerzo y el acto de incorporarse bruscamente no le estaba permitido porque daba lugar a desvanecimientos. Con todo, de cuando en cuando se presentaba una expontanea remisión y aprovechó de una de ellas para venir a consultarse a la capital.

Hasta ese momento el enfermo había hecho curas intensivas de emetina, yatren y stovarsol sin resultado alguno.

Examen.— Setiembre 1930.

El aspecto enflaquecido y profundamente anémico dan la impresión de un canceroso, diagnóstico, de otro lado hecho en una clínica americana de Talara, en que además el exámen radiológico acusó una sombra lacunar de la gran curvadura. Conjuntivas oculares y mucosa oral descoloridas. Escleróticas de tinte sub-icterico.

La piel ha perdido enteramente el panículo adiposo y aparece apergaminada. El aspecto del enfermo es el de un hombre envejecido. Ligera pigmentación melánica, particularmente marcada en los pómulos.

Lengua atrófica con signos de glositis aftosa. El epitelio está enteramente adelgazado, las papilas proeminentes y presenta pequeñas ulceraciones de ½ milímetro de extensión en su extremidad anterior. Caries dentaria.

Corazón de tamaño normal. Soplos anémicos. Tensión arterial máxima 13; mínima 8 (Método auscultatorio).

Pulmón. Nada anormal.

Abdomen.— Vientre distendido. Meteorismo marcadísimo. El hígado de tamaño normal. El bazo ligeramente aumentado de volúmen. La delgadez es tal que es fácil percibir a traves de la piel los movimientos peristálticos de los intestinos.

Exámen neurologico negativo.

Micropoliadenia.

Sangre.

Hematies 2.860.000. —Reacción de Wassermann, negativa.

Leucocitos 4.500

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

Polinucleares neutrófilos 67%; acidófilos 1; Grandes mononucleares 5; Linfocitos 27. Anisocitosis, poiquilocitosis, marcada policromatofilia.

Hemoglobina 80%. Valor globular 1,6.

Quimismo gástrico.

	HCl libre	*Acidez total*	*Sangre*
Contenido en ayunas	0	12 c.c NaOH. 1/10	0
A la media hora	0	18 ,,	0
3/4 ,,	0	20 ,,	0
1 ,,	0	18 ,,	0

Conclusión: ausencia de HCl libre, hipoacidez.

Heces.

No hay protozoos. No se encuentra la monilia Ashfordii.

Hay grasas neutras, fibras musculares y celulosa en gran cantidad. Almidón en abundancia. Levaduras yodófilas.

Exámen de orina. Nada anormal.

Exámen radiológico (Dr. Santiago Sanchez Checa).

Tracto gastro intestinal con comida opaca.— A la ingestión en ayunas de la suspensión de bario se constató que el estómago se llenó de manera normal; fué encontrado en forma de anzuelo, vertical, mediano, parte declive a nivel de la línea bicrestal; ortotónico; contornos, movilidad y peristalsis normales. Píloro morfologica y funcionalmente normal. Bulbo, demás porciones del duodeno y tránsito normales. La presión no despertó ningún dolor.

A las 4 horas estómago vacío; bario en el yeyuno e ileon que fueron encontrados normales.

A las 8 horas ileon vacío; la comida opaca llenaba todo el intestino grueso que fué encontrado de aspecto espástico,especialmente el derecho. La presión no despertó ningún dolor.

A las 24 horas el colon ha evacuado la mayor parte de su contenido (el paciente ha hecho una cámara de bario). Tampoco se constató anormalidad alguna.

En las radiografías tomadas se aprecia la presencia en la zona vesicular de sombras "en anillo" típicas de cálculos vesiculares.

En resumen, aparte de la litiasis vesicular, no se ha constatado anormalidad alguna.

En resumen se trata de un enfermo (español), radicado en una zona tropical desde hace muchos años y que presenta un síndrome caracterizado por:

a) anemia de tipo pernicioso,

b) cambio de caracter y depresión síquica.

c) diarreas de tipo fermentativo con cámaras pastosas, blanquecinas y extraordinariamente abundantes.

d) meteorismo marcadísimo.

e) ardor a la lengua y al recto. Glositis atrófica y aftosa.

f) Enflaquecimiento con pérdida de 60 libras de peso.

g) Año y medio de duración de la enfermedad, de marcha progresiva no obstante ligeras remisiones de la dolencia.

h) signos radiológicos de litiasis vesicular.

i) Ausencia de HCl libre en el jugo gástrico, con hipoacidez.

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

Descartada la litiasis que nunca presentó signo clínico alguno sólo caben tres posibilidades en el diagnóstico diferencial; cancer, anemia perniciosa de Biermer y Sprue.

Es fácil eliminar la posibilidad de un cancer por la larga evolución de la dolencia, las remisiones expontáneas y la ausencia de signos radiológicos, aparte del resto sintomatológico inexplicable en una neoplasia.

En la anemia de Biermer, conviniendo en que muchas veces su sintomatología se confunde con el Sprue tampoco se debe pensar, pues si es cierto que el enfermo presenta una fórmula sanguínea sugestiva, anaclorhidria y glositis dolorosa, en cambio las manifestaciones digestivas no toman jamás el caracter descrito en la historia del enfermo y, de otro lado, es bien sabido que uno de los signos mas constantes es la conservación del panículo adiposo,que en el caso que tratamos ha desaparecido precozmente.

Se impone pues el diagnóstico de Sprue por la descripción clínica del caso, al que hay que agregar la circunstancia de haberse desarrollado el mal en un extranjero viviendo en una zona tropical.

Instituido entonces un tratamiento dietético rico en vitaminas y mediante la administración de 10 gramos diarios de polvos de hígado (Mulford), el cuadro clínico cambió dramáticamente en pocos días. Efectivamente, las cámaras se modificaron inmediatamente, el ardor a la lengua y al recto desapareció, las heces rápidamente se hicieron en forma y consistencia normal, el enfermo recuperó su energía física y síquica, al mismo tiempo que comenzó a ganar peso. La regeneración sanguínea se acusó gradualmente, como puede verse en los análisis siguientes:

Octubre	15–1930	Hematíes 3.000,000	Anisocit marcada. Val. glb. 1
Novbre.	11–1930	,, 3.600,000	No hay anisocitosis
Diciembre	13–1930	,, 4.400,000	Valor globular 0.99
Marzo	3–1931	,, 4.800,000	

El enfermo ha ganado 40 libras de peso.

En la actualidad de regreso al lugar de procedencia está enteramente curado y hace una vida normal. (Junio 1931).

Es evidente que el Sprue en su forma caracteristica, es inconfundible y el caso estudiado permite afirmar categóricamente su existencia en el Perú. Con el objeto de precisar su difusión en el Continente Americano, hemos llevado a cabo una revisión minuciosa de la literatura tropical sobre el particular y solo hemos encontrado algunas zonas en que esta enfermedad se desarrolla ampiamente. Efectivamente, en Estados Unidos, según Wood (1) solamente fué tomado en consideración a partir del momento (1907) en que la Pelagra adquirió cierta difusión, y es posible que los casos designados con el nombre de Pelagra *sine* Pelagra, fueran casos de Sprue.

(1) Wood.—*Pernicious Anemia and its relationship to Sprue.* —"Amer. Jour. Med. Sciences".—Enero 1925.

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

Posteriormente Lewis ha insistido sobre su extensión en la parte sur de dicho país (2). Es en las Antillas, Puerto Rico, uno de los lugares en que reina endémicamente y en donde se han publicado numerosas observaciones. Así Ashford da cuenta de 2200 casos encontrados en 15 años (3). I de otro lado deben citarse las contribuciones recientes de Serra (4), Weiss y Landron (5) y Costa (6). En América Central se ha señalado un foco de cierta extensión en Yucatán por Rodríguez Arjona (7) y Low (8) y Antoine (9) señalan cada uno un caso procedente de Méjico. Hasta el presente, solo se sabe su escasa difusión en Cuba; Antoine y Gordon (10) señalan solamente un caso. Durán asegura que en Costa Rica es muy comun (11). Solamente se ha señalado un caso en Nicaragua por Newhan y Morris (12).

En lo que se refiere a Sud América, las informaciones son todavía más escasas, pues apenas si Newhan y Morris han estudiado un caso en el Brasil. En fin Escuder Nuñez refiere su auto-observación en el Uruguay (13).

La cuestión es tanto más interesante cuanto que hay tendencia a admitir que, aparte de las formas típicas de Sprue, existen sindromes atípicos o afines que tal vez guarden con él una relación más estrecha de lo que parece a primera vista. Y de otro lado esta enfermedad ha dejado de pertenecer unicamente a la Patología Tropical puesto que ha sido señalada en los países fríos. Así el Sprue no tropical fué encontrado por Schaefer (14) en Alemania, el que además recuerda los casos de Nolen y Talma en Utrecht y Van der Scheer en Holanda. Thaydsen (15) lo ha encontrado en Dinamarca, dando cuenta de 5

---

(2) Lewis.—*Observations in regard to Sprue in a Section of the South.*—"Southern. Med. Journ.". Noviembre 1925.

(3) Ashford.—*Tropical Sprue in Porto Rico.*— Intern. Conf. on Health Problems.— 1924.

(4) Serra.— *The relation of Sprue to Pernicious Anemia in 45 cases.* "Amer. Jour. Trop. Med." Enero 1929.

(5) Weiss y Landron.—*Inmunological Invest. in Trop. Sprue in Porto Rico.*— "Journ. Infec. Diseases."— Diciembre 1928.

(6) Costa.—*Inmunolog. Invest. in Trop. Sprue.* — "Porto Rico Rev. Public. Health"—Nov. 1928.

(7) Rodriguez Arjona. — *El Sprue o Diarrea crónica de Cochinchina en la Península de Yucatan.* —"Rev. Yucatan Derm. y Paras". —Febrero 1926.

(8) Low.—*Sprue; an analitical Study of 150 cases.*—"Quarterly Med. Journ" Julio 1928.

(9) Antoine.—*Trois cas de Diarrés grave a allure de Sprue.*—"Arch. des maladies Appareil Digstif" Enero 1928.

(10) Gordon.—*A case of Sprue.*—"Canadian Med. Assoc. Journal".—Mayo 1925.

(11) Duran.—*Some Observations on Sprue in Costa Rica.*—"Amer. Journ. Trop Med".—Julio 1924.

(12) Newham y Morris.—*A Study of Sprue and Addisoniam Anemia.*— "The Lancet"— 1926.

(13) Escuder Nuñez.—*Un cas de Sprue* (?).—"Presse Médicale". — Mayo 1930.

(14) Schaefer. — *Ein Fall von Nichtropischen Sprue.*— "Klin. Woch." — Junio 1925.

(15) Thaydsen.—*The Nicht tropische Sprue.*—Acta Med. Scandinavica". 1925.

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

casos no convincentes según la opinión de Manson Bahr (16). Para Schroll estos casos atípicos constituyen un sindrome que puede sobrevenir en diferentes condiciones (17). En fin el conocido tropicalista Manson-Bahr, una de las primeras autoridades en la materia, ha señalado una caso autóctono en Londres (18). Fairley y Mackie insisten sobre las formas larvadas o atípicas que casi siempre se diagnostican como colitis y que muchas veces preceden la aparición del Sprue o constituyen formas clínicas que importa conocer (19). La afección celiaca de Gee descrita en 1888 en niños procedentes de los trópicos y alguna vez en los adultos que no abandonan Inglaterra no es otra cosa que el Sprue no tropical. A estos distintos síndromes Thaysen dá el nombre de Steatorrea idiopática.

Según Van Loeve (20) la Neurastenia tropical y el Sprue no son sino dos episodios del mismo mal. En un primer periodo la diarrea acuosa preferentemente en las mañanas o durante la noche, sus alternativas con periodos de constipación, cierto malestar en la boca y la garganta y una sensación de malestar, de nerviosidad, en que el sujeto está irritable o deprimido constituyen la primera etapa de la dolencia. Mas tarde han de sobrevenir los signos típicos del Sprue.

Es evidente que todo aquel con cierta experiencia en Patología Tropical recuerde casos parecidos. I quizá si la extensión del mal sea apreciada debidamente cuando el clínico ponga atención en estos sindromes tan dificiles de clasificar en el primer periodo de evolución de la dolencia.

En suma, se trata de una caso autóctono de Sprue sobre el que me ha parecido conveniente llamar la atención en razón de su escasa difusión en Sud América.

(16) MANSON BAHR.—"Tropic. Bull." 1926. N°. 1.
(17) SCHOROLL.—*Pseudo Sprue.*—"Ugerskreft f. Laeger.—Mayo 1926.
(18) MANSON BAHR.—"Journ Trop. Med. and Hyg".— Mayo 1929.
(19) VAN LOEVE. — *Trop. Neurastenia and Sprue.*—«Journ. Trop. Med. and Hyg». Marzo 1929.

La Medicina es el arte de llegar a una conclusión, partiendo de indicios insuficientes. La conclusión es el diagnóstico.

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

Conceptos sobre virulencia e inmunidad en el paludismo

Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. RAUL REBAGLIATI

En el Perú, a lo largo de toda la costa, en localidades a poca altura de la sierra y en toda la región de la montaña, existen zonas donde domina el Paludismo con caracteres de endemicidad permanente. Los médicos peruanos tenemos, pues, ocasión para estudiar la infección malárica en todos sus aspectos.

Desde el punto de vista clínico, el paludismo reviste las más variadas formas y el médico debe tener siempre presente esta infección que puede explicar los estados patológicos más extraños; los cuadros clínicos de apariencia más disparatada e incongruente.

En nuestro archivo de historias clínicas hay algunas muy interesantes a este respecto, que demuestran que la malaria es una de las infecciones más proteiformes. Uno de los casos que más impresión nos haya dejado es el que extractamos a continuación:

172.—*Paludismo de forma neuropsíquica.—Fenómenos de reacción paranoide.*

J. B. 38 años. Raza blanca. Fotógrafo.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia para nuestro estudio. Ha vivido casi constantemente en Lima, habiendose ausentado pocas veces y por corto tiempo a localidades que no se distinguen por presentar endemia alguna distinta del paludismo. Niega hábitos alcohólicos e infección luética. Nunca ha estado sujeto a tratamiento antipalúdico.

Desde hace un año, más o menos, este enfermo viene sufriendo trastornos imprecisos que aparecen y desaparecen, acompañados o no de *discretas alteraciones febriles*. El enfermo niega haber sufrido, desde hace muchos años, proceso febril alguno de importancia. Poco a poco, los síntomas adquieren caracteres de permanencia: anorexia a veces invencible, náuseas, cefalalgia poco intensa, sensación vertiginosa y de atontamiento, somnolencia durante el día, sueño intranquilo, sobresaltos en la noche; disminución progresiva de la agudeza visual, pesadez en el movimiento de los miembros inferiores que dificultan la marcha, cansancio general, fatiga al menor esfuerzo. Desde hace dos meses manifiesta temor por las causas mas banales; el propio enfermo revela que se halla "constantemente asustado", llegando a presentar signos evidentes de reacción Paranoide; por mo-

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

mentos, se cree perseguido, "sus familiares y amigos traman algo contra él", "ya le han hecho daño, dice, como lo prueba un dolor que él localiza por dentro del mamelón del lado izquierdo, que se inició cierta noche que le obligaron a dormir en condiciones que no se atreve a narrar".....

Al examen, palidéz de los tegumentos, tinte subictérico de las conjuntivas, adelgazamiento marcado; temperatura 37°2. Ruidos cardiacos algo apagados; pulso blando, frecuente (96); extrasístoles, 1-176. Respiraciones, 28 al minuto; ligeros estertores bronquiales. Por debajo del reborde costal se percibe el polo inferior del bazo, duro, siendo ésta la única alteración que se advierte a la exploración de los órganos del abdómen. Función intestinal normal. Sistema ganglionar normal. La exploración del sistema nervioso manifiesta: disminución notable de los reflejos tendinosos, exageración del reflejo faríngeo; sensibilidad termoestésica embotada especialmente en los miembros inferiores, donde presenta pequeñas zonas anestésicas diseminadas irregularmente; Romberg positivo; marcha incierta.

Exámen de sangre.—Sorprende la gran cantidad de parásitos maláricos: 23 por campo a 850 diám. *Plasmodium falciparum* en todas las formas de desarrollo, con abundantes gametas.

Glóbulos rojos,	3.110,000	Fórmula leucocitaria:	
,, blancos	8,100	Polinucl. neutrófilos	53,0%
Hemoglobina	60 %	Polinuclear. eosinófilos	0,0%
Valor globular	0,96 (Gowers).	Mononucleares grandes	21.2%
		Linfocitos	26,0%

Reacción de Wassermann, positiva débil (WR +---)

Degeneraciones globulares poco acentuadas, anisocitosis, anisocromia, hematíes granulosos.

Orina normal.

El resultado del examen de la sangre impone el diagnostico de *paludismo crónico*, con reservas sobre la causa de los trastornos nerviosos y mentales, iniciándose, en consecuencia, un tratamiento intensivo antipalúdico que, con sorpresa nuestra, hace retroceder rápidamente todo el cuadro clínico. En pocos días, en efecto, el enfermo vé desaparecer todos los síntomas que hasta poco antes le llevaron a la desesperación y a pensar en el suicidio, como nos lo manifestara, después, reiteradamente. Un tratamiento prolongado esterilizó totalmente la infección malárica y los fenómenos neuro-psíquicos no volvieron a presentarse.

La contemplación de este caso obliga a reflexionar sobre las causas de su producción y nos da oportunidad para resumir nuestros conceptos sobre Virulencia e Inmunidad en el Paludismo.

La multiplicación constante de hematozoos habitualmente virulentos (*Pl. falciparum*), hasta el punto de adquirir una densidad formidable en el momento del examen, no ha provocado en nuestro caso más reacción térmica que inconstantes temperaturas subfebriles.

No es raro observar palúdicos crónicos que, además de otros síntomas, solo exhiben débiles alteraciones térmicas; pero en ellos el proceso se ha iniciado con la violencia y las altas temperaturas de todo paludismo que comienza naturalmente en su forma aguda y que

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

llega a la fase crónica por descuido o por acción de un tratamiento insuficiente que estimula la trasformación de esquizontes en formas de resistencia (gametas). La mayor parte de los individuos reaccionan violentamente a la infección palúdica, por escaso que sea el índice parasitario, mientras en otros una multiplicación activa no provoca grandes manifestaciones, como ha ocurrido en nuestro enfermo seguramente durante muchos meses. En tan largo período, un parásito habitualmente virulento como el Pl. falciparum no ha provocado accesos perniciosos, a pesar de su gran concentración en la sangre. Cuestiones son estas que obligan a invocar los conceptos de *variación de virulencia* en el parásito y de *procesos de inmunidad* en el organismo atacado.

No existen, por hoy, procedimientos experimentales que permitan juzgar de manera precisa la virulencia de los parásitos del paludismo, por no haber animal distinto del hombre que pueda ser infectado por el hematozoo. Pero hay hechos que permiten afirmar que éste parásito no posee virulencia uniforme: 1°. el resultado de las inoculaciones de sangre palúdica en la aplicación del método *malarioterápico* de Wagner von Jauregg; 2°. El *carácter endémico* del paludismo en distintas localidades.

Hemos observado enfermos inoculados con sangre piretógena procedente de palúdicos especialmente escojidos, que, después de un largo período de incubación de 15 o 20 días, han sufrido dos o tres accesos discretos de terciana benigna, con temperaturas de 39° y 40° y que, dejados sin tratamiento antimalárico, han curado expontaneamente de su infección provocada, con desaparición comprobada de hematozoos en su sangre. Y, al contrario, sujetos que después de una corta incubación, han tenido una serie de accesos formidables, con persistencia de parásitos que sólo han desaparecido merced a un tratamiento enérgico. Ahora bien, la intensidad de las manifestaciones maláricas en los enfermos donantes y en los inoculados ha sido generalmente paralela. Ya veremos que las excepciones tiene justamente valor en el estudio de la inmunidad en el paludismo.

Existen localidades palúdicas, regiones territoriales perfectamente definidas que, a identidad específica del agente causal, se distinguen, con las naturales excepciones, por el carácter benigno o maligno de los casos que en ellos contraen la malaria.

Estos hechos de observación permiten, pues, afirmar que, dentro de cada especie malárica, existen razas o variedades de parásitos que se distinguen por su grado de virulencia.

Es ya un lugar común decir que no todos los organismos reaccionan del mismo modo a una misma causa. Esta verdad encuentra su más alto grado de expresión cuando de enfermedades infecciosas se trata. Sinembargo muy pocos piensan en Inmunidad antipalúdica, empleando el vocablo en su extricto sentido biológico.

El equilibrio orgánico — y, por tanto, las condiciones naturales de resistencia a las infecciones — es el resultado de un conjunto de factores que dependen de influencias ancestrales, de la integridad somática, del estado metabólico general, del grado de concentración de los elementos en la sangre, en las secreciones glandulares y en los productos hormónicos; de la capacidad digestiva intra y extracelular, de las modificaciones del sistema retículo-endotelial, etc.

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

Variaciones en cantidad o calidad de estos factores condicionan estados favorables o desfavorables generales o específicos que se traducen, además de otros fenómenos, por variaciones de resistencia hacia todos o determinados agentes etiológicos.

El paludismo no puede escapar a estas condiciones biológicas generales. Hechos de observación, muchos de los cuales tienen el valor de verdaderas experiencias, comprueban ampliamente la existencia de grados diversos de inmunidad antipalúdica.

1.—Un grupo de personas va de excursión a una localidad fuertemente amagada por la endemia palúdica; todas ellas duermen en el mismo alojamiento y son picadas por un enjambre de anofeles que dejan en la piel de todas numerosos estigmas. Algunas de esas personas quedan absolutamente indemnes, los demás enferman en grados diversos, con diferencias que se refieren ya sea al periodo de incubación, ya a la violencia e intensidad de los síntomas, ya a la resistencia al tratamiento, a la tendencia a la cronicidad, a la producción de fenómenos concomitantes.

2.—Hemos mencionados la observación de paludismo discreto consecutivo a la inoculación de parásitos que se han mostrado muy activos en otros enfermos (malarioterapia), al punto de producirse la curación expontáneamente.

3.—Conocemos casos inveterados de malaria que han curado a raíz de una gran impresión moral y otro en que, desesperado el enfermo por haber agotado todos los recursos terapéuticos, tomó un baño de mar, en pleno acceso de terciana, curando desde entonces, radicalmente.

3.—Los resultados de la terapéutica por la quinina demuestran que esta droga, que in vitro manifiesta una acción evidente parasiticida, en el organismo ejerce su benéfica acción estimulándolo fuertemente a poner en juego sus defensas naturales.

5.—Es conocido el hecho de que tribus enteras del Senegal y de Mozambique que, según concepto errado, gozaban del privilegio de inmunidad absoluta para el paludismo, han sido reconocidas, en realidad, como constituidas por palúdicos crónicos, pues la sangre de todos los habitantes alberga cantidades apreciables de gametas que no sufren la evolución esquizogónica, no presentando, por consiguiente, la clásica sintomatología del paludismo; siendo además magníficos reservorios del virus, pues los mosquitos están constantemente infectados, trasmitiendo la malaria a todo extranjero que llega a esos parajes.

6.—No es raro observar palúdicos crónicos que, en ausencia de tratamientos, presentan alternativamente períodos de actividad y de descanso en su infección a juzgar por las manifestaciones sintomáticas especialmente térmicas.

En conjunto, estas observaciones que requieren detallado estudio, obligan a aceptar grados diversos de resistencia a la acción de los gérmenes malarígenos; desde la inmunidad absoluta para las infecciones trasmitidas por los medios habituales, hasta la falta total de defensas, como son los casos, felizmente raros, en enfermos bien tratados que hacen un paludismo crónico con determinaciones malignas y perecen en la caquexia. Es forzoso admitir también que, durante la evolución de la infección malárica, se producen estados alérgicos y

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

anérgicos que se manifiestan claramente por la sucesión sintomatológica.

Grados diversos de virulencia, de parte del hematozoo; grados diversos de inmunidad, de parte del organismo. Factores antagónicos enfrentados en cuantías diferentes para cada caso, condicionan los caracteres peculiares a cada enfermo palúdico.

El trabajo en el tratamiento de las enfermedades mentales

Por el Dr. BALTAZAR CARAVEDO
Director del Hospital de alienados «Víctor Larco Herrera»

Ergoterapia.—Laborterapia. — Terapéutica por la ocupación.—Tratamiento activo: Método de Simon.

Pinel y Esquirol, fueron los primeros que hablaron sobre las ventajas del trabajo en el tratamiento de las enfermedades mentales. Empleado primeramente en Francia en el Hospicio de Bicetre en 1820, y después en Alemania, se generalizó de tal manera que hoy es un agente terapéutico de primer orden.

Los resultados obtenidos son cada vez más halagadores, y durante mucho tiempo fué el único medio de tratamiento. Ya lo decía Leuret en 1840: "Haced de manera que un alienado esté tan bien ocupado que no pueda pensar en lo que constituye el objeto de su delirio; que el resto del tiempo lo pase dedicado al sueño y la curación no se hará esperar mucho".

Efectivamente, el trabajo manual, sobre todo el agrícola, ejerce una acción maravillosa sobre ciertas formas de psicosis.

Con frecuencia, sujetos inertes, al parecer verdaderos dementes, unos y agitados y peligrosos otros, cambian su fisonomía clínica al poco tiempo de estar sometidos a ese tratamiento, que no sólo es un recurso para mejorar el estado físico de ciertos enfermos, estimulando y regularizando las funciones orgánicas, sino también un agente moral poderoso. "Es un ejercicio cerebral al mismo tiempo que un ejercicio físico".

Desgraciadamente pronto vino el abuso y el sistema se interpretó mal. Los alienados fueron considerados como máquinas que la administración del establecimiento utilizó al margen de todo criterio científico, y hubo necesidad de recordar que el trabajo, es distracción, medio curativo y no simple provecho económico. No se hace pues trabajar a los enfermos para que rindan utilidad como

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

algunos habían supuesto, sino con fin terapéutico, y por lo mismo, todos los enfermos de un hospital psiquiátrico, sin distinción de categorías, deben de beneficiar el método, salvo excepciones de orden médico.

La manera empírica y restringida como ha sido usado el método por lo general, y el prejuicio sobre la incurabilidad de las enfermedades mentales, llevó a la conclusión de que el trabajo, era recurso que sólo se podía emplear en determinados enfermos, y como consecuencia lógica, se prescindió de los pacientes que no eran susceptibles de ocupación alguna, escusando así, el abandono terapéutico de los agudos, de los agitados y de los difíciles, a pesar de que Pinel decía "que la base fundamental de un hospicio de alienados debe ser la ley del trabajo mecánico rigurosamente ejecutado, pues muy pocos alienados aún en estado de furia, deben ser alejados de toda ocupación activa".

Como hemos manifestado anteriormente, durante mucho tiempo, puede decirse que sólo se empleó el trabajo agrícola, y simples tareas de servidumbre, ocupando a los enfermos tranquilos, a los lúcidos, a los inofensivos, pues el trabajo metódico en el interior de los pabellones o en talleres especiales, es de data reciente, y aunque enfermos agitados o peligrosos son utilizados en diversas industrias, la mayor parte de los pacientes de los hospitales psiquiátricos permanecen inactivos o abandonados en medio de su mundo imaginario, sin recibir dirección o consejo alguno que le marque el camino de la realidad.

Las primeras observaciones hechas en el país, sobre los efectos del trabajo, fueron realizadas por nosotros, cuando ejercíamos las funciones de secretario y asesor técnico de la comisión encargada de llevar a cabo las obras del Asilo Nacional, hoy hospital "Víctor Larco Herrera", en que un grupo numeroso de enfermos del Hospicio del Cercado, se dedicó a diversas ocupaciones, de preferencia en la agricultura y que publicamos en "La Reforma Médica" (Junio de 1915).

Desde que fuimos designado Médico Jefe de Servicio en el Hospital Víctor Larco Herrera, en 1918, ha sido preocupación nuestra, el que las enfermas estuviesen dedicadas al trabajo y hace más de 3 años iniciamos un programa elemental de terapéutica activa, comenzando por labores relacionadas con la enferma misma, pero de manera que estuvieran en actividad durante el día. Nuestra intención fué ocuparnos en primer lugar de los pacientes que o eran suceptibles de labores complicadas, de aquellas que permanecen por lo general inertes, que es el comienzo de la demencia, y decimos en primer lugar, porque muchas enfermas se ocupaban sin mayores obstáculos en las labores de lavado, costura y los pequeños menesteres del servicio doméstico. El plan, a grandes rasgos, está encaminado a reconstruir la personalidad del paciente, es un método educativo. El enfermo debe de intervenir en el arreglo de su cama y en el aseo del dormitorio, hacer su toillet y conservarla, vestir correctamente, no se le permite nada ridículo. Deberá comer conforme a las reglas de la buena educación, verificar paseos, hacer música, diversos juegos, especialmente deportivos, bailar, y el per-

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

sonal tendrá especial cuidado en el tratamiento del gatismo. Este programa impreso en hojas especiales, circula desde el 16 de Diciembre del año pasado, en todos los servicios del Hospital por haberse adoptado a propuesta de nosotros.

El enfermo mental es un desadaptado, que la sociedad se defiende aislándolo, por lo general en un hospital psiquiátrico, en donde con frecuencia sólo se controla las reacciones peligrosas y se espera que el paciente vuelva a la actividad voluntariamente, si se permite la expresión. Pues bien Simon, parte del principio que la libertad en que es costumbre dejar a los alienados constituye un abuso, de consecuencias desastrosas, contra el cual es preciso reaccionar. Los enfermos como los normales deben estar sometidos a una disciplina, particularmente a la disciplina del trabajo; el mal depende de la inactividad; porque toda fuerza que no se utiliza disminuye, desaparece, por lo tanto, es indispensable que los enfermos mentales se ocupen en algo, es el principio de la ergoterapia, de la laborterapia; el doctor Simon llama tratamiento activo, porque como se verá, aprovechando de la idea fundamental ha establecido un método que no es sólo una simple aplicación del trabajo, en el tratamiento de las enfermedades mentales, sino una organización social.

Hace más de 12 años que el doctor Hermann Simon, Director del Asilo Provincial de Gutersloch, en Wesphalia, comenzó a aplicar en gran escala el tratamiento por el trabajo a los enfermos mentales, que por el perfeccionamiento adquirido, es en la actualidad un método terapéutico de gran importancia que ha transformado los servicios de alienados: «una verdadera revolución hospitalaria». Merced a la aplicación del método de Simon, los servicios de agitados y ruidosos han cambiando sus fisonomías y la aplicación de la clinoterapia se ha restringido al mínimum, convirtiéndose los dormitorios en talleres en que la mayoría de los enfermos agudos, agitados inclusive, pasan el día dedicados a alguna ocupación. Hace algún tiempo que nosotros no usamos la Clinoterapia prolongada, de modo sistemático, preferimos la forma alterna o interrumpida a fin de elevar las fuerzas del paciente.

Como característica del sistema, y en lo que insiste de manera especial el doctor Simon, es no automatizar al enfermo en sus ocupaciones, que deben ser en lo posible conscientes, poniendo en actividad las funciones intelectuales que se conservan y dando una dirección útil a esta actividad. Es decir, el enfermo desempeñará labores en armonía con su capacidad y cada ocupación será el ejercicio necesario para llegar a otra más difícil o complicada. Por lo mismo, se cometerá un error el cambiar diariamente de actividad.

El doctor Simon ha extendido la terapéutica activa, hasta el 95 por ciento de sus enfermos, haciendo trabajar a los agitados, a los agudos, y a los melancólicos para quienes la ocupación sistemática constituye el mejor derivativo de sus pensamientos tristes, y afirma que los alienados se someten sin mayor dificultad a las ley del trabajo; lo que precisa hacer, es crearles el hábito. Se supone que hay excepciones y a veces es necesario luchar con los enfer-

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

mos durante algún tiempo, antes de llegar a resultados prácticos.

Desde que ingresa el enfermo, el personal debe adaptarlo al medio, e inculcarle hábitos de orden, de respeto y de trabajo, a fin de que readquiera el dominio de sus actos y reprima las manifestaciones patológicas, en resumen se le enseña a conducirse como persona normal. Simon compara al alienado con el niño; el alienado ha perdido su adaptación social y el niño no la ha adquirido todavía, y es el ejercicio, la ocupación, la que facilita esta reeducación. "Cuando un paciente trabaja es porque obedece a las influencias, porque sigue el ejemplo de los otros, porque se deja llevar por el médico o el enfermero, porque se siente a gusto en el taller o porque no desea estar en cama".

Para iniciar a un enfermo en cualquier ocupación, el personal tendrá el cuidado de calmarlo. Cuando el paciente no cede a los consejos o insinuaciones, se le separa inmediatamente. Retenerlo, sería provocar el contagio y posiblemente la agitación del grupo, despertar las ecolalias, las ecopraxias. Es condición indispensable defender el ambiente contra todo motivo que pueda distraer a los enfermos.

La mejor manera de iniciar a los enfermos en el trabajo, es en cuadrillas, en las cuales se encuentren enfermos acostumbrados ya al sistema: así los nuevos siguen el ejemplo de los otros. Este sistema de grupos permite establecer una serie de ocupaciones en cadena, en la que cada enfermo tiene algún papel que realizar; trabajos de conjunto, de asociación, de gran provecho. El tipo medio de la cuadrilla es de 10 y un enfermero.

El sistema no tiene indicaciones, ni dósis precisas. Como regla el tratamiento debe ser individual. Los estados de agitación maniaca, se amoldan a las labores del campo y de lavandería, de acuerdo con la actividad y sobre todo con la continuidad en los movimientos, y los deprimidos a los trabajos sencillos en conjunto, por el pequeño desplazamiento que es necesario realizar y por la necesidad de compañía, en el fondo tímidos, recelosos, faltos de iniciativa. A los ansiosos les conviene paseos acompañados y trabajos domésticos sencillos, limpiar muebles y otros.

Simon aconseja que en general no debe emplearse a los enfermos en trabajos mentales, los intelectuales se adaptan con frecuencia a las labores de encuadernación, pintura, dibujo, jardinería, biblioteca y archivo.

En la aplicación del sistema deberá seguirse una progresión, desde los trabajos más sencillos hasta los más complicados, llevándose a cabo las mismas labores que ejecutan los normales, para lo que es necesario establecer diversos talleres, sobre todo en los hospitales situados cerca de las ciudades, en donde los hombres viven entregados a distintas actividades.

Simon divide en grupos las tareas a las cuales se pueden dedicar los enfermos. En el grupo inferior, coloca los trabajos de acarreo, tirar o empujar carros, doblar sobres, deshilachar tejidos etc.; en el 2°. grupo, labores de labranza en cuadrillas, tejer, engomar sobres, limpiar habitaciones y en el 3°. fabricación de escobas y cepillos, tareas de cocina y compostura de ropa, y así sucesivamente hasta desempeñar labores como cualquier normal.

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

El resto del día, fuera de las horas de trabajo, es conveniente que los enfermos no permanezcan inactivos, que se ocupen en algo; paseos, música, bailes, juegos especialmente deportivos y en conjunto, pequeñas diversiones.

Como se ha visto, es la actividad bien orientada y vigilada lo que caracteriza el sistema de Simon que conduce insensiblemente a la reconstrucción de la personalidad del enfermo. El personal cuidará de que los pacientes repriman las pequeñas exteriorizaciones de sus trastornos mentales, que desaparezcan aquellos enfermos coleccionistas, ridículos o pintorescos luciendo trajes o distintivos en armonía con sus concepciones delirantes. Asímismo, vigilará el aseo personal, impedirá la repetición de actos estereotipados, favoreciendo las expresiones correctas y el buen comportamiento.

El personal de asistencia tendrá presente que no hay detalle que no tenga significación, ni instante que se pierda en hacer indicaciones para desviar las tendencias patológicas, enseñando perennemente a los enfermos las costumbres y los procedimientos de las personas normales.

Desde que nos iniciáramos en los estudios psiquiátricos, siempre nos llamó la atención la pasividad de la mayoría de los enfermos y de los empleados, que una vez terminadas las labores propiamente médicas, quedaban por lo general de simples espectadores.

No se creía que conducir a un enfermo por el camino del orden, de la disciplina, de las buenas costumbres, de la sensatez, era obligación que debía realizar el personal de asistencia. El concepto de la libertad se ha exagerado con perjuicio para los enfermos, y con frecuencia el personal participa de las extravagancias de los pacientes convencido de que los alienados es conveniente no contradecirlos.

Para llevar a cabo el tratamiento de Simon, que es método al mismo tiempo educativo, precisa dirección médica permanente. Por eso nosotros en el plan de organización que hemos propuesto a la Sociedad de Beneficencia, encargamos estas labores a los médicos asistentes, y pedimos contar con personal auxiliar debidamente preparado capaz de comprender a los enfermos y de poderlos dirigir. También es necesario la cooperación de enfermeras en los servicios de hombres, con el fin de poder llevar a la práctica una serie de pequeños detalles que favorecen la reconstrucción de la personalidad del paciente.

Tal es a grandes líneas, el método de Simon, líneas inspiradas en el deseo de implantarlo en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

NINGUN HOMBRE ES CULPABLE POR EMITIR UNA OPINION DISTINTA DE LA DE OTRO.

VOLTAIRE.

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

Inflamación

(Continuación)

Lección de Anatomia Patológica, recogida por el Dr. Jorge Avendaño y dictada

Por el Dr. OSWALDO HERCELLES
Profesor Jubilado de la Facultad de Medicina

Los procesos anatomoclínicos de la inflamación, se pueden reunir en dos grandes grupos: el primero, de orden quirúrgico, comprende, principalmente, las yemas carnosas, las úlceras, las fístulas, las cicatrices anormales y otros de menor importancia, cuyos caracteres microscópicos quedan perfectamente explicados con el estudio del tejido de granulación; el segundo grupo, es generalmente de órden médico y comprende, principalmente, los nodulomas infecciosos y la cirrosis o esclerosis.

Cirrosis o Esclerosis

Los conocimientos sobre la cirrosis, se iniciaron con los memorables trabajos de Laennec el año 1819, quien haciendo la autopsia de un hombre muerto de pleuresía, observó que el hígado estaba pequeño y duro y con granulaciones de color rojizo, que denominó "cirros" empleando esta palabra griega que quiere decir rojo; con el devenir de los tiempos, esta palabra siguió empleándose como sinónima de dureza, hasta que se introdujo en la nomenclatura médica el término esclerosis, de *esclero*, duro, con el objeto de reemplazar a la anterior; sin embargo, las palabras cirrosis y esclerosis se siguen empleando indistintamente para expresar la misma alteración anatómica.

Mejor hubiese sido emplear la denominación *fibroesclerosis* que tiene la ventaja de indicar, claramente, que se trata de induración a expensas de la proliferación de la variedad fibrosa del tejido conjuntivo. El hallazgo de fibras conjuntivas jóvenes precolágenas, del tipo de la reticulina, que en determinados casos patológicos constituyen el elemento predominante de la proliferación en la cirrosis, ha originado la denominación de *reticulosis*,

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

Como los diferentes elementos cirrógenos, de naturaleza física química o infecciosa, actúan a las mismas dósis y en las mismas condiciones, de modo diferente en los distintos sujetos, hay que aceptar la existencia de un factor individual, que predispone a los sujetos ante los irritantes endógenos o exógenos a determinar esta proliferación anatómica. Bongomolez sostiene que los individuos presentan diferentes constituciones mesenquimatosas, distinguiendo cuatro tipos: *Tipo asténico*, caracterizado por tejido conjuntivo de poco espesor; *tipo fibroso*, de tejido conjuntivo fuerte, que corresponde al atlético o muscular de Sigaud; *tipo pastoso*, de tejido conjuntivo laxo y *tipo adiposo*. A cada uno de estos tipos Bongomolez les hace desempeñar una reacción diferente, según la infección o intoxicación de que sean víctimas.

Krylow se ha ocupado del mismo asunto, y divide a los sujetos en dos tipos principales: *Tipo reticular* y *Tipo colágeno*; lo que indica claramente la manera de reaccionar ante las intoxicaciones crónicas. Beneck y Bauer hablan de la *constitución fibrosa* y de la *diátesis fibrosa*; Kretschmer del terreno *esclerogénetico* y *fibrogenético*; Cornil fundándose en estas ideas, diserta sobre el papel que estos diferentes tipos desempeñan en la cicatrización de las heridas, así como en el mayor o menor predominio de la proliferación conjuntiva en las infecciones o intoxicaciones, según la variedad del tipo mesenquimatoso del sujeto. Salykoff ocupándose del polimofismo citológico de las reacciones inflamatorias, dice que la proliferación del tejido escleroso es considerablemente influenciada por el terreno; así el tipo fibroso reacciona al bacilo de Koch con una esclerosis abundante, lo que hace que Cornil le haga desempeñar un papel favorable en los individuos de este tipo, en el proceso evolutivo de la tuberculosis, y en cambio los vuelve predispuestos a la arterioesclerosis.

El tejido cirrógeno, desempeña papel importante en un gran número de procesos patológicos; desde la cicatrización de las heridas hasta la arterioesclerosis, y desde las cirrosis viscerales hasta las esclerosis nerviosas; es signo de insuficencia funcional en los órganos y tejidos; es esta la razón por la cual desde 1897, en que Brault en Moscou estudió la cirrosis renal, hasta 1929 que se ha estudiado la cirrosis hepática, en la reunión plena de la Sociedad Anatómica de París, no ha dejado de estudiarse esta manifestación anatomopatológica.

Cualquier tejido u órgano que haya sufrido una lesión inflamatoria, conserva el recuerdo de ese proceso por una cicatriz discreta o extensa, de fisonomía anatómica particular, y que desde el punto de vista fisiológico, representa, siempre, un signo de insuficiencia funcional, la cual será proporcional a la extensión de la lesión anatómica.

Esta lesión tiene siempre caracteres microscópicos precisos que se pueden resumir así: el lugar del tejido normal destruído está ocupado por traveces de tejido onduloso fibroide, unas veces muy fino, otras muy denso y aún lamelar; desde el primer momento llama la atención que los vasos sanguineos sean muy escasos y los pocos que se encuentran, estén reducidos a una estrechísima luz, por la cual apenas si pasa un glóbulo rojo; si en algunos casos se puede no-

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

tar anchas cavidades o lagos sanguíneos, se observa al mismo tiempo, la delgadez de sus paredes, por lo común hialinas y en vía de atrofia; en medio de este tejido llama la atención, la poca cantidad de elementos celulares de naturaleza conjuntiva, y los que hay, son delgados, aplastados, y situados en la intersección de las trabéculas fibrosas; en ciertos puntos se notan granulaciones de pigmento amarillo, siderósico, llamado *rubigina*. Si a esto se agrega que en medio de este tejido perduran, como restos del tejido primitivo, uno que otro elemento aislado al estado de atrofia, o al estado normal y finalmente algunos en estado de hiperplasia, se hará hecho un rápido resumen de lo que es al microscópio una esclerosis inflamatoria.

La manera como se disponen las zonas esclerosas, sobre todo en las lesiones viscerales, sirvió de base, en otros tiempos, a la clasificación de las cirrosis, y según el aspecto que presentan los cortes microscópicos en relación con el parénquima lesionado, se les denominaba *cirrosis corticales, insulares, difusas, pericelulares, perilobulares, extra o intra lobulares*, etc.; otras veces, teniendo en consideración los conductos alrededor de los cuales se dispone el tejido fibroso, se les llamaba *cirrosis pericanaliculares*, se tratase de conductos arteriales, venosos, biliares o bronquiales.

Como muy bien opinaba el Prof. Letulle, todas estas clasificaciones eran muy buenas para la época en que comenzaban los estudios microscópicos de esta alteración; pero en el momento actual, la sistematización de la producción fibrosa, no conserva su importancia primitiva, sino en el sistema nervioso central, en el que la esclerosis mantiene todo su valor patogénico, como la esclerosis secundaria sistematizada de la tabes dorsal, en oposición con las esclerosis difusas del encéfalo y de la médula, con la esclerosis en placas y las mielitis transversas.

La cirrosis puede en algunos casos limitarse a un islote mínimo y se le denomina entonces *puntiforme*, o abarcar todo un órgano o gran parte de él; tal sucede en las esclerosis lobares del pulmón, en las nefritis esclerosas, en las cirrosis hepáticas; puede atacar una serosa en su conjunto, como se observa en las paquipleuritis, o invadir una vasta superficie del revestimiento cutáneo como pasa en la esclerodermia.

En todos los casos que se acaban de describir, cualquiera que sea la extensión de la lesión su mecanismo puede ser de naturaleza cicatricial, es decir, que representa la proliferación del tejido mesenquimatoso, con el objeto de reemplazar al tejido destruído por un agente cualquiera; se trata pues, de una esclerosis secundaria, llamada también *cicatricial o vejetante*.

Al lado de la esclerosis cicatricial o vejetante, ciertos autores consideran un segundo grupo que denominan *esclerosis bastardas*, o desde un principio crónicas, denominándolas también, *esclerosis lentas o distróficas*, porque se supone que en ellas el molimen inflamatorio agudo, que ha sido el punto de partida de las anteriores, no ha existido aquí, sino que han sido crónicas desde sus orígenes y que se han realizado a expensas de un mecanismo patogénico muy diferente al anterior; en efecto, mientras que en las cirrosis cicatriciales, ha habido primero una neoformación de elementos propios del tejido de granulación, con neoformaciones vasculares y evolución de

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

fibroblastos, en el sentido de la formación de las fibras conjuntivas, en éstas, la proliferación conjuntiva no se ha hecho a expensas de los fibroblastos, sino de los productos de su elaboración intersticial: de las fibras conjuntivas o elásticas. Esta esclerosis crónica desde su origen, se observa de preferencia a nivel de los territorios invasculares y se presenta con notable frecuencia, en las paredes internas de los vasos, plasmándose con finísimas fibras conjuntivas, que poco a poco empequeñecen la luz vascular, como sucede en las arteritis, flebitis y linfangitis obliterantes; el mismo tipo de esclerosis bastarda, crónica desde sus orígenes, se observa a nivel de órganos o vísceras, condenados a una cianosis prolongada o residivante, por estancación pasiva de la sangre o de la linfa; tal sucede en el riñón cianótico, en el bazo escleroso en betarraga, y tal sucede igualmente, en el corazón en asistolia crónica, que se presenta lleno de placas esclerosas, constituyendo una de las variadedades de la cirrosis cardiaca.

De lo que se ha expuesto se desprende que para ciertos autores hay dos grandes grupos de cirrosis: uno que es la secuela de un proceso inflamatorio agudo en sus orígenes y que se ha vuelto crónico, con todos los mecanismos del molimen evolutivo de la inflamación, desde la formación del tejido de granulación hasta la formación de fibras conjuntivas, por evolución de los fibroblastos y otro, que comienza de una manera lenta, por la proliferación de las fibras conjuntivas que forman parte de los órganos y tejidos, sin que los elementos celulares inicien la lesión; esta variedad como es invascular desde sus orígenes, tiene pocas condiciones de vitalidad y por consecuencia después de formada tiene tendencia a las degeneraciones.

Es así como se explica la degeneración ateromatosa de un gran número de arteritis, y las degeneraciones grasosas consecutivas a ciertas esclerosis distróficas de larga data.

Teniendo en cuenta que la esclerosis es el resultado de la acción de un tóxico sobre los parénquimas o tejidos, y que la acción de este tóxico, tiene afinidades electivas diferentes, en relación con su dósis o constitución química, sobre el elemento parenquimatoso o sobre el mesenquima, Roessle divide las cirrosis desde el punto de vista histogenético, en tres grupos principales:

1°). *Cirrosis histolíticas*, en las cuales el tóxico ejerce su acción preferentemente sobre el elemento parenquimatoso, ya que el mismo Roessle al ser interrogado en la sección plena la Sociedad Anatómica de París sobre lo que entendía por acción histolítica, dijo que era la lisis que se ejercía igualmente sobre el parénquima y el mesenquima, de un modo ligero, en uno casos y de un modo bien apreciable en otros; de manera que debería aceptarse que había igualmente estromatolisis.

El tejido conjuntivo neoformado en estos casos, tendría por objeto rellenar el vacío dejado por el tejido destruído, fuera parenquimatoso o mesenquimatoso; se trata, pues, de una cirrosis cicatricial, hiperplásica o vicariante de tejido conjuntivo.

2°). *Cirrosis desmolíticas*, en las que el elemento tóxico tienen predilección por el elemento mesenquimatoso; determinada la proliferación de los manojos conjuntivos así formados, destruyen los teji-

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

dos que encuentran a su paso; tal sucede en ciertas formas de esclerosis pulmonar, en las que como dice Letulle la proliferación fibrosa al progresar, va como podando los ligeros bronquiolos que encuentra a su paso.

3º). *Cirrosis hemocromotóxicas*, en las que el tóxico ejerce su acción primitivamente sobre la sangre, determinando la hemolisis; los productos de la transformación sanguínea, actúan sobre los órganos y tejidos, especialmente sobre aquellos que tienen a su cargo el metabolismo de la hemoglobina; existen varias formas. Al lado de las cirrosis no pigmentadas, como pasa en las cirrosis del bazo, del tipo de la *fibroadenia* de *Banti*, existen una serie de cirrosis pigmentadas, en el pulmón, en el corazón y aún en la piel, siendo de todas ellas, la más notable la cirrosis bronceada del hígado.

Oberling hace una distinción entre los términos cirrosis y esclerosis; opina que hay que conservar el término de cirrosis creado por Laennec, para caracterizar un mecanismo histopatogénico especial. La cirrosis, según su concepto, es una inflamación parenquimatosa, proliferativa en sus orígenes; la multiplicación de las células epiteliales de los parénquimas y en especial del parénquima hepático, produce el rechazo de las fibras conjuntivas de los alrededores del foco inflamado, de modo semejante a lo que pasa con las producciones tumorales, que mecánicamente se forman una cápsula al rechazar los manojos conjuntivos que forman el estroma de los territorios vecinos; una vez formada la cápsula, ésta se vuelve un obstáculo, para que continúe el crecimiento de la proliferación inflamatoria, que no siendo tumoral, no es invasora; comienza entonces un segundo estado, determinado por la compresión, que produce la degeneración, primero de los elementos periféricos, para extenderse después a las partes centrales; entonces el tejido conjuntivo periférico, entra en proliferación y rellena los espacios del tejido degenerado.

A pesar de la importancia del proceso hiperplásico primitivo, se comprende que la repetición de los focos degenerativos, conducirá a la larga a la atrofia del órgano, lo que explica el hecho clínico en las cirrosis de larga duración, como la cirrosis atrófica del hígado, que comienza con un período de hipertrofia, para concluir con la atrofia del órgano.

En resumen, la cirrosis para Oberling constituye una serie de procesos degenerativos, esclerosantes e hiperplásicos, como consecuencia de una inflamación crónica parenquimatosa, y en su origen proliferativa.

La esclerosis debe interpretarse como el resultado de una inflamación aguda del tejido mesenquimatoso, que determina primero su proliferación y como consecuencia la destrucción por disgregación del tejido epitelial parenquimatoso. Debe separarse también del grupo de las cirrosis y esclerosis, el tejido cicatricial, que presupone la destrucción primitiva de cualquier tejido, por causas mecánicas o tóxicas, y en la cual, el tejido conjuntivo solo aparece, secundariamente, después de la destrucción del tejido reemplazado.

El perfeccionamiento de las técnicas histológicas, permitirá quizás, diferenciar el tejido conjuntivo, de estas distintas clases de cirrosis.

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

Fiessinger y Guy Albutt conservan el término cirrosis como denominación genérica; como un complejo anatómico, que comprende en su conjunto, períodos o etapas evolutivas, dentro de las cuales hay variedades, según el predominio proliferativo de los distintos elementos anatómicos que forman parte del proceso; estas etapas son: Período de precesión; período de esclerosis; período de reticulosis y período de hiperplasia celular reaccional.

Período de precesión.—Las antiguas investigaciones de Mayer, Rathery y Schaeffer, las recientes de Lissauer y Jaffe en Alemania, de Noel Fiessinger, Rosier y Martín en Francia, han hecho conocer la fragilidad del condrioma celular, y la interpretación que debe dársele, en la apreciación de la vida celular, ante las intoxicaciones o infecciones; por medio de técnicas precisas, se ha llegado, fundándose en las modificaciones de las mitocondrias, a aclarar muchos problemas de patología celular que sin estos medios habría sido imposible dilucidar.

Las notables experienciacias de José F. Martín produciendo cirrosis hepáticas con cloruro de magnesia, han demostrado que el elemento epitelial es el primero que presenta alteraciones de su condrioma ante las más débiles intoxicaciones; estas alteraciones no sólo son precoces, sino permanentes durante toda la evolución de la cirrosis, lo que hace pensar que es la condriolisis del elemento celular noble, el *primum novens* del proceso cirrótico, razón por la cual, la denomina etapa de precesión. E. Feuillé dice haber obtenido esclerosis produciendo chocs anafilácticos, sin haber observado alteraciones parenquimatosas, lo que hace que niegue el período de precesión: pero esto es, sin duda, debido a un error de técnica, ya que José F. Martín y Pedro Croizat en Lyon han puesto de manifiesto posteriormente las alteraciones mitocondriales en los chocs anafilácticos más ligeros.

Se ha dicho que el hecho de comprobar una precesión en el elemento epitelial, no es razón para atribuirle papel inicial en la cirrosis, pues, lo que pasa es que el elemento celular destruido, permite ver la fibra conjuntiva proliferada que en las primeras etapas no era posible advertir, cuando la célula epitelial estaba intacta pero es lo cierto que siempre son las primeras en iniciar el proceso, cualquiera que sea la manera como se tomen las cosas.

Hay que aceptar que la primera alteración que se observa, la alteración precesional, es la de los condriomas parenquimatosos.

Se ha dicho que las primeras alteraciones del condrioma hacen que el elemento epitelial segrege una sustancia diastásica, que es la que actúa como exitante de la proliferación conjuntiva, que es la primera que entra en función en el proceso cirrótico; este argumento contribuye a afianzar la opinión de los autores que sostienen que los fenómenos de precesión en la cirrosis, parten del elemento parenquimatoso. Los partidarios de la precesión parenquimatosa opinan, que para que los fenómenos de precesión sean de naturaleza cirrótica, se necesita que la alteración del condrioma celular sea de tal naturaleza, que presente una alteración especial, una *condriolisis* que lleve a la célula a una degeneración "atrófica, homogénea, especial", pues hay ciertas degeneraciones, que se observan en deter-

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

minadas intoxicaciones o infecciones, que no son cirrógenas; tal pasa, por ejemplo, con la degeneración grasosa, que no conduce nunca a la cirrosis. Fiessinger dice "Hacer de la cirrosis una simple reacción mesenquimatosa, sería negarle todo valor a estas investigaciones".

Período de esclerosis. — La formación del tejido conjuntivo en la cirrosis se presenta, en sus orígenes, con dos aspectos diferentes: una veces es un fino retículo de infiltración difusa, que se insinúa entre las células, lo que se denomina *reticulosis;* otras, son focos insulares de fibras colágenas, de origen linfoconjuntivo, para los cuales se reserva el nombre de *esclerosis;* estos islotes conjuntivos no tienen nada de especial; pero si se observa como comienzan, se nota que se inician como acúmulos de células redondas, de tipo linfocitario, que al multiplicarse, al mismo tiempo que rechazan los elementos celulares de su periferia, evolucionan poco a poco en fibroblastos y después en fibras conjuntivas colágenas. Durante mucho tiempo ha predominado la idea que estos islotes esclerosos, nacían a expensas de los vasos sanguíneos venosos o de los conductos biliares o bronquiales, como consecuencia de un proceso irritativo que comenzaba en estos conductos; hoy se puede afirmar, que estos islotes esclerosos, muy manifiestos alrededor de los conductos vasculares, biliares o bronquiales, son debidos a que alrededor de ellos se hacen más aparentes, a consecuencia de su mayor densidad consecutiva a su confluencia. Hay, pues, que concluir, que las antiguas denominaciones de cirrosis venosas biliares o bronquiales, no tienen razón de ser en el estado actual de la ciencia, desde que todos los investigadores están de acuerdo, en que nunca los focos linfoconjuntivos, origen de la esclerosis, se encuentran en la proximidad de los conductos venosos, biliares o bronquiales.

Las investigaciones actuales tienden a admitir en este mismo tipo de esclerosis, una etapa de precesión que parte de los elementas parenquimatosos, los que sea por los productos de su histolisis, sea por las diastasas consecutivas a su alteración nutritiva, van a despertar en los campos mesenquimatosos de sus alrededores el primer brote linfoconjuntivo a que se ha hecho referencia; son pues en sus orígenes verdaderos focos inflamatorios reflejos, que más tarde, al constituirse como tejido escleroso, concluyen invadiendo secundariamente el tejido parenquimatoso, para rellenar los espacios que quedan vacíos, por la muerte de los elementos, y, al mismo tiempo como está estimulada su proliferación, actuar como elementos de destrucción de las células parenquimatosas que encuentran a su paso. En efecto, los focos esclerosos de forma estelar tienen tendencia a unirse por sus puntas, lo que a la larga forma anillos constrictores alrededor de los elementos que aprisionan; estos anillos fibrosos, de diámetro diferente, en ciertos órganos, como el hígado y el pulmón, presentan al microscopio, los cuadros denominados cirrosis perilobulares, multilobulares, etc. etc.

Período de reticulosis.—Un órgano atacado de cirrosis, ofrece dos aspectos a la simple vista: en unos casos se presenta surcado por gruesos manojos fibrosos, de aspecto tendinoso, que lo dividen en varias porciones de forma irregular, que a veces hacen profundas fisuras que fragmentan al órgano; a este grupo pertenecen las escle-

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

rosis que tienen un origen linfoconjuntivo; en otros casos, el órgano se presenta endurecido, elástico, sin fisuras, ni grandes divisiones; sino más bien, con un aspecto achagrinado o granuloso; el examen microscópico de esta variedad de cirrosis hace ver una finísima red de fibras, que se insinúan entre los elementos del órgano, perfectamente teñidas por los colorantes normales; en los estudios experimentales para la reproducción de la cirrosis, no es posible ponerlas de manifiesto al principio, sino recurriendo a técnicas especiales de impregnación por las sales de plata; a esta variedad de tejido, de finísimas fibras, se le reserva el nombre de *reticulosis*. Para aclarar el origen de este tejido y el mecanismo patogénico de su producción, es necesario recordar ciertos puntos de histología normal de las fibrillas conjuntivas.

Cuando se examina un tejido linfoconjuntivo, tal como es el bazo o los ganglios linfáticos, se observa un armazón finísimo, constituído por fibras de tejido reticulado; la histología enseña igualmente, que entre las células de Kupffer y las trabéculas hepáticas, hay unas finísimas fibrillas llamadas fibras de Oppel; por otro lado, cuando en diferentes órganos, especialmente del feto, se hace impregnaciones por el nitrato de plata amoniacal, según el método de Bielschowsky, dentro de las finísimas mallas del tejido conjuntivo encontramos otras más finas todavía, que no se manifiestan sino por este método de coloración; son las fibras alambreadas, fibras de reticulina o precolágenas, porque se presupone que son las antecesoras de las fibras colágenas normales; pues bien, son estas fibrillas, que normalmente no se hacen apreciables o no están todavía plasmadas en los tejidos, las que constituyen la materia prima del finísimo tejido de la reticulosis.

Caillieau dice que la materia viva está compuesta de micelas repartidas en un medio líquido, manteniendo un equilibrio normal por el juego de los fermentos coagulantes y líticos de todos los órganos y tejidos; en la cirrosis, este equilibrio está perturbado por el predominio de los fermentos coagulantes sobre los líticos, lo que hace que se hagan apreciables las fibrillas de reticulina, que por engrosarse y multiplicarse generan la reticulosis.

El tejido conjuntivo, tejido de sosten de los antigios autores, tiende a considerársele, no sólo como una vasta glándula de secreción interna, infiltrada dentro de todo el medio interior, sino, lo que es más significativo, como un gran *sincitium* de naturaleza coloidal, que tiene parte líquida, semilíquida y sólida, constituyendo la parte líquida el plasma intercelular, variable en cuanto a su composición en los distintios órganos y tejidos, lo que permite por un lado, el tráfico de los elementos celulares movibles, y por otro la acción de las diastasas y sustancias estimuladoras o perturbadoras de la vida, que mantienen o cambian la arquitectura de los órganos y tejidos. Dentro de este gran *sincitium* se plasman los elementos sólidos, que son las células de los órganos y tejidos, apreciables por los colorantes normales y se cristalizan otros elementos, no visibles por las técnicas microscópicas actuales; entre estos últimos, están las fibras de reticulina, que en determinadas ocasiones por modificación del medio interno de origen endógeno o exógeno, como son las toxinas de las enfermedades microbianas o los productos de las

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

intoxicaciones como el alcohol, son susceptibles de hacerlas visibles, primero por engrosamiento, después por proliferación, formándose así la cirrosis reticular. Resulta, pues, de aquí, que la reticulosis es una modificación anatómica que necesita para plasmarse dos factores esenciales: primero el terreno predispuesto según el tipo mesenquimatoso del sujeto; segundo la intoxicación o infección crónica, lenta y atenuada del medio interno.

Esta cirrosis de tipo reticular, tiene variedades dentro de su arquitectura general, determinadas por las distintas causas que la desencadenan y en relación con las perturbaciones del metabolismo, así como con la edad del sujeto, que es la edad de su tejido mesenquimatoso; así, por ejemplo, en la cirrosis sifilítica del recién nacido se observa el hígado con el aspecto de piedra de pedernal, en el que Caillieau ha señalado al lado de la reticulosis, las cámaras de Sascher, que no vienen a ser otra cosa que focos hematopoiéticos de naturaleza reticular; cosa semejante ha observado Nathan Larrier en el hígado del niños jóvenes que han sucumbido en el curso de enfermedades diversas.

La reticulosis, según este concepto, es una proliferación fibrosa primitiva; no es un tejido cicatricial.

Período de hiperplasia celular reparatriz.—El proceso cirrótico está acompañado de la reacción del organismo ante el agente productor de la inflamación.

Es un hecho perfectamante aceptado hoy, que para producirse una cirrosis son indispensables dos elementos: que el tóxico actúe a dósis muy diluida, y que la intoxicación dure largo tiempo; cuando el tóxico actúa a dosis concentrada habrá una degeneración, pero nunca una cirrosis; ahora bien, el exitante actuando a dosis muy diluidas, produce una asimetría lesional en los elementos atacados, que depende de las distintas condiciones de vitalidad de los elementos celulares; los más débiles presentan alteraciones de sus condriomas, que poco a poco pueden llegar a la condriolisis y a la muerte del elemento; pero otros, mejor constituídos, ante la acción tóxica diluída activan su nutrición, lo que determina la multiplicación, de naturaleza reparatriz, en proporción de los elementos destruidos por el tóxico.

Los estudios de Mauricio Wolf en las cirrosis experimentales demuestran, que al lado de elementos celulares, normales unos, condriolizados otros, se comprueba siempre células en potencia carioquinética, observándose en muchos casos, algunas que presentan hasta tres polos de atracción, atestiguándose la lucha que sostiene el órgano por su conservación. La evolución, pues, de un proceso cirrótico se plasma, entre una lucha incesante de naturaleza defensiva de los elementos de la región, hasta que en un momento dado, los procesos degenerativos predominan; si esta quiebra no se realiza, el individuo se libra de la cirrosis y así se explica el hecho clínico que solo después de un largo período de pequeños síntomas, que en el riñón se denominan "pequeños signos del brightismo" que en el hígado aparecen como ligeros signos de insuficiencia hepática, que en el corazón se marcan como crisis de hiposistolia, etc. sólo después de estos pequeños síntomas, la cirrosis se presenta en sus grandes caracteres clínicos. Cuando una infección o intoxicación

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

desaparece en poco tiempo, el examen microscópico *a posteriori* permitirá siempre encontrar en el órgano atacado uno que otro islote de tejido fibroso, testigo vivo de una batalla ganada por el organismo ante una infección o intoxicación anterior. En determinadas condiciones, el factor proliferativo, puede predominar y los dos procesos caminar por su cuenta; pero en estos casos el elemento epitelial, acostumbrado ante el irritante mínimo a dirigir simplemente sus actividades en el sentido de la proliferación, se puede volver neoplásico y es así como se origina la variedad denominada adeno-cancer con cirrosis.

De todo lo dicho se deduce que el proceso anatomoclínico que se denomina *cirrosis* o *esclerosis* es de lo más complejo, en cuanto a su patogenia y estructuración anatómica y que desde el punto de vista anatomo-clínico se puede definir: una inflamación crónica residual que lleva lentamente al órgano a un estado de insuficiencia funcional, insuficiencia proporcional a la cantidad de tejido fibroso que lo infiltra y al tiempo que ha durado la intoxicación.

La cirrosis cuyos caracteres estructurales y patogénicos se acaban de estudiar, constituye síndromes anatomo-clínicos, de lo más importantes y diversos, es así que en el hígado forma el substracto anatómico de las diferentes modalidades clínicas de cirrosis designadas con los nombres de cirrosis atróficas, hipertróficas, biliares, venosas, etc., cosa semejante pasa en el pulmón con las esclerosis pulmonares, que caracterizándose todas desde el punto de vista clínico por la insuficiencia respiratoria progresiva, se presentan desde el punto de vista anatómico con múltiples variedades de neumonía apizarrada, neumonía esclerosa blanca, neumonía difusa mutilante, etc., lo mismo sucede con el riñón, en el que desde el riñón escleroso característico de la nefritis intersticial de los antiguos autores, hasta el riñón lleno de cicatrices en los infartus, existe una gran variedad de manifestaciones esclerosas con signos de insuficiencia funcional de este importante órgano; cosa semejante pasa con el corazón en los casos de miocarditis esclerosa, etc.

La esclerosis es, pues, la causa de la insuficiencia funcional de los órganos y juega papel importante en patología humana.

Prensa Médica Francesa

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE PARIS

Sesion del 15 de Mayo de 1931.

SOBRE LA TECNICA DE LA GASTRECTOMIA.—Peugniez ha practicado su primera gastrectomía en 1893 y sus cuatro primeros operados han curado. La técnica que entonces se empleaba era la sutura por puntos separados con seda lisa, fina y con la aguja de Reverdin; el estómago era suturado al duodeno. Actualmente el autor hace resecciones extensas del duodeno por una parte y del estómago por otra y gastro-enterostomía.

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

UN CASO DE ASOCIACIONES DISMORFICAS.—Dufourmentel y Massart hacen un informe sobre un trabajo de M. Henri-Fischer (de Burdeos). El niño cuya observación está completamente estudiada, presenta malformaciones de la cara, del cuello, del raquis y de los miembros con una inteligencia normal para sus 14 años. Los autores muestran la importancia de la sífilis hereditaria en la patogenia de las malformaciones y señalan su presencia casi constante, si se interroga escrupulosamente no solo el pasado del padre y de la madre, sino también el de los abuelos.

HEMOFILIA Y MUSCULO DE AVE.—Millet presenta un informe sobre un trabajo de F. Clement (de Briey). A consecuencia de una avulsión dentaria, un niño de 9 años, hemofílico, tuvo una hemorragia que no se pudo contener más que aplicando un fragmento de músculo de gallo. Este método corriente en neuro-cirugía, ha permitido al autor yugular una hemorragia grave cuando los procedimientos clásicos de hemostasia habían fracasado. Este procedimiento parece poderse aplicar a numerosos casos de cirugía corriente.

DE LA ASOCIACION DE LA CIRUGIA Y DE LA PROTEINOTERAPIA ESPECIFICA DE LOS CANCERES.—Rubens-Duval. La proteinoterapia específica de los canceres, fundada sobre las reacciones del organismo, utiliza las globulinas extraídas de los tumores malignos. Es mejor que los tratamientos por el radium o por los rayos X y es el complemento de las intervenciones quirúrgicas. La cirugía y la radioterapia son tratamientos locales, destructores, rápidos y no específicos. La proteinoterapia es un tratamiento general, regulador, de larga duración y exactamente específico. Este tratamiento no está en desacuerdo con la acción quirúrgica sino que, por el contrario, la prepara y la termina como lo prueban las observaciones presentadas.

TUMOR CARCINOIDE DEL APENDICE.—Luquet comunica un caso de esta lesión rara, que el autor ha observado en una mujer de 37 años, operada por otra enfermedad y que nunca había presentado signos que pudieran llamar la atención del lado del apéndice. Fué simplemente un descubrimiento operatorio.

ANTIGUA LUXACION POSTERIOR DEL CODO COMPLICADA CON UNA FRACTURA DEL CONDILO EXTERNO.—Judet ha operado a un niño de 9 años que presentaba desde hacía dos meses una luxación posterior del codo; el codo estaba anquilosado en extensión y la radiografía mostraba una fractura del cóndilo. El autor ha podido, por la vía tras-olecraniana, poner los huesos en su sitio, el cóndilo inclusive. El codo fué inmovilizado a 90° en su aparato enyesado. Al cabo de seis meses el codo a recobrado el movimiento.

APENDICITIS HERNIARIA AGUDA.—Bressot (de Constantine) comunica la observación siguiente: sintomatología idéntica a la de una hernia inguinal estrangulada banal; en la operación se

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

encuentra en el saco herniario, pus, un cálculo estercoral y un voluminoso apéndice muy alterado; se deja la herida abierta. Aparición al 9º día de una fístula del ciego, que se cierra expontáneamente en un mes. Curación.

DOBLE HERNIA INGUINAL. TORSION DEL EPIPLOON A LA DERECHA. OPERACION. CURACION.—Juvara. (de Bucarest) comunica la observación de un hombre de 54 años operado por él de una hernia inguinal derecha estrangulada desde hacía cuatro días. Observación rara por dos razones: 1º. Tumor voluminoso, del tamaño de un huevo de avestruz, de una consistencia de algodón, volumen y blandura debidos a una abundante infiltración edematosa de los tejidos peri-saculares; 2º. el saco contenía únicamente una larga franja epiploica, retorcida a nivel de un delgado pedículo y en estado de momificación, negro y duro como si fuese de madera.

LA ABERTURA AMPLIA DE LA RODILLA EN EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES SINOVIALES, CAPSULARES, LIGAMENTOSAS Y MENISCALES.—Rafael Massart presenta tres operados que andan fácilmente y tiene una rodilla sólida e inmovil. La artrotomía, practicada según la técnica de Putti, ha permitido la movilización precoz. El autor insiste sobre la importancia de los cuidados post-operatorios desde el punto de vista del resultado final y aconseja hacer artrotomías amplias si se quiere tratar completamente las lesiones articulares.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

SESION DE DIRECTORIO

Presidiendo el doctor Guillermo Fernandez Dávila, celebró sesión el Directorio de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

Se tomó conocimiento del proyecto de la señorita Crisálida Flores Córdoba que propicia la instalación de refectorios escolares en la ciudad de Lima, basándose en que la mayor parte de la población infantil de las escuelas se encuentra mal nutrida y en estado de depauperación.

La institución acordó apoyar la iniciativa, dejando constancia que desde 1916, por idea del doctor Luis Miro Quesada, en ese entonces Alcalde de Lima, se implantó por primera vez la obra de los refectorios escolares, que tantos beneficios proporciona a la infancia en edad escolar. Se designó a los doctores Merino Reyna, Jaramillo Infante y Soto C., para que indiquen la forma cómo la Liga

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

puede contribuir a que se implanten lo más pronto los refectorios escolares en esta ciudad.

La Liga tomó conocimiento que ha ingresado a la Penitenciaría Central, procedente del distrito judicial de Junín, un adolescente de 17 años de edad, que ha estado preso en la cárcel durante cuatro años, en contacto con adultos no obstante que el Código Penal señala un régimen y tratamiento especial para menores. Se acordó dirigirse a la Corte Suprema, para que ella investigue el caso, que tiene bastante interés social y jurídico.

Informóse la institución, que en el segundo Congreso Internacional de Hospitales, celebrado en Viena, en junio último, se ha aprobado la recomendación de que en todos los hospitales generales, de localización urbana, se establezcan servicios especiales para psicópatas agudos, así como Dispensarios de Higiene Mental, que permitan la asistencia de los llamados "pequeños mentales". Como esta recomendación coincide con el voto aprobado por la Primera Conferencia Latino Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, celebrada en Buenos Aires en 1927, que por insinuación de médicos peruanos, recomendó idéntica medida, la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, acordó dirigirse a la Beneficencia Pública de Lima, rememorándole estos acuerdos y manifestándole que siendo necesario poner a tono con el progreso científico la asistencia del alienado en el Perú, es conveniente que en los hospitales de la ciudad de Lima se implanten servicios especiales para psicópatas agudos y Dispensarios de Higiene Mental.

Teniéndose en cuenta la labor filantrópica que lleva a cabo la Sociedad especial de Patronato de Menores y la colaboración inteligente que proporciona al Juzgado de Menores, la institución acordó un voto de aplauso a las damas que integran esa Sociedad.

La Liga declaró que conforme a las modernas prácticas de protección a la infancia en estado de abandono material y social, conviene que se adscriba al Juzgado de Menores la institución denominada "Servicio Social", la cual con criterio técnico, ayude el Juez de Menores en todos los menesteres que su alta función tutelar le hace desempeñar cerca de la infancia en "estado de peligro".

Se acordó dirigirse a las autoridades de policía, manifestándoles que la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, hace suyas las gestiones del Juzgado de Menores, referentes al estricto cumplimiento de las disposiciones que señala el decreto supremo de 25 de junio de 1921, que reglamenta la Ley 2851 sobre trabajo de mujeres y menores, a fin de que se prohiba la venta en la vía pública de dulces, periódicos y loterías, etc., a los niños mayores de 14 y menores de 18 años de edad, en tanto que no reúnan los requisitos que la misma reglamentación señala; declarándose, además que, conforme a un principio moderno de tutela de la infancia, corresponde al Juzgado de Menores el cumplimiento de las leyes y disposiciones

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

que se refieren a ellos y que no debe ser la policía la que tenga a su cargo esta labor.

En vista de que el Juzgado de Menores ha solicitado de las entidades respectivas, el cumplimiento de la prohibición de la concurrencia de menores de edad a funciones cinematográficas, que son solo aptas para adultos, la Liga acordó dirigirse a la Junta censora de Películas, para manifestarle que convendría que dispusiese que las funciones dedicadas a los niños sólo se efectúen de día y que se prohiba el ingreso a los menores en las funciones nocturnas, toda vez que en la noche el Cinematógrafo ejerce influencia dañosa sobre la mente y el cerebro infantil. Se cordó, también, expresar que el artículo 390 del Código Penal, reprime con multa o prisión al que llevare o dejare penetrar a los niños a cinemas en los cuales se exhiben películas perjudiciales para su educación.

Se resolvió proponer a la Junta censora de Películas que cambie la redacción de sus declaraciones al revisar las cintas cinematográficas, colocando en vez de "Aptas para adultos" "Prohibida para niños".

Habiéndose dispuesto en la ampliación del decreto ley de matrimonio civil, que los cónyuges necesitan presentar en el expediente matrimonial, el certificado médico prenupcial, se acordó emitir un voto de aplauso al exministro de justicia doctor Jósé Gálvez, por su intervención en esa medida jurídica.

Se presentó el programa de las actuaciones con que se celebrará en Lima "La Semana de Salud" en el próximo mes de octubre, acordándose confiar al presidente su confección definitiva y las gestiones conducentes para que las actuaciones se lleven a cabo dentro de la labor de extensión cultural que lleva a efecto la Universidad Mayor de San Marcos.

Se acordó que las sesiones se efectúen el tercer miércoles de cada mes.

Después de lo cual se levantó la sesión.

La lucha universal contra los estupefacientes

LA SEGUNDA CONFERENCIA QUINQUENAL DE GINEBRA

Acaba de celebrarse en Ginebra una reunión organizada por la Asociación Internacional de defensa contra los estupefacientes.

Tres fueron los objetivos de la reunión:

1°.) Acordar lo conveniente sobre la organización de comités nacionales en los distintos países del mundo.

2°.) Política general que conviene seguir en la lucha contra los estupefacientes.

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

3º.) Estudio de las cuestiones médicas y educativas en relación con la defensa contra los estupefacientes.

He aquí los votos emitidos:

RESOLUCION ADOPTADA EN LA PRIMERA CUESTION.

La segunda sesión quinquenal de la Conferencia universal de defensa contra los estupefacientes recomienda la creación en cada país, bajo la forma que mejor se adapte a sus necesidades y a sus preferencias organizadoras, de un Comité de defensa contra los estupefacientes; igualmente insiste particularmente en la necesidad para los Comités nacionales de adoptar los principios comunes de un programa de acción y en decidirse a trabajar en íntima colaboración en la Asociación internacional de defensa contra los estupefacientes y sus organizaciones y su centro de Ginebra del cual serán sus corresponsales.

RESOLUCIONES ADOPTADAS EN LA SEGUNDA CUESTION.

1. Limitación y control no sólo del opio, de la morfina y de la cocaína, de todos sus derivados, éteres y esteres compuestos, y preparaciones que contengan estas substancias en alguna cantidad, y así mismo de cualquiera otra preparación que produzca efectos estupefacientes, cualquiera que sea su origen. Si por negligencia no son objeto de una limitación o de un control las preparaciones llamadas exentas, pueden ser utilizadas para alimentar el tráfico ilícito. Además, algunas de las drogas que no parecen nocivas, pueden fácilmente ser convertidas en otras preparaciones más poderosas que engendren la costumbre. Por todo ello, es esencial cortar el paso a toda clase de tráfico ilícito.

Si en cualquier momento se descubriera o se llegara a producir por vía sintética o de otra índole, una droga cualquiera que produjera el hábito y los efectos fisiológicos semejantes a los de los estupefacientes ya conocidos, el órgano competente de la Sociedad de Naciones impondría las mismas medidas de limitación y de control.

2. Control integral por el Estado de todas las fases de la producción, de la distribución, de la exportación y de la importación de todos los estupefacientes y de sus materias primas. Singularmente la distribución de los estupefacientes destinados al consumo estará subordinada a la presentación por los destinatarios de un certificado de control visado por la Administración sanitaria.

3. Supresión completa de la diacetilmorfina ó heroína (bajo cualquier nombre con que se manifieste). Los peligros que presenta este producto son tan grandes que su uso debería ser completamente abolido.

4. Cada nación será libre, bajo el régimen de certificados de importación y de exportación, de comprar sus materias primas y estupefacientes fabricados, en donde quiera que lo juzgue necesario y en la medida en que pueda tener necesidad para un uso legítimo o para servir los pedidos de otras naciones. Con objeto de evitar los retrasos en la ejecución de esos encargos se tolerará la existencia

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

de remanentes de reserva de un volumen razonable y sometidos, desde luego, a un control apropiado.

5. La Conferencia universal pide que se refuercen y amplíen en cuanto se estimen necesarios los medios de acción y la autoridad del organismo central creado por la Convención de 1925, completándolos, si hubiera lugar, con objeto de asegurar la eficacia deseada a la Convención que habrá de firmarse como consecuencia de los trabajos de la Conferencia universal de limitación de estupefacientes.

6. Ninguna nación podrá exportar o importar estupefacientes o materias primas con destino o que provengan de una nación que no aceptara conformarse a las disposiciones establecidas.

7. Cada nación dictará una legislaión apropiada que aspire en lo posible al monopolio y, en todos los casos, al control de la fabricación, de la importación, de la exportación, de la distribución y del empleo de las preparaciones de cualquier naturaleza que contengan sustancias estupefacientes, cualquiera que sea la cantidad y la forma en que se las presente, con el objeto de suprimir el tráfico ilícito e impedir la acumulación sin necesidad de un remanente de los citados productos.

8. La Conferencia considera como indispensable:

a) Que el tráfico ilícito de los estupefacientes, cualquiera que sea el lugar en que se le descubra, sea asimilado a la piratería y tratado como tal.

b). Que todos los productos decomisados que provengan de este tráfico sean destruídos inmediatamente, cualquiera que sea su importancia.

c). Que se establezcan acuerdos internacionales para la definición del tráfico ilícito considerado como crimen internacional y para la adopción de medidas que permitan castigar a los autores responsables, aplicándoles sanciones apropiadas.

Resoluciones adoptadas en la tercera cuestion.

1. El problema de la toxicomanía es esencialmente un problema de educación. El control efectivo de la fabricación, de la distribución y del consumo de los estupefacientes de toda clase, depende, de una manera fundamental, de la comprensión general, lo mismo que se trate de funcionarios, de médicos o del público. El establecimiento y el desarrollo de una comprensión apropiada y la creación de una buena actitud en todas las clases sociales son fundamentalmente obra de la educación.

2. Como consecuencia, la organización de la educación debe ser considerada como un medio indirecto de limitar la manufactura y el comercio de los estupefacientes con objeto de eliminar su uso no apropiado.

3. El problema de la toxicomanía es un problema ligado con las escuelas secundarias, a las cuales corresponde dar a conocer a las masas la naturaleza y el efecto del empleo de los estupefacientes, en parte para proteger a estas masas contra su mal uso y en parte para que comprendan cuál es el lugar legítimo que los estupefacientes deben ocupar en el comercio nacional e internacional.

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

4. Interesa este problema fundamentalmente:

a). A las universidades, a las cuales corresponde enseñar a los que disponen de influencia en las diversas profesiones, no sólo para que no hagan uso de estas drogas, sino también para que se sirvan de manera apropiada de esta influencia en favor del control nacional e internacional.

b). A las escuelas normales y establecimientos de instrucción cuya misión consiste en dar la preparación necesaria a los que más tarde tendrán la responsabilidad de los programas y de los métodos de enseñanza.

c). A las Facultades de medicina, a las cuales incumbe enseñar a los médicos, la «moral de los estupefacientes».

5. Pero conviene poner de manifiesto que en cada país varía con la cultura el problema de su educación antinarcótica. La solución de este problema debe apoyarse en el estudio científico de las condiciones que regulan la educación; la constitución del programa que haya de adoptarse debe estar en relación con los hechos observados.

6. Sería de desear — y eso solo daría a los resultados de esta Conferencia su verdadera significación — que se concediesen subvenciones importantes destinadas a las investigaciones que determinen la naturaleza precisa, la extensión y la importancia de los problemas educativos en la lucha contra los estupefacientes.

7. La Conferencia emite el voto de que en todos los países se prosiga metódicamente una encuesta con el objeto de establecer el balance de las víctimas del azote de los estupefacientes. Esta encuesta que exige el concurso del cuerpo médico y especialmente de los médicos alienistas, debería llevarse a cabo en todos los establecimientos destinados a recibir a los toxicómanos, con objeto de llevar a cabo su tratamiento curativo o preventivo o en aquellos en donde estos enfermos han sido acogidos como consecuencia de crímenes o de delitos, tales como asilos de enajenados, establecimientos de psicoterapia, casas de salud, y establecimientos destinados a las víctimas. La Asociación internacional para la defensa contra los estupefacientes se encargaría de centralizar los resultados recogidos. Su comunicación permitiría llamar la atención de los poderes públicos sobre la gravedad del peligro de los estupefacientes y presentaría un valor de propaganda que podrían utilizar los comités nacionales cuya generalización en cada país pide la Conferencia.

8. La Conferencia emite el voto de que en la lucha contra los estupefacientes intervenga la ley para consagrar el principio de defensa social contra la toxicomanía, mediante la adopción de un conjunto de medidas de seguridad, dictadas sin tener en cuenta ninguna preocupación doctrinaria.

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

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS
BIBLIOTECA
LIMA - PERU

Noticias

LA VISITA DEL PROFESOR RAYMOND GREGOIRE.— Desde el once hasta el dieciocho de agosto ha sido huesped de nuestra ciudad el Dr. Raymond Gregoire, profesor de Anatomía médico-quirúrgica de la Facultad de Medicina de París.

Como pasa con todo hombre de ciencia, el Profesor Gregoire, durante su estadía, pronunció varias conferencias que versaron sobre los siguientes temas:

Tratamiento quirúrgico de la pleuresía purulenta.— Repercusión cardíaca de los aneurismas arterio-venosos. — Oclusión infravateriana. Su tratamiento quirúrgico.

La Academia Nacional de Medicina lo incorporó como miembro correspondiente extranjero; la Facultad de Medicina le otorgó el título de doctor *honoris causa* y la Sociedad Peruana de Cirugía lo hizo su miembro honorario.

En la sesión solemne de colación de estos títulos, pronunció el elogio del recipendiario el Dr. Fortunato Quesada.

Además de estos actos científicos, el Dr. Gregoire recibió muchos agazajos sociales.

CRUZ ROJA PERUANA.—Se ha expedido el siguiente Decreto:

El Presidente de la Junta Nacional de Gobierno.—Teniendo en consideración:

Que las sociedades denominadas Cruz Roja son instituciones que colaboran con los organismos de los Gobiernos en la lucha contra las calamidades públicas;

Que por los fines esencialmente humanitarios que persiguen dichas sociedades, precisa una protección de los poderes públicos, en forma que sus actividades reciban el estímulo y el auxilio del gobierno;

Qu es conveniente designar el nuevo personal constitutivo del Comité Permanente de la Cruz Roja Peruana, en sustitución del nombrado por decreto supremo del 11 de diciembre de 1925;

Decreta: Que el Comité Permanente de la Cruz Roja Peruana, que reemplaza al Comité Central Directivo de la misma, estará formado por el personal siguiente:

Presidente honorario, señor Ministro de Fomento.
Presidente activo, señor doctor Belisario Sosa.
Vicepresidente honorario, señor G. Henriod.
Primer vicepresidente, doctor Leonidas Avendaño.
Segundo vicepresidente, doctor Ramón E. Ribeyro.
Secretarios, señor Director de Salubridad y doctor Abel S. Olaechea.

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

El Comité en referencia presentará al gobierno el plan de sus actividades, indicando al mismo tiempo, la forma en que, a su juicio, puede prestarle su apoyo, en orden al mejor éxito de los fines de su institución.

Dado en la casa de gobierno, en Lima, a los diecinueve días del mes de agosto de 1931.

D. Samanez Ocampo. — *Reátegui M.*

Bibliografía

ALIMENTOS DEL LACTANTE por el doctor Víctor Escardó y Anaya.—1 vol. de 120 pág.—2ª. edición. — *Palacio de Libro.*—Montevideo 1931.

«Apuntes, hijos de las disertaciones de la clínica» es la frase con que el autor define este libro. La sencillez de su declaración no excluye que «Alimentos del lactante» deje de ser un pequeño gran libro. ¡Porque ofrece compendiadas todas las nociones precisas respecto de las sustancias utilizadas en la alimentación infantil. Porque con sobria, pero sólida erudición lleva al lector por las diversas fases del acto digestivo. Y porque aprisionando en poco más de un centenar de páginas de muchas cosas útiles, es obra que siempre habrá que tenerse a la mano.

Leyéndola salta de inmediato las cualidades docentes del autor. El método expositivo y la claridad del libro permiten revisar desde las nociones de química hasta la crítica de los regímenes alimenticos. De este modo la leche humana, las leches animales y sus derivados, los alimentos vegetales, los lacto farinaceos, son revisados en breve y atinado comentario en cuanto se refiere a su exposición y usos. Y las reglas y las fórmulas que difunde sobre las leches secas tienen el sello de la novedad por su practicismo y también fácil manejo.

Siguiendo el orden expositivo se ocupa también el doctor Escardó de los regímenes pobres en leche y de los que no la contienen. Su estudio, el de los regímenes de concentración y los de la ración alimenticia del lactante, tienen atisbos que revelan al pediatra enterado y con dominio de las cuestiones ligadas a la alimentación. Sin optar por ninguna escuela todos los alimentos que ellas postulan merecen un párrafo particular.

Hacía falta un libro que reuniera suscintamente los puntos tratados por el doctor Escardó, de Montevideo. La necesidad se ha llenado. La amplia difusión que ha tenido ha impuesto al cabo una nueva edición, a la que pertenece el ejemplar que comentamos complacido. De alguna manera habré de retribuir la cariñosa dedicatoria de su autor, nuestro dilecto amigo el doctor Enrique Escardó Anaya. —Ernesto Ego Aguirre.

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

LA POLIOMYELITIS por el Doctor Paul Duhem.—Un vol. de 137 pág. — *Gauthier-Villars et C°. Editeurs.*—París 1931.

La parálisis infantil es familiar al autor por haberse preocupado insistentemente de conocerla en sus modalidades clínicas. Su principio tumultuoso y las deformidades paralíticas que deja, tienen caracteres tan particulares que demandan tener presentes las nociones que el autor consigna. Las consideraciones clínicas en que entra sin embargo, tienden a refrescar recuerdos de patología en el lector, para que así armado acepte mejor las apreciaciones que el doctor Duhem dedica al tratamiento.

Obra más terapéutica que nosográfica expone las técnicas en uso, por las ventajas aportadas al mejor tratamiento de los enfermos. Libro de utilidad práctica es un medio de recoger inmediatamente cuanto se ha dicho y hecho en favor del que sufre una parálisis infantil. Sus diez capítulos son excelentes, destácandose el décimo por la diversidad de sus materias y el tino con que han sido enfocadas.

BIOLOGIA Y PATOLOGIA DE LA MUJER por los Dres. J. Alban y L. Seitz. — Tomo II.— Consta de 630 páginas con 83 figuras en el texto y cinco láminas policromadas.— *Editorial Plus Ultra.*—Madrid, 1930.—Precio 40 pesetas en rústica y 47,50 encuadernado.

El contenido de esta monumental obra, en su segundo tomo es el siguiente:

FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS, por el profesor Dr. *Ludwig Fraenkel*, de Breslau.— I. Fisiología de los ovarios (secreción externa y formación de los órganos endocrinos).—II. Fisiología de las trompas. — La traslación del óvulo. — III. Fisiología del útero. — IV. Fisiología de la vagina y de la vulva.— La cohabitación. — V. Correlaciones entre la ovulación y la menstruación. — VI. La secreción interna del ovario (vía sanguínea). — VII. La función del cuerpo lúteo. — VIII. La inervación del aparato genital (vía nerviosa). — IX. Fisiología de los caracteres sexuales secundarios. — X. Desarrollo postembrionario de los genitales. — Bibliografía.

RELACIONES ENTRE LAS GLANDULAS CON SECRECION INTERNA Y LOS GENITALES FEMENINOS, por el Priv.-Doz. Dr. *Bernhard Aschner* de Viena.—Introducción. — A) Parte fisiológica. — I. Influencia de las glándulas sanguineas sobre los genitales en estado normal: resultados de la investigación experimental (extirpación, transplantación, efectos de los extractos de glándulas sanguíneas sobre los genitales).—II. Influencia de los genitales sobre las glándulas sanguíneas. — Efectos de la pubertad, de la menstruacción, del embarazo de la lactancia, del climaterio y de la senectud sobre las glándulas sanguíneas. — Efectos de la castracción sobre los genitales mismos y sobre las glándulas sanguíneas. — B). Parte patológica. — I. Glándulas sanguíneas y constitución en sus relaciones normales y patológicas. — II. Influjo de las enfermedades de las glándulas sanguíneas sobre los genitales. — C). Generalidades sobre el tratamiento de las glándulas de secreción interna. — Radioterapia y radiumterapia en las enfermedades de las glándulas sanguíneas.

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

Transplantación de las glándulas sanguíneas. — Terapéutica sustitutiva. — Tratamiento indirecto, desintoxicante de las enfermedades glandulosanguíneas.—Bibliografía.

FISIOLOGIA COMPARADA DE LOS ORGANOS SEXUALES FEMENINOS DE LOS MAMIFEROS, por el profesor Dr. *Karl Keller*. — Generalidades sobre las formas del ciclo sexual.—Particularidades del ciclo del celo y manifestación de esta fase de la vida sexual en algunos mamíferos.— Influencia de los machos en el celo de las hembras.—Observaciones acerca de la relación entre el celo y la secreción de la leche. — Aparición y desaparición de la actividad sexual en los mamíferos hembras. — Consideraciones sobre la anulación del impulso sexual por castración y por introducción de cuerpos extraños en el útero.— El ciclo en el ovario.—El ciclo en el útero (endometrio).—La correlación de manifestaciones en el ciclo sexual.—Bibliografía.

LA HERENCIA Y LA HIGIENE DE LAS RAZAS (EUGENICA), por el Dr. *Fritz Lenz*.—I. Las leyes generales de la herencia.—II. Sexualización y proporciones sexuales. — III. Modificaciones de la herencia y selección. — IV. Importancia de los núcleos hereditarios para la morbilidad y la mortalidad.—V. Problemas de higiene racial (Eugénica).—Bibliografía.

HIGIENE Y DIETETICA DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y FUERA DEL MISMO por el prof. Dr. *Karl Buisch*. — Higiene de las recién nacidas.—Higiene de las niñas hasta la época de la pubertad. Higiene de las niñas desde los siete años hasta la pubertad.—Higiene durante la pubertad.—Higiene en el momento de la primera menstruación. — Higiene durante el embarazo.—Higiene y dietética durante el parto. Higiene del puerperio.— Higiene durante los años de la reproducción.—Higiene del climaterio.

EL TRABAJO FEMENINO Y LA GINECOPATIAS, por el Dr. *Max. Hirsch*, de Berlín — Obrerismo femenino y disminución de los nacimientos.—El obrerismo femenino y la guerra. — Patología general. — Causas de enfermedad. — Mortalidad y morbilidad. — Obrerismo de las niñas y de las jóvenes.—Obrerismo y constitución. Obrerismo y conformación de la pelvis. — Obrerismo y enfermedades generales. — Obrerismo y capacidad reproductiva. — Obrerismo y vida sexual. — Patología especial. — Descensos, desviaciones y prolapsos. — Endometritis, metritis y parametritis. — Colitis y pericolitis.—Intoxicaciones profesionales.— Bibliografía.

SINTOMATOLOGIA GENERAL Y DIAGNOSTICO DE LAS GINECOPATIAS por el profesor Dr. *Josef Halban*, de Viena.— El dolor. — El dolor abdominal.—Dolores en el lado izquierdo — Sacralgia.— Prurito genital.—Dolores en la vejiga y en la uretra.— Dolores en los hombros.— Contractura perineal. — Sensación de prolapso.— Aumento de volumen del abdomen.—Líquido libre en la cavidad peritoneal. — Tumores. — Hemorragias. — A) Menorragias.—B). Metrorragias. — Hemorragias fuera del período de la generación. Hemorragias de la pubertad y del climaterio.— Hemorragias de la mujer sexualmente madura. — Amenorrea y oligomenorrea.— Flujos. — Alteraciones de los órganos urinarios.—Incontinencia.— Adiciones patológicas a la orina. — Modificaciones del chorro. —Bibliografía.

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

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS BIBLIOTECA LIMA-PERU

La Sanidad Nacional en Chile

Trabajo enviado a la Academia de Medicina

Por el Dr. RODOLFO KRAUS
Director de Sanidad y del Instituto Bacteriológico de Chile.

La Salud individual de la que depende la salud pública, es un don precioso no sólo para el individuo, sino también para la colectividad.

En los países donde la salud pública significa una suprema ley y donde se aplican las doctrinas de la higiene moderna, cada individuo goza de una mayor defensa de su salud por el Estado, que debe tratar de eliminar todos los factores nocivos, amenazantes y perjudiciales a la salud pública.

Cada ciudadano que trabaja y trabajará en el futuro, significa un capital para el Estado. Los valores de la vida no se podrán utilizar completamente, si el individuo no dispone de todas sus capacidades. Los intereses de este capital disminuirán a medida que las fuerzas individuales sean reducidas por alguna enfermedad, y la muerte prematura causará pérdidas irreparables de este capital. Si, por una parte, el Estado pierde valores considerables por la muerte y las enfermedades, y, si por otra, no se preocupa de fomentar las capacidades vitales para conservar y prolongar la vida, objetos primordiales de la higiene, se produce un quebrantamiento de la hacienda nacional.

Las fuerzas vivas y el desenvolvimiento futuro de un pueblo, depende de la mayor o menor atención que dedica el Gobierno a la vida higiénica nacional, y al perfeccionamiento de las instituciones sanitarias. El régimen sanitario, fomentando el bienestar y las fuerzas físicas y mentales de los ciudadanos, contribuye al desarrollo de la cultura, de las cualidades morales y de la felicidad del pueblo.

Desde el principio de la civilización, los pueblos vigilaron, según el grado de perefeccionamiento de la higiene pública, la conservación y el fomento de la vida. Que los medios no eran suficientes lo prueba la historia de las epidemias.

Es a mediados del pasado siglo que las doctrinas de la higiene recibieron nuevo impulso por las reformas sociales de Inglaterra, creándose organizaciones higiénicas que luego condujeron al saneamiento de las ciudades, al empleo de aguas potables, a la higiene del hogar, al contról de los alimentos, a la protección de la salud en general, etc.

No se puede negar el progreso realizado por estas reformas sociales, pero todavía la higiene no había salido del empirismo puro. Fué Max von Pettenkofer, en Alemania, quien llevó la higiene

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

a la altura de una ciencia exacta; analizando, contando, midiendo y pesando los factores externos de los cuales depende la salud. La bacteriología fundada por Pasteur y por Roberto Koch, forma los pilares en que se apoyan las reformas sanitarias modernas de los países civilizados. Si agregamos a las medidas profilácticas, las de la higiene social, especialmente en Alemania, donde el desarrollo de la industria, hizo dar las leyes sobre invalidez, accidentes de trabajo, protección de las madres obreras, las de las cajas de pensión, etc. y si mencionamos la tendencia de la higiene en los Estados Unidos que tiene por objeto principal la higienización del hogar y su fin es la creación de clínicas de sanos, hemos enumerado a grandes rasgos aquellos factores que forman y formarán la base de la higiene actual.

Son estos mismos factores los agentes del desarrollo higiénico en aquellos países que han sabido aprovechar las doctrinas de la nueva ciencia.

Analizando las condiciones sanitarias de los países europeos se observa que en el curso de los últimos años, las poblaciones han aumentado continuamente. El estudio de la demografía de estos países pone de manifiesto de una manera absolutamente clara, que la principal causa del crecimiento sorprendente de la población es la *disminución de la mortalidad.*

La causa de la disminución de la mortalidad general se encuentra en la reducción o supresión de las enfermedades infecciosas. Gracias a las medidas higiénicas prescritas por la legislación y por las vacunaciones preventivas, se han podido reducir asimismo todas las epidemias exóticas antes tan temidas.

Un resultado evidente de las mejoras de las condiciones sanitarias, se encuentra en el aumento de la duración media de la vida pues se ha aumentado el número de individuos vigorosos entre 20 y 60 años.

Para completar el estudio referente a las causas de aumento y a los cambios de la población fuera de la mortalidad, hay que tomar en cuenta otro factor más, que es la natalidad, la cual puede arrojar un importante saldo favorable.

Solamente sobre la base de datos estadísticos muy exactos será posible observar las fluctuaciones de la población y comprender las condiciones sanitarias de un país.

Examinando las causas del crecimiento de la población en los países suramericanos, hay que tomar en cuenta en primer término la inmigración. Pero este factor no juega en Chile rol tan grande como por ejemplo en Argentina o en el Brasil, donde la inmigración influye en el aumento de la población.

La natalidad es sin duda alguna la causa más notable en el aumento de la población y en el crecimiento vegetativo de Chile.

La natalidad de Chile figura entre las más altas de todos los países del mundo, las cifras revelan que en Chile la natalidad se ha mantenido durante los últimos 80 años en un nivel más o menos igual (superior a 40 por mil).

Si pudieran conservarse las vidas de los nacidos, o su gran mayoría, es seguro que el máximo de aumento no solo sería de 11 por mil, sino que se obtendría cifras mucho más altas, como las que se

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

registran en Australia, en Argentina, etc. Bajo estas condiciones el aumento de la población en Chile no demoraría 50 años para doblarse, sino 20 años.

Las causas precisas de este fenómeno se encuentran en la alta mortalidad general. Casi la tercera parte de las defunciones corresponden a la primera infancia (menores de un año).

Al lado de la *mortalidad de la primera infancia* que es la causante de la gran mortalidad, figuran las enfermedades infecciosas, especialmente *la tuberculosis*.

El problema de la higiene pública, tal como se presenta hoy en Chile, no es fácil de solucionar, pero tampoco puede considerarse como tarea imposible.

El problema del saneamiento del país es un verdadero problema nacional. Por esta razón imperiosa es indispensable una atención completa a la sanidad nacional.

La higiene pública necesita ante todo un interés especial de parte del Gobierno, así como la colaboración del cuerpo médico. No existen en Chile obstáculos que se opongan a la solución del problema higiénico. El clima es excelente, no hay enfermedades tropicales, como ocurre en otros países suramericanos.

Para evitar las pérdidas inútiles, la reforma se dirije a *la prevención* de la mortalidad infantil y para que ella sea eficaz, debemos contar con el apoyo y la cooperación de la Asistencia Social. La Asistencia Social tiene a su cargo múltiples tareas relacionadas con la profilaxia, como son los asilos para niños, la hospitalización de los enfermos, complementos indispensables de la profilaxia. En la lucha preventiva, son los hospitales los que eliminan los focos infecciosos y los aíslan, condición primordial de la medicina preventiva.

Al combatir las enfermedades infecciosas, el *Instituto Bacteriológico de Chile* constituirá un elemento que cooperará decididamente en la organización sanitaria nacional. Junto con la aplicación de las medidas sanitarias profilácticas se podrá emplear no sólo la vacuna antivariólica, sino toda clase de sueros y vacunas preventivas para evitar la difteria, la escarlatina, el tétano, la peste bubónica, etc. La aplicación correcta de los sueros y vacunas curativos y de los arsenicales, disminuirá las pérdidas ocasionadas por ciertas enfermedades infecciosas, especialmente las venéreas. La fiebre tifoidea, tan difundida en el país, debe ser controlada con la colaboración de los servicios de aguas potables y alcantarillado, tratando al mismo tiempo de suprimir los focos y evitar nuevas contaminaciones del agua potable y de los alimentos.

El programa sanitario incluye la campaña contra el paludismo en el Norte, la lucha contra la anquilostomiasis en las minas, y el combate contra la equinococosis.

Pero nuestra labor no se dirige solamente contra las enfermedades infecciosas propagadas de hombre a hombre, sino que, en colaboración con las instituciones correspondientes, debemos combatir *las zoonosis*, que se propagan de los animales al hombre. La vacunación obligatoria de los bovinos contra el carbunclo evitará el carbunclo humano. La reglamentación de perros vagos y la vacunación facultativa de los perros contra la rabia, disminuirá esta enfermedad.

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

La nueva organización incluirá un personal sanitario técnico auxiliar que se creará paulatinamente. Hay que formar gradualmente el *personal sanitario especializado*, médicos higienistas, que deben consagrar todas sus energías a estas labores.

La profilaxia moderna, se basa hoy también en el diagnóstico precoz y seguro de las enfermedades infecciosas. Con este fin utilizaremos los *laboratorios del Instituto Bacteriológico de Chile como una central.* Los laboratorios provinciales tienen hoy nueva organización, y los técnicos recibirán sus títulos de bacteriólogos-higienistas en la Escuela Nacional de Higiene.

El reciente despacho del *Código Sanitario* en el Congreso, permitirá combatir también otros factores, que directa o indirectamente, afectan desfavorablemente a la salud pública.

La profilaxia contra las enfermedades venéreas está en plena actividad; los policlínicos, los puestos profilácticos y la Ley de denuncia y tratamiento obligatorio incluida en el Código Sanitario, y tal vez una distribución gratuita de Arsenicales deberán dar un resultado favorable, como ocurre en otros países. La lucha contra la tuberculosis y el alcoholismo serán objeto de la preocupación constante de la Dirección de Sanidad, porque ellos no sólo perjudican la salud del individuo afectado, sino que tienen influencia desfavoravble sobre el porvenir de la raza. Los policlínicos que hoy sirven solamente para combatir las enfermedades venéreas, se completan con *centros preventivos*, donde se concentrará toda labor preventiva y la higienización del hogar.

La Dirección General de *Educación Sanitaria* y la *Escuela Nacional de Higiene*, que de ella depende, son los complementos de nuestra labor preventiva que harán la divulgación de los conocimientos higiénicos. De este modo, trabajaremos porque en cada hogar se rinda culto a la religión de la higiene y porque el pueblo mismo sea el *mejor* guardador de su propia salud.

A grandes rasgos he esbozado el programa en que debe basarse la reforma sanitaria del país.

El problema sanitario es un verdadero problema nacional, porque se trata de disminuir la mortaliddad para conseguir el aumento de la población. Los brazos y los consumidores se pierden hoy inútilmente y conservarlos sería la solución del problema. La labor de saneamiento del país tiene por objeto principal y único, la felicidad y el bienestar de cada ciudadano y la prosperidad futura de la nación.

"Dios le ampare a usted, hermano", es una bendita frase cuando el que la pronuncia no puede amparar al que la implora, cuya pena compadece; pero suele ser una fórmula hipócrita que se aplica con los labios y se desmiente con el corazón.

CONCEPCION ARENAL.

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

Extrofia vesical incompleta, con imperforación del ano, deformación del pene y epispadias

Caso presentado al Conversatorio Clínico de la Maternidad

Por el Dr. VICTOR M. BAZUL

El desarrollo normal del organismo está regido por dos factores: la herencia que hace repetir los caracteres ancestrales o palingenéticos; la variabilidad, que resulta de las distintas adaptaciones en relación al medio y la función, constituyendo los caracteres coenogenéticos; es decir que la herencia y la variación son los factores que mantienen y dirigen la organización. La primera tiende a la conservación del tipo primitivo, mientras que la segunda es la razón misma de la evolución. El predominio de cualquiera de estos factores origina las desviaciones del tipo normal que se manifiestan por variaciones progresivas o de perfeccionamiento, o por retrogradaciones involutivas que darán las malformaciones.

Se designa con este nombre, toda una clase de anomalías simples que producen un grado variable de deformidad, capaces de poner obstáculo al cumplimiento de una o varias funciones resultando casi siempre de una detención del desarrollo. Se diferencian de las deformaciones en que estas son adquiridas y de las monstruosidades según la definición de Geoffroy Saint Hilaire, en que son anomalías muy graves, que hacen difícil o imposible el cumplimiento de una o varias funciones, produciendo en los sujetos afectados una conformación viciosa, aparente al exterior, muy diferente de aquella que presenta en general su especie y que no puede ser corregida por la intervención quirúrgica.

Las malformaciones de los órganos génito urinarios objeto de este trabajo, comprenden el estudio de particularidades irregulares que pueden ser consideradas no solamente como separándose de la regla general, sino también como trastornándola y siendo además, más o menos peligrosas para la salud de quien las lleva.

Veamos la historia del caso que presento:

Historia clínica de la madre.—L. A. ingresa a la Maternidad el domingo 30 de mayo de 1931 a las 7 p.m. con dolores de parto, que le comenzaron a las 8 de la mañana del mismo día, pero que se hicieron más intensos y persistentes en la noche. Precediendo a estos dolores no ha habido hemorragias, ni traumatismo alguno. Ocupa la cama N°. 11 del Servicio N°. 3. Examinada por los distintos procedimientos exploratorios, se vino en conocimiento de que se

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

trataba de un embarazo a término, en situación longitudinal, con presentación de vértice, en período expulsivo, bolsa de aguas intacta, apirética; con la taquicardia, la disnea y los sudores propios del parto en este período.

Diez minutos después, el parto se produjo, sin que se hubiera hecho necesario maniobra alguna; el útero tenía una altura de 21 cm. Feto aparentemente en perfectas condiciones de normalidad. El alumbramiento se hizo una hora después de producido el parto por ligera tracción sobre el cordón combinada a la expresión suave del útero; ningún accidente concomitante. La placenta de color bruno, con un peso de 400 gramos, cordón inserto lateralmente; con huella de ruptura de las membranas a unos 8 cm. de su borde libre; las membranas completas. El útero después del alumbramiento tenía 19 cm. de altura.

Mujer de 25 años; mestiza; de Lima; domiciliada en el Distrito del Rímac. Menarquia a los 13 años de tipo 3-30, muy irregulares en el tiempo y la duración; posteriormente esta irregularidad se acentúa; las reglas eran acompañadas de dolores y una serie de otros síntomas; había derrame de sangre en abundancia, pero sin ninguna mezcla. Relaciones sexuales a los 18 años, con un sujeto de 24, de raza indígena, de antecedentes sospechosos de lues y gonorreas; posteriormente contrae relaciones maritales con un individuo de 29 años, de Lima, sin ningún antecedente patológico digno de anotar.

Primera infancia. — Nada interesante.

Segunda infancia. — Hemoptisis a consecuencia de un traumatismo sobre el tórax que le obligó a cambiar de clima en Chosica por prescripción médica; casi al mismo tiempo comienza a tener descensos vaginales.

Adolescencia. — Paludismo. Hasta los 18 años no hay detalles patológicos dignos de ser tomados en consideración; es a esta edad que dice haber tenido unos granitos en los genitales externos que con remedios de boticarios le desaparecieron después de unos pocos días.

Antecedentes obstétricos. — Cuatro partos; todos a término, y en este orden:

1°. En 1925. Con accidentes de vómito, gastralgias y dolores abdominales durante la gestación. Parto normal; feto sin novedad; murió a los 9 meses de meningitis.

2°. La gestación se realizó sin accidentes; parto normal; feto muerto a los 7 meses; ignora la causa.

3°. Embarazo de 9 meses, sin trastornos; parto normal; el niño vive y es sano;

4°. Es el que se ha hecho materia del examen clínico que se expone a continuación:

Historia clínica del hijo.—Niño de 48 horas de nacido; mestizo; longitud 50 cm.; peso 3000 gramos. *Piel.* De color rosado, con signos de congestión periférica en la cara y extremidades; en uno que otro sitio se aprecia acúmulos de grasa blanquesina, semisólida; hipertricosis muy marcada en la parte posterior del tórax y cara posterior de ambos hombros y brazos. Se nota hipertemia en ciertos sitios.

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

Conformación general y actitud.—El niño parece regularmente bien conformado, tanto en su sistema óseo como en el muscular; está en estado de somnolencia, que le da un cierto aspecto de indiferencia, de relajación muscular; se encuentra en decúbito dorsal.

Cráneo.—De forma dolicocéfalo; con abundante cabello; cuero cabelludo normal; fontanelas bien marcadas sin anomalías en la morfología ni en la situación, no hay huella de traumatismo.

Cara.—Congestionada; se aprecia un ligero exantema hemorrágico de tipo petequial; labios un poco cianóticos; conjuntivas oculares normales.

Tórax.—Bien conformado; a la palpación y aprovechándose del sueño del niño se ve que los dos hemitórax se desplazan bien; tipo respiratorio costo-abdominal; hay 60 respiraciones por minuto; la auscultación no revela nada importante para anotar; lo mismo pasa con la percusión.

Abdomen.—De aspecto globuloso; los movimientos respiratorios se trasmiten con regularidad; los distintos métodos exploratorios no rinden mayores detalles en los dos cuadrantes superiores. En el punto de unión del tercio medio con el tercio inferior de la línea xifo-pubiana, se encuentra el anillo umbilical; grande, mamelonado, húmedo; en su parte central tiene un color amarillento, de forma ovoidea, con su diámetro mayor dirigido de arriba abajo y de derecha a izquierda, de unos 3 cm.; el diámetro menor francamente transversal de unos 2 cm.; en el punto mismo del cruce de los dos ejes, se implanta el cordón umbilical, grueso, blanquesino, blando, muy flácido, sobre una ancha base que se va a perder insensiblemente en los bordes mismos del anillo.

Aparato genito urinario.—En las partes accesibles a la exploración se encuentra normal; la vejiga asienta, según parece, en la cara anterior del abdomen, haciendo prominencia; la presión de la parte anterior del abdomen que limita con ella, demuestra la presencia de un cuerpo blando, renitente, que da a la mayor presión la salida al líquido urinario, que aparece por una hendidura situada en la parte más baja del Hipogastrio.

Examen anatomoclinico del perine y sus anexos.

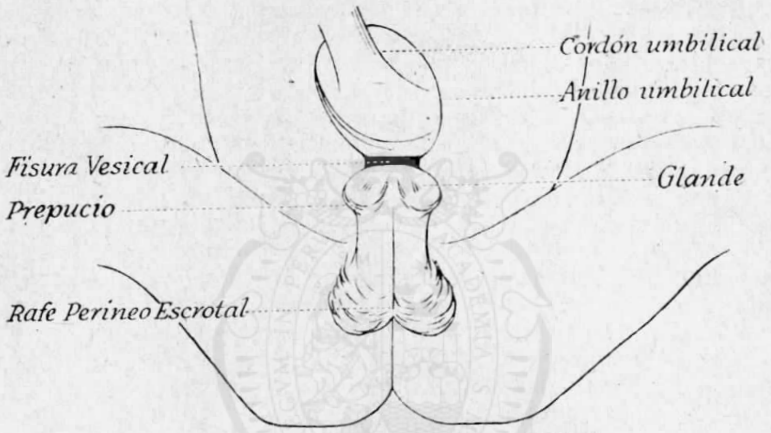
Para ser ordenados haremos el examen de atrás a adelante.

En el periné posterior: A primera vista se constata la ausencia absoluta del ano; la membrana anal, situada en las proximidades de las bolsas está representada por una zona de aspecto irregular, de color un tanto obscuro, con una serie de pliegues de dirección transversal que se continúan hacia atrás con una especie de rafe, probable vestigio del rafe perineo escrotal; este rafe avanza hasta una zona limítrofe con el coxis.

En el periné anterior: Lo que primero llama la atención son dos formaciones de aspecto regular, situadas en la línea media, simétricas de forma más o menos sacular, del tamaño de dos guindones, y quizá más grandes, de un color obscuro que contrasta con el del resto

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

del periné, con una serie de pliegues oblicuos, dirigidos de arriba a abajo y de dentro a afuera, separados por un surco profundo en el fondo del cual se puede percibir el rafe escrotal; a la palpación, cada uno de estos cuerpos da la sensación de blandura propia del *tejido escrotal*, notándose en su interior dos formaciones duras, redondeadas u ovalares, renitentes, que deslizan con facilidad entre los dedos y que, por consiguiente, tienen los caracteres de los *testículos;* se percibe en la parte pósterosuperior de ellos, y también por la palpación, un cuerpo alargado, renitente, muy pequeño, de casi la misma consistencia que los anteriores y que por eso permiten afirmar que se trata de *Epidídimos.*



EXTROFIA INCOMPLETA DE LA VEJIGA
IMPERFORACION DE ANO, EPISPADIAS Y DEFORMACION DEL PENE.
(Dibujo esquemático)

Avanzando más en nuestro examen, encontramos delante de las bolsas y en la linea media, la parte anterior del rafe perineo-escrotal que se dirige hacia adelante y arriba, para ír a terminar en la extremidad anterior de una formación globulosa, dura, de aspecto cilindroideo, que da toda la impresión del *pene;* su tamaño es de unos dos cm., aproximadamente; su eje mayor se dirige hacia arriba y adelante; la extremidad póstero inferior se encuentra un poco por delante y por encima de las bolsas, sin dejar detalle alguno; la extremidad anterior, aún a la inspección superficial, da la impresión de ser el *glande;* ella es libre y tiene la forma de un cono truncado, en cuya base se nota un relieve saliente, en forma de dos medias lunas unidas por sus extremidades internas, las extremidades externas van hacia arriba y adelante contorneando la extremidad anterior del pene; esto, por el aspecto que acabamos de describir muy bien se puede considerar como el *prepucio.* El vértice del cono truncado que continúa la extremidad ántero superior del pene, es de forma irregular, presentando en su parte media un mamelón, de forma triangular, de base inferior, sus lados limitan dos fositas

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

de forma también triangular, pequeñas, de color rosado intenso, de aspecto marcadamente brillante, que terminan hacia afuera por una saliente que se continúa insensiblemente con el resto del glande. En la parte posterior de la cara superior o dorsal del pene, se encuentra una superficie lisa, de piel sumamente adelgazada, de aspecto también brillante, constituyendo el labio inferior de una gran hendidura de dirección transversal, de un centímetro y medio de longitud, de color rojizo, cuyo labio superior está formado por mucosa ectropiada, muy tenue, que al llanto del niño permite la formación de una especie de mamelón; la piel de este labio se continúa con la parte más baja del hipogastrio. A través de esta hendidura, de una manera espontánea, contínua o intermitentemente, fluye un líquido claro, transparente, con todos los caracteres de la orina.

Tratamiento.—Operadores doctores V.M. Bazul y R. Colareta, anestesia al cloroformo por el Sr. P. Quijandría. Colocado el enfermo en posición de la talla, se hizo una incisión de 3 cm. de longitud en la línea media por detrás del escroto; disección de los planos superficiales y busca de la ampolla rectal, encontrada ésta se trajo adelante, suturándose a la piel con puntos separados de catgut y seda; una vez abierta, salió una gran cantidad de mecomio; se hizo pues un ano artificial como tratamiento de urgencia.

Diez días después, cuando ya había salido de la Maternidad vi al enfermo, en el que observé la absorción de los puntos de catgut; la mucosa rectal un poco prolapsada, funcionaba el ano con incontinencia de las materias fecales. El cordón umbilical había caído, dejando en la zona de la implantación una superficie granulosa con tendencia a la retracción de las partes vecinas; el anillo inguinal se había reducido de tamaño.

Dos son los puntos fundamentales que sirven para comprender bien las malformaciones; el primero se refiere al conocimiento exacto de la morfofisiología normal de los órganos y aparatos; y el segundo al desarrollo embriológico de los mismos.

Haré simplemente una síntesis del desarrollo de los órganos génito urinarios externos y de la pared anterior del abdomen.

El desarrollo de los órganos génito-urinarios externos está íntimamente unido con el de la cloaca a la cual se refiere la formación de la vejiga; toma también parte en la formación de estos órganos el tegumento externo.

El intestino terminal se dilata en una ampolla ovoidea, la cloaca interna, endodérmica, especie de encrucijada en la cual desemboca el intestino del lado dorsal, la alantoides del lado ventral y los conductos de Wolff en la parte dorso lateral. Esta cavidad se encuentra obturada superficialmente por la membrana cloacal.

Bien pronto esta encrucijada no tarda en ser dividida por el descenso de un tabique mesodérmico interpuesto entre el canal alantoideo y el intestino, que ha recibido el nombre de repliegue perineal de Koelliker o de espolón perineal, y que no queda en la parte superior, sino que desciende progresivamente hasta ponerse en contacto con la membrana cloacal, dividiendo dicha cavidad en dos cámaras secundarias; la anterior o ventral que se continúa hacia arriba con el canal alantoides y lleva además los dos conductos de

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

Wolff, se llama seno urogenital; la posterior o rectal, contiene el recto y el ano.

A expensas del seno urogenital, se forman en el sexo masculino, la parte inferior de la vejiga y la uretra posterior; y en la mujer la vejiga y la uretra en totalidad.

De otro lado, a medida que se alarga el espolón perineal o crecen los repliegues de Ratke para soldarse en la línea media junto con el espolón, dividen la membrana cloacal en dos segmentos: el uno anterior, que cierra el seno urogenital (membrana urogenital) el otro posterior, que obtura el recto (membrana anal). Luego la membrana urogenital, después de la prolificación de sus elementos ectodérmicos y endodérmicos, que forman el tapón cloacal de Tourneux, se perfora por un proceso de vacuolización, seguida de la desaparición de una gran parte de sus elementos histológicos, poniendo así el seno urogenital en comunicación con el exterior por la hendidura o fisura urogenital. Un poco más tarde, la membrana anal se reabsorve por idéntico mecanismo, y el recto se abre al exterior por el orificio anal.

En lo que se refiere a la porción subumbilical de la pared anterior del abdomen, podemos decir que se forma a expensas de la membrana urogenital, reforzada hacia atrás por elementos mesodérmicos que proceden de las protovértebras y que sirven para constituir las aponeurosis y músculos abdominales; y refuerzan la capa epitelial de la pared vesical.

La vejiga se forma de la porción intraembrionaria de la vesícula alantoides, que como sabemos es un divertículo del intestino caudal con el cual se continúa sin línea de demarcación bien neta; inferiormente se abre en el seno urogenital, cuya parte superior es absorbida por la vejiga, permitiendo así a los uréteres desembocar en este órgano.

La uretra, dividida en posterior y anterior, se desarrolla la primera por intermedio de la porción inferior del seno urogenital cuyos labios a nivel de la hendidura urogenital se sueldan de atrás a adelante.

Los órganos genitales externos en los dos primeros meses de su desarrollo, son idénticos en ambos sexos. Abierto el seno urogenital al exterior, se encuentra por delante de este orificio el tubérculo genital mesodérmico, que presenta sobre su cara inferior y en la línea media un canal, que es el surco urogenital, que termina adelante a alguna distancia del vértice del tubérculo y por detrás se pierde con la hendidura urogenital, en una depresión transversal que limita posteriormente un rodete (rodete anal). La base del tubérculo está limitada lateralmente por dos rebordes que son los rodetes genitales. Por dentro de los rodetes aparecen dos repliegues, los repliegues genitales que se continúan hacia adelante con los labios del surco urogenital. El espolón perineal en su descenso lleva el rodete anal adelante, y forma el rafe perineo escrotal. Al mismo tiempo el tubérculo genital aumenta de dimensiones, y presenta su extremidad anterior hinchada, separada por un surco del cuerpo. La lámina urogenital del glande prolifera a nivel de su cara inferior y forma una cresta que se llama muro balánico.

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

En el hombre el tubérculo genital crece y forma la porción libre de la verga y el glande; los labios del surco urogenital se sueldan y forman la uretra esponjosa y balánica y el rafe peneano; el prepucio se forma a expensas de una proliferación del mesodermo a nivel del surco coronario; los rodetes genitales aumentan de volumen y constituyen las bolsas. En la mujer, las modificaciones que sufre el aparato genital externo primitivo son poco manifiestas, en su mayor parte son ligeros cambios histológicos para llegar al estado adulto. El tubérculo genital, se convierte en clítoris, los rodetes genitales y los repliegues genitales forman los labios mayores y menores respectivamente.

Chaussier, designa con el nombre de extrofia de la vejiga, a una malformación congénita caracterizada esencialmente por una fisura de la pared del abdomen y de la ared anterior de la vejiga y accesoriamente por una fisura análoga que se encuentra en los órganos genitales externos y la uretra y por la separación de la sínfisis pubiana; se observa además en el sexo masculino un pene rudimentario y epispadias, y en el sexo femenino, una división de clítoris con separación de los labios mayores y menores y ausencia más o menos completa de la uretra.

Existen dos grados de extrofia de la vejiga: la completa y la incompleta, señalándose entre las últimas la fisura inferior que compromete solamente la parte inferior de la pared anterior de la vejiga, sin tocar la sínfisis; más raro es el tipo de fisura vesical superior, situado por debajo del ombligo y que parece relacionarse a una falta de oclusión del uraco. Hache señala otras variedades fundándose sobre todo en el aspecto que presentan las lesiones de los órganos genitales. Finalmente en ciertos casos como los señalados por Lichteim y Wrolik, sólo hay falta de continuidad de la pared abdominal, sin lesión vesical, haciendo este órgano hernia (ectopia de la vejiga).

Nuestro caso corresponde a extrofia incompleta tipo fisural inferior, con imperforación de ano, deformación del pene y epispadias.

Consideraciones de Anatomía patológica.—En los casos de extrofia completa, que es más frecuente en el hombre que en la mujer, la vejiga forma en la región hipogástrica, un tumor saliente, redondeado, que confina por arriba con el ombligo, situado más abajo que al estado normal y que por su parte inferior reposa sobre la región peneana y se confunde así con los órganos genitales rudimentarios.

La sínfisis pubiana falta, habiendo una separación que llega a veces hasta 12 cm. En el sexo masculino la fisura se continúa sobre la cara dorsal del pene, que es corto, acodado sobre sí mismo, de suerte que su cara superior se pega al pubis, bajo la forma de un mamelón a veces bilobado y poco saliente. El prepucio falta sobre la cara dorsal y es al contrario muy exuberante en la cara inferior. Frecuentemente los sujetos atacados de extrofia presentan ectopia testicular simple o doble. En el sexo femenino, no solamente la uretra está abierta sobre su cara superior, sino que los grandes labios y las ninfas quedan separadas y no forman la comisura ante-

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

rior de la vulva. El orificio de los uréteres se ve bajo el aspecto de mamelones salientes, dispuestos simétricamente en la superficie de la mucosa dejando escapar la orina gota a gota o bajo la forma de chorro. La ausencia de esfinter vesical agrava la situación por la incontinencia de orina que se produce; lo mismo sucede con la acodadura de los uréteres, en los que se producen dilataciones y fenómenos de pielonefritis.

Los músculos del periné son poco desarrollados, de donde la coincidencia de prolapsos del recto. Los rectos del abdomen son generalmente bien desarrollados, estando solamente separados, percibiéndose fácilmente la cresta saliente que hacen los bordes internos.

La extrofia vesical se acompaña por lo general de otras malformaciones, tales como hernias inguinales, umbilicales, espina bifida, piebots, labio leporino, prolapsos del recto y del útero. Y en la mujer de órganos genitales internos dobles.

Consideraciones clínicas.—La extrofia vesical constituye una de las enfermedades más penosas, las alteraciones somáticas y síquicas que se producen repercuten profundamente sobre todo el organismo poniendo a estos infelices en la condición más desgraciada. Como consecuencia del escape contínuo de la orina, los vestidos se ensucian, y los enfermos exhalan un olor nauseabundo de lo más desagradable, tanto más que los frotes sufridos por la mucosa vesical no tardan en determinar una irritación de ella, que facilita la fermentación amoniacal; de aquí una secreción mucosa y glerosa abundante, luego ulceraciones y derrame sanguíneo, acompañado de producción de depósitos fosfáticos. Humedecidas constantemente las partes vecinas la orina amoniacal determina sobre la piel de la parte inferior del abdomen, de la parte superior de los muslos y sobre el escroto escoriaciones muy dolorosas. Por otra parte la inflamación de la vejiga se propaga a los uréteres y produce por vía ascendente pielonefritis frecuentemente mortales; a esta inflamación de origen vesical se agregan condiciones mecánicas como la acodadura de los uréteres, la dilatación de ellos, la estancación de orina, que contribuyen a la terminación del sujeto. La mortalidad es pues muy grande y rara veces estos enfermos llegan a la edad adulta; se observa en ellos, palidez, adelgazamiento, sequedad de la piel, que caracterizan la caquexia urinosa que los conduce rápidamente a la muerte. Desde el punto de vista genital la situación de estos desgraciados es todavía más deplorable; se ha visto mujeres portadoras de esta enfermedad salir embarazadas y dar a luz, sin accidentes; sinembargo, en general el parto es seguido de prolapso uterino. En otros casos el parto ha sido imposible por la existencia de estrecheces pelvianas. En el hombre la atrofia de los órganos genitales externos hace imposible el coito, pero los deseos sexuales están lejos de encontrarse siempre abolidos, y según las expresiones enérgicas de Percy, "su pasión se irrita por la impotencia desesperante y por la vergonzosa nulidad de sus órganos, y en ellos el amor es un delirio y un verdadero furor"; con frecuencia se observan perversiones sexuales, masturbadores, homosexuales. Por otra parte la coexistencia de ectopias testiculares, que son acompañadas por lo general de detención en la evolución de la serie espermática,

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

convierte a estos enfermos en estériles. El sujeto afectado con esta malformación tiene una actitud característica, tanto más marcada cuanto mayor es en edad; la deformación de la pelvis lleva los miembros inferiores en rotación externa, el dolor experimentado a nivel de la vejiga hace inclinar la pelvis hacia abajo y adelante para evitar a la extrofia el contacto con los objetos exteriores; de allí esa marcha penosa, el cuerpo inclinado adelante, los pies hacia afuera, marcha de pato.

Etiología y Patogenia.—La malformación que nos ocupa es muy rara, uno o dos casos sobre cien mil nacimientos según Puech y Neudorfer. En la Maternidad de Lima, un solo caso en 7,450 nacimientos ocurridos entre los años de 1923 a 1930. Es más frecuente en el hombre que en la mujer. Holmes y Piechaud jamás la han encontrado en el sexo femenino. La herencia no parece jugar ningún rol, toda vez que se han observado mujeres con extrofia que han desembarazado hijos sanos. Los traumatismos y las enfermedades de los ascendientes no tienen gran valor para explicar esta malformación; se ha incriminado a la sífilis y al alcoholismo como causa probable sin que hayan razones de suficiente peso para poderlas aceptar.

La Patogenia de esta malformación es muy incierta todavía; las teorías embriogénicas, basándose en los estudios modernos de diversos observadores, sobre la organogenesis del aparato génito-urinario y de la pared del abdomen, esclarecen un poco esta difícil cuestión; ellas pueden dividirse en dos categorías: 1°. las teorías mecánicas y 2°. la detención del desarrollo. Las teorías mecánicas explican la producción de la extrofia vesical por un estallido de la vejiga bajo la presión del líquido acumulado en su cavidad; esta teoría ha sido sostenida por Duncan, Muller, Rokitansky y Kaufmann. La acumulación de líquido sería debido a la presencia de un obstáculo a su libre evacuación, como por ejemplo una atrepsia de la uretra. Estas teorías se apoyan en el hecho que se encuentra casi siempre acompañando a la extrofia, dilatación de los uréteres y de las pelvis renales, pero cuyas causas no las conocemos. La repleción de la vejiga impediría la reunión de los pubis, según Thirsch, o haría estallar la sínfisis ya formada al decir de Kaufmann.

Desde 1812, Meckel había hecho ver que las teorías mecánicas eran insostenibles y emitió la hipótesis de una detención del desarrollo; posteriormente investigadores modernos como Keibel, Vialleton y Reichel, fundándose en hechos embriológicos explican la detención del desarrollo de modo diverso. Se puede decir que el desarrollo del espolón perineal divide la membrana cloacal en dos segmentos, el anterior urogenital y el posterior membrana anal; obturando el primero el seno urogenital y el intestino el segundo. La membrana urogenital forma la porción subumbilical de la pared del abdomen. Estas dos membranas serán posteriormente reforzadas por tejido mesodérmico. Normalmente la membrana cloacal se reabsorbe en dos puntos hacia atrás para formar el ano y adelante para formar la uretra posterior. Si las láminas mesodérmicas son detenidas en su progresión se comprende que la membrana urogenital no reforzada, no vascularizada por elementos mesodérmicos, se puede reabsorber igualmente a nivel del seno urogenital y constituir así la extrofia

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

vesical. Para Keibel, sería la detensión del desarrollo de las láminas mesodérmicas, la que produciría la fisuración; para Vialleton, el desarrollo de la membrana urogenital sería la causa primera que impediría la cloalescencia de las láminas mesodérmicas.

Las investigaciones más recientes de Reichel permiten llegar a una interpretación más simple de los hechos. La membrana cloacal estaría constituída por la extremidad posterior de la línea primitiva del embrión; la persistencia del surco primitivo explicaría la formación de la fisura abdomino-vesical.

Procedimiento eficaz en los casos de presentación de hombre, con ausencia de líquido amniótico

Por el Dr. LORENZO DIAZ

(*México*)

Las grandes dificultades materiales y los peligros de ruptura de la matriz que se sortean cuando se intenta una versión sin haber dentro de la matriz líquido amniótico en cantidad suficiente, ha hecho buscar la manera de reemplazarlo a fin de suprimir estas dificultades y estos peligros.

El 5 de Mayo de 1921, tuvimos oportunidad de introducir por primera vez 400 c.c. de agua estéril tibia en la cavidad uterina para reemplazar al líquido amniótico en un caso de presentación transversa con ausencia completa de este líquido. A pesar de estar aplicada la matriz sobre el cuerpo del niño, se pudo llevar una sonda de Nelatón de grueso calibre al fondo de la cavidad uterina entre este fondo y el cuerpo del producto. Se fué inyectando el líquido, de 25 en 25 c.c. sin verlo salir al exterior y notando que aumentaba gradualmente el volumen de la matriz. Después de sacar la sonda se pudo hacer la versión con facilidad extrayendo un niño que ya estaba muerto y salvando la vida de la madre.

Un parto en presentación de hombro no puede ser abandonado a sí mismo; no debemos contar con una evolución o una versión expontáneas que son excepcionales; de modo que, como dice algún maestro, "parto en presentación de hombre es sinónimo de parto imposible por los solos esfuerzos de la Naturaleza". Por otra parte, sabemos muy bien que la bolsa de las aguas en las presentaciones transversas es voluminosa y al romperse deja escapar una buena cantidad de líquido amniótico y como el cuello de la matriz no quede suficientemente obstruido por el hombro que se presenta, resulta que, en un tiempo relativamente corto y en virtud de las contrac-

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

ciones uterinas, el líquido sale en cantidad considerable y aun llega a faltar de una manera completa, quedando entonces la matriz, en virtud de su retractilidad, exactamente aplicada sobre el cuello del niño; en estas condiciones es imposible intentar una versión que, casi fatalmente llevaría a una ruptura de la matriz y a la muerte de la madre. ¿Qué hacer en estas circunstancias? Si el niño está vivo una operación cesarea salvadora a la vez para el niño y la madre, aún cuando este punto no esté definitivamente resuelto, pues hay Parteros que opinan que la cesárea solo debe hacerse cuando la bolsa de las aguas no se ha roto. Si el niño está muerto, hay que recurrir a la embriotomía para separar la cabeza del tronco del feto: dos partes demasiados voluminosas y que tienden a encajarse al mismo tiempo lo cual es imposible; se secciona al nivel del cuello para extraer estas dos partes sucesiva y no simultáneamente, siempre que el cuello es accesible; pero no en todos los casos se puede dividir a este nivel y entonces se tiene que seccionar al nivel del tórax o del abdomen: dos operaciones largas y penosas y al extraer los fragmentos, hemos visto los destrozos que se hacen en el canal pélvico y todas sus consecuencias. Por último, cuando el anillo de Bandl está retraído y el *feto entero* está colocado arriba de él, la embriotomía puede presentar muy grandes dificultades, porque el anillo opone al paso de la mano y de los instrumentos una resistencia casi invencible, en cuyo caso la operación es en extremo peligrosa para la vida de la madre.

La mayoría de los autores fija como momento ideal para la versión cuando la bolsa de las aguas se rompe o muy poco tiempo después, es decir, cuando la cantidad de líquido amniótico es suficiente para que el niño pueda ser movilizado sin dificultad y sin peligro para la madre. Cuando transcurre el tiempo y las contracciones uterinas van expulsando el líquido amniótico, las dificultades para la versión van aumentando también, así como los peligros de ruptura de la matriz. Por otra parte, los Tratados de Obstetricia no dicen qué signos claros y precisos se deben tener en cuenta para suspender en un momento dado una tentativa de versión y evitar la desgarradura de la matriz, o, en otros términos, cuando se hace difícil la versión por la salida de una importante cantidad de líquido amniótico no tenemos ningún signo claro que nos guíe y solo la prudencia de cada Operador le ayudará en un momento dado a suspender la maniobra para evitar el peligro que señalamos. Pues bien, todos estos inconvenientes y peligros se suprimen recurriendo a nuestro procedimiento que, reemplazando el líquido amniótico que ha salido, por suero estéril tibio, pone a la matriz en las condiciones en que estaba antes de la salida de aquel líquido y por consiguiente, volvemos a tener el caso en el momento propicio para la versión.

He aquí la técnica que seguimos: Instrumentos necesarios: una sonda de Nelatón de grueso calibre (números del 25 al 29); una jeringa de cristal de 20 c.c. y una pinza de curación intra-uterina; necesitamos además un litro de suero estéril.

Para practicarla ponemos a la enferma en el decúbito dorsal; vaciamos la vejiga y el ámpula rectal; se anestesia a la enferma; se dispone convenientemente el campo operatorio; hacemos un diag-

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

nóstico preciso de la posición de la cara ventral del cuerpo del niño; tomamos entre los dedos índice y medio de la mano derecha la extremidad cerrada de la sonda de Nelatón y lubrificando el dorso de la mano y el antebrazo con una sustancia aséptica y sosteniendo el fondo de la matriz con la otra mano, introducimos la sonda siguiendo la cara ventral del cuerpo del niño hasta llegar al fondo de la matriz; se deja en este sitio la extremidad de la sonda del modo siguiente: se suelta la sonda y flexionando los dedos índice y medio se coje y fija con su extremidad un punto situado atrás del vértice de la sonda; al extenderlos, teniendo fijo este punto, se saca la mano un pequeño tramo; de este modo vamos sosteniendo puntos situados más y más atrás del vértice de la sonda mientras se va sacando la mano y dejando por lo mismo la sonda en su lugar. Si esta maniobra no da resultado por estar la matriz muy contraída, se toma con la mano izquierda, una pinza larga, curva, de las de curación intrauterina y se introduce cerrada y pegada primero a la cara anterior del antebrazo y después a la cara palmar de la mano hasta llegar a los dedos entre los cuales se lleva la sonda; en este lugar se abre la pinza con precausión y se toma la sonda manteniéndola en su sitio mientras se saca la mano. Estas sondas tienen cuarenta centímetros de longitud y colocadas en el sitio conveniente, la extremidad abierta queda a unos cuantos centímetros fuera de la vulva. Pues bien, a esta extremidad abierta se adapta una geringa de 20 c.c. llena de suero tibio y se inyecta dentro de la matriz; una vez vacía la jeringa se vuelve a llenar y a inyectar continuando de este modo la operación hasta llegar a la cantidad de 500 c.c. que se introducen por término medio, teniendo en cuenta que la cantidad de líquido amniótico cuando se ha roto la bolsa de las aguas, varía de 500 a 1000 c.c. Esta manera de introducir el suero tibio y en cantidades cortas, tiene por objeto ir venciendo la retractilidad de la matriz sin provocar su contractilidad. Siempre he pensado que el reposo que se da a la matriz mientras se llena la jeringa entre una inyección y la siguiente favorece la penetración del líquido; porque he notado con satisfacción que todas las inyeccionse se hacen con la misma facilidad que la primera. Puede presentarse otra dificultad y es la siguiente: que el líquido se empiece a salir por la vulva antes de haber colocado la cantidad necesaria, en cuyo caso basta poner a la paciente en la posición de Trendelemburg y continuar la inyección. Puede también observarse la salida del líquido por la misma sonda; pero entonces lo que se hace es obstruirla con los dedos mientras se pone la inyección siguiente para impedir esta salida. Una vez colocados los 500 c.c. de suero, se tira de la sonda para extraerla con facilidad y se procede a hacer la versión.

Hace diez años que opero de este modo en la sala de Maternidad del Hospital General de Toluca y siempre he notado con satisfacción que la versión se facilita extraordinariamente. He llegado a reunir, en este lapso de tiempo setenta y ocho casos, más dos que corresponden al Dr. Trevilla, en los cuales no he fracasado ni una sola vez al poner el líquido. Hice setenta y siete versiones con toda comodidad y facilidad y sin ningún temor de ruptura de la matriz y solo en un caso no se pudo hacer la versión; pero por motivo

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

enteramente distinto: se le había administrado a la enferma, por persona ignorante, una cantidad tal de cocimiento de Zoapacle (ocitócico violento) que la matriz, fuertemente contraída sobre el producto, hizo imposible la versión y hubo necesidad de recurrir a la embriotomía. De los setenta y ocho casos que he reunido, en seis vivían los niños y pudieron salvarse al mismo tiempo que las madres.

Como tanto en el campo en donde esto se ve a diario, como también en las ciudades, no es posible reunir siempre, en un momento dado los elementos necesarios en personal e instrumentación para hacer una operación cesarea o una embriotomía de urgencia; como algunas veces también la habilidad del Médico no es tanta que garantice el éxito operatorio, resulta que, nuestro sencillo procedimiento que está al alcance de todo Partero y que es de fácil aplicación deberá ser intentado siempre, puesto que hace facil la versión, suprime los peligros de ruptura de la matriz y suprime también la necesidad de practicar por este motivo, las dos operaciones delicadas que antes citamos.

Causas y medios para evitar la mortalidad infantil de Lima

Trabajo presentado a la Sociedad Peruana de Pediatría

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE

Todas las naciones dedican con varia intensidad su atención a la política demográfica. Espolear la natalidad, poner valladar a los avances de la mortalidad, son actos de higiene pública que interesan a todos. Los funcionarios de sanidad y los estudiosos de la higiene no son los únicos que se consagran al conocimiento y revisión de la gestión demográfica. En medio del actual panorama social, en que el individuo humano es valorizado como el mas fuerte elemento de la potencia de una nación, según afirmó hace poco el profesor Rivacini, las mutaciones ofrecidas por la marcha de las agrupaciones humanas tienen que ser analizadas técnicamente por los médicos, las sociedades científicas y las reuniones internacionales.

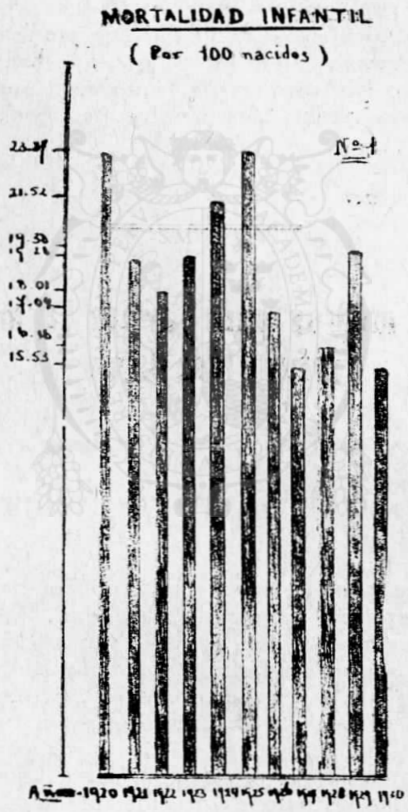
LIMITACION DEL TEMA

No va a hablar aquí el demógrafo, disecando hechos estadísticos complejos. Quien va a actuar es el pediatra que, con miras a la mortalidad infantil, capta las enfermedades que dejan surco en la obra prolífica de un pueblo. Por eso, dejará de pretender definir es-

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

tadísticamente muchas cosas, ni destacar sus diferencias. Conocida es la relación que existe entre natalidad y mortalidad. Ya pocos ignoran que por mortalidad infantil se entiende los óbitos ocurridos dentro del primer año de edad, y cuya cuantía se obtiene de las operaciones que resultan de comparar las cifras de nacimientos con las defunciones ocurridas en los doce primeros meses de la vida.

Siguiendo tales verdades, legadas por los teóricos de la Demografía, y las únicas que cumplen cuantos ciñen sus procedimientos a las severas normas científicas, la mortalidad infantil en Lima, durante los últimos diez años, es la que está expresda en el gráfico N°. 1. Junto con los otros dos sus datos pertenecen a la sección de demo-



grafía de la Dirección de Salubridad Pública, a cuyo frente se yergue la personalidad de Rómulo Eyzaguirre.

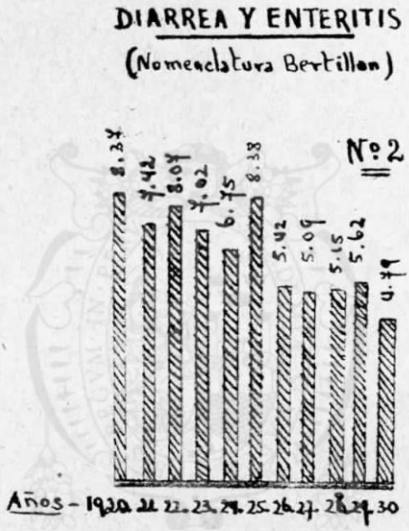
Los cómputos expresados son porcentuales. Ajustándolos al juicio interpretativo dicen que disminuyen los fallecimientos de 23.87 en 1920 a 15.68 en 1930. El guarismo es mediano. Hay ciudades suramericanas (San Pablo, Tucumán, Santiago de Chile), que la superan. Empero, es mayor a los de otras ciudades americanas y europeas, y aún a los coeficientes fijados para el primer año de la vida co-

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

mo ordinarios y normales. Bastaría ampliar aquellas medidas que ha tallado la obra de asistencia social y de protección al niño para bajar a la mitad los números actuales. Tales medidas certeras son conocidas de los pediatras e higienistas para detenerse a enumerarlas.

DIARREA Y ENTERITIS

La "diarrea y enteritis", rubro con que Bertillón encinta todos los procesos digestivos del lactante, merece un diagrama especial. El gráfico N°. 2 consigna su acción letal durante los diez años últi-



mos. Y ofrece las mayores bajas en el número de los lactantes que mueren. Buscando el año 1930 se encuentra el número 4.79 por cada cien nacidos en Lima. El guarismo es elevado.

Sería difícil separar las causas del trastorno intestinal. Sean los desarreglos alimenticios. Sean los originados por diversas infecciones (disentería, entero colitis). Y es que los certificados de defunción no aparecen precisos. No son escrupulosos. Dejan a menudo de consignar la clase de alimentación y las causas — muchas veces evitables— del proceso digestivo.

Es evidente que los primeros calores fuertes coinciden con despuntes en la mortalidad infantil por afecciones digestivas. Entre diciembre y marzo tienen su máximo. Y como en cada grupo mórbido cabe referir las medidas que deben oponérseles, aquí puede decirse que es urgente multiplicar las Gotas de Leche y los dispensarios para lactantes, verdaderos centros de salud donde se defiende la lactancia materna y donde se propaga la buena técnica de alimentación mixta o artificial con leche higiénica.

El agua pura, la limpieza, las buenas prácticas de vida, también tienen carta de ciudadanía —escribe Araoz Alfaro—en la evitación de

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

las enfermedades infecciosas del tubo digestivo, que pueden sumarse a las faltas alimenticias de la hecatombe infantil.

EL RENGLON "OTRAS ENFERMEDADES"

La primera edad es una etapa de la vida muy vulnerable. Tal caracteristica induce a conglobar con el epíteto "otras enfermedades" los mas variados procesos patológicos que matan a los niños. Allí caben la debilidad congénita y los vicios de conformación; las infecciones del recién nacido, como el raro tétano; y todas aquellas perturbaciones derivadas de las infecciones hereditarias, de las intoxicaciones crónicas y de la mala nutrición y fatiga de la madre durante la gestación.

Las gentes de seriedad científica muestran lo preciso que es, para evitarlas, la buena asistencia obstétrica: prenatal, durante el parto y en el puerperio. Es fácil de este modo asegurar las buenas condiciones del producto de la concepción. En torno de aquella están el tratamiento específico de la gestante, el reposo en los últimos meses del embarazo y los cuidados sociales de la madre, para prevenir la muerte precoz del recién nacido, el infanticidio y el abandono, sobre todo de los hijos llamados ilegítimos. Tales son las causas que, con desgarramiento y amargura, engruesan el rubro "otras enfermedades" de la mortalidad infantil, que no tiene porqué ser destacado y alcanzar el porcentaje de 2.92 el año último.

LA FALTA DE ASISTENCIA MEDICA

La inaplicación de los cuidados infantiles y la ignorancia de los pobladores son factores responsables del fallecimiento de los bebés a los que falta asistencia médico-social en el curso de la evolución morbosa. En Lima, fallecen por tal motivo muchos pequeñuelos (2.62 por ciento en 1930).

Por omisión de los cuidados médicos no debían morir los niños. Y es inconcebible que en los tiempos que corren, en medio de las ansias colectivistas de la hora presente, cuando el aspecto social de la medicina va triunfando contra los criterios del conservadorismo profesional, se encuentren muy apreciables guarismos de mortalidad infantil, por ausencia de los elementos asistenciales.

Ello revela con dolorosa elocuencia la necesidad de una inmediata cruzada de educación sanitaria. En la escuela, en el hogar, en el taller, donde sea menester emprenderla, ha de irse para conseguir de los progenitores que envíen a sus hijos a las instituciones de asistencia de niños. Que busquen el consejo higiénico. Que persigan la norma de la buena crianza. Que soliciten la medicación que asegure la vitalidad de los retoños valioso capital que representa el porvenir y el robustecimiento de los pueblos y las razas. El Dispensario — hay que recordarlo — no se ha hecho solo para el niño enfermo.

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

LOS MALES DEL APARATO RESPIRATORIO

Las afecciones agudas del aparato respiratorio constituyen un rubro de no escasa importancia en el obituario infantil. Su valor crece con la época fría. En Lima, llegaron a 1.86 por ciento, para la bronconeumonia, en el año pasado. Y cifras sensiblemente menores tiene la neumonia y las formas respiratorias de la gripe.

Un original concepto de la causa de la enfermedad, cuando no consideraciones de orden social, hacen que se disimule con la etiqueta de estas enfermedades a la tuberculosis. Se explica así el abultamiento de las cifras de la gripe y de las neumonias o bronconeumonias, frente a las del morbo de Koch. Un severo criterio científico debe primar, para poner diques, en la hora de certificar la muerte, a esta falacia demográfica.

La prevención de las afecciones agudas del aparato respiratorio se logra con adecuados cuidados del niño. Con prácticas higiénicas donde destaque el aseo corporal. Con el abrigo conveniente del pequeño. Y al lado de ello, la vivienda saludable, el local aireado sin hacinamientos ni enfermos en el albergue. Es evidente la ligazón que tienen estas con los problemas económicos. Pero el Estado siempre posee el medio de obtener la higienización de las viviendas, cuya habitalidad puede imponer en resguardo de la salud del niño y de sus progenitores.

LA MUERTE POR MENINGITIS

Las afecciones de las meninges tienen entre nosotros, una letalidad de 0,76 por cada cien nacidos. Tal coeficiente necesita saberse leer. Vale decir hay que conocer lo que encierra la cifra, interpretarla, y no aceptarla como escueto dato demográfico.

Y debe procederse de esta manera, porque no todas las muertes por meningitis representan las cerebro-espinales, ni las terminales de diversos procesos morbosos infantiles. La etiqueta oculta a menudo la tuberculosis de forma meníngea o la meningitis sifilitica. Razones sentimentales llevan a los médicos, algunas veces, a no consignarlas en el certificado. Acatan así los deseos familiares que miran la tuberculosis o la sífilis como enfermedades vergonzosas, cuando en su adquisición, acabamos de oirlo, no hay verguenza sino desgracia.

El hecho es común a muchos pueblos. Pero ajustando a la verdad los diagnósticos, se puede descubrir, además, que algunos fallecimientos por debilidad congénita y vicios de conformación, han sido producidos por la sífilis. Despistar la causa es, pues, descender el número de las primeras y llevar las de la segunda a su genuino valor letal.

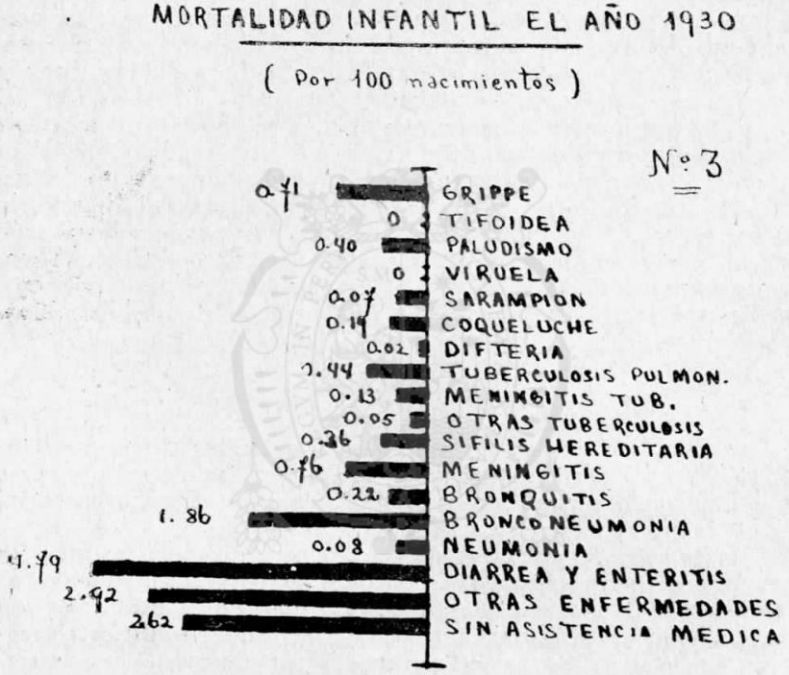
Un eficiente armamento de profilaxia reduciría los guarismos de la muerte por tuberculosis y sífilis. Para esta se precisan los dispensarios antisifilíticos, los servicios hospitalarios especializados, las campañas contra la prostitución y las severas medidas punitivas para el delito sanitario. En cuanto a aquella se logra con la obra

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

Grancher, la colocación familiar, los sanatorios y la vacunación B. C. G.

LAS ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS.

Las infecciones infantiles son los rubros más escasos del obituario. Tienen mas valor como índices de morbilidad. No puede motejárseles de ser causantes de muchos fallecimientos. Para todo el que explore el asunto resulta fácil evitar que hagan presa de los niños. Es que abundan las inmunizaciones específicas. Y el paludismo, que



es una de las afecciones con más cantidad, sobrelleva culpas que no son suyas. Diversos procesos mórbidos, cuya expresión más visible son las convulsiones, hacen que frecuentemente se consideren como la forma perniciosa palúdica. Desentrañando las entidades patológicas que provocan las convulsiones, especialmente en los niños predispuestos o tarados, se desvalorizará esa cifra.

Las buenas condiciones higiénicas del hogar, la vacunación obligatoria, la denuncia de los casos a las autoridades de higiene pública, son los factores que indudablemente contribuyen al aminoramiento de las muertes por las infecciones agudas al punto que tienen en la escala sanitaria de otros pueblos.

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

LAS ENSEÑANZAS DEL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil interfiere con los grandes problemas sociales. Nada hay mas complejo ni de mas vastas proyecciones, ha dicho con su autoridad el profesor Morquio. Condensa la razón de ser de dos ciencias nuevas: la Eugénica, que se ocupa de la perfección de la raza, y la Puericultura, que procura el desarrollo y crecimiento de la planta humana. Es por esto que su estudio pone a prueba el grado de civilización de un pueblo.

Basta revisar las causas de la mortalidad infantil limeña para señalar en cada caso las medidas y atajos que puedan oponérseles. Algunas de ellas se cumplen. Otras podrían crearse con poco esfuerzo. Pero lo que importa subrayar es la dispersión de los esfuerzos en favor del niño. En manos del poder público están unas instituciones protectoras. Las otras se mantienen por la acción privada o de las beneficencias. No se pide por ello que modifiquen sus orientaciones al primer soplo que pasa. Las convicciones científicas lo vedan. Tan solo se reclama la coordinación de sus acciones, la armonía entre todas y un plan general de asistencia para que, sin dispersión de esfuerzos y de iniciativas, se logre hacer fructífera una noble empresa. Está probado que la muerte de los niños deriva de caussas evitables y por no proteger a la madre, apoyo y sostén de la vida del niño. Orientar las fuerzas protectoras dentro de un plan conveniente de asistencia y bienestar social es tutelar la salud colectiva y defender el porvenir de la nacionalidad, urgido de contar con una población abundante, sana y vigorosa.

Noticias

VISITADORAS SANITARIAS ESCOLARES. — Lima, setiembre 23 de 1931.— Vista la comunicación del Jefe del Servicio Médico Escolar, a fin de que las celadoras escolares, actualmente dependientes de la Inspección de Instrucción Primaria, pasen también a estarlo bajo la dirección del Servicio Médico Escolar;

Considerando: Que es de absoluta necesidad determinar con precisión las funciones que a dichas celadoras corresponde;

Que en el caso, como lo es en efecto, de cumplir con determinar las causas de inasistencia de los escolares, especialmente por motivos de salud, su esfera de acción no puede circunscribirse a esta única labor, pues su papel es más amplio: la Inspección Sanitaria Social de carácter escolar:

Se resuelve: Designar con el nombre de visitadoras sanitarias escolares a las actuales celadoras y ordenar presten su colaboración al Servicio Médico Escolar en las provincias de Lima y Callao; de-

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

biendo este reglamentar debidamenre el servicio que presten las visitadoras sanitarias escolares.

Rúbrica del presidente de la Junta de Gobierno.— Regístrese y comuníquese.— (Firmado) GARRIDO LECA.

COMISION DE CONTROL Y VIGILANCIA DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES MEDICAS.— Lima, 30 de setiembre de 1931.— Teniendo en consideración: Que por resolución de 16 del mes en curso se creó una Comisión encargada del control deontológico de las profesiones médicas.

Que es conveniente ampliar la constitución de la mencionada Comisión, contemplando no solo el control del ejercicio de las profesiones médicas de una manera restringida, sino abarcando dentro de su esfera de acción, el control de todas aquellas profesiones conexas denominadas paramédicas.

Que para la debida eficacia de la labor de este organismo, es indispensable fijar las normas que rijan la deontología de las profesiones indicadas, propendiendo al establecimiento de una ley orgánica que— en sustitución de la ley de 1888—introduzca todas aquellas modificaciones que la experiencia aconseja; y dictar, igualmente una reglamentación que coordine y unifique las diversas disposiciones que se refieren a dicho control y vigilancia.

Se resuelve: La Comisión encargada del Control y vigilancia en el ejercicio de las profesiones médicas, estará constituída en la siguiente forma:

Un médico delegado de la Dirección de Salubridad, quien la presidirá.

Un delegado de la Facultad de Medicina de Lima.

Un delegado de la Academia Nacional de Medicina.

Un delegado del gremio médico.

Un delegado de la Escuela de Farmacia y Química Aplicada.

Un delegado del gremio de farmacéuticos.

Un delegado del Instituto de Odontología.

Un delegado del gremio de odontólogos.

Una delegada de la Asociación de Obstetrices.

Dicha comisión presentará para su aprobación por el Supremo Gobierno un proyecto de ley orgánica para el ejercicio de las profesiones médicas y su reglamentación respectiva.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del presidente de la Junta de Gobierno.— REATEGUI M.

SE CANCELA LA CONCESION DE VENTA DE DROGAS ESTUPEFACIENTES. — Lima, 30 de setiembre de 1931.— Teniendo en consideración: — Que por resolución suprema de 11 de setiembre de 1925, se dispuso que los Establecimientos Americanos Gratry sustituyeran a la Casa P. Ott y Cía., en la concesión para la venta y administración de las drogas bajo las condiciones estipuladas en el contrato anexo a la resolución suprema de 16 de noviembre de 1923;

Que no siendo conveniente para los intereses del Estado la vigencia de dicha concesión por cuanto, de manera principal se ha interpretado forzadamente las cláusulas 4ª y 5ª del convenio citado;

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

Tratándose de un servicio de carácter público;

Se Resuelve: 1º. — Cancelar la concesión otorgada a los Establecimientos Americanos Gratry para la venta y administración de las drogas sujetas a control en armonía con la ley 4428;

2º.—La Dirección de Salubridad procederá a practicar una liquidación de la concesión citada con sujeción estricta a las cláusulas del convenio mencionado, la que presentará al gobierno para resolver lo conveniente.

3º.—Los Establecimientos Americanos Gratry continuarán atendiendo a las necesidades del consumo de drogas, bajo el control de la Dirección de Salubridad, mientras se practique la liquidación citada y se expida la resolución a que haya lugar en conformidad con el artículo precedente.

Regístrese y comuníquese.— Rúbrica del presidente de la Junta de Gobierno.— Reategui M.

Bibliografía

BIOLOGIA Y PATOLOGIA DE LA MUJER por los Dres. J. Alban y L. Seitz. — Tomo III.— Consta de 612 páginas.—*Editorial Plus Ultra.*— Madrid. 1930.—Precio: 30 pesetas en rústica y 47,50 encuadernado en piel y tela.

El contenido de esta notable obra se encuentra enumerado en el siguiente índice:

Exploracion ginecologica por el Dr. *O. Polano.* — Exploración en general. — Posición para el reconocimiento. — Preparación para el reconocimiento. — Desinfección. — Iluminación. — La narcosis. — Exploraciones especiales. — Reconocimiento externo. — Examen uterino. — Reconocimiento de la vagina y de la *portio* con el espéculum. — Reconocimiento interior del útero. — Prueba del tapón. — Cateterismo. — Dilatación del cuello. — Palpación digital de la cavidad uterina. — La biopsia.— Prueba del raspado.— Investigación bacteriológica. — Exploración con instrumentos ópticos. — Métodos especiales en diagnóstico. — Punción exploradora. — La roentgenfotografía por medio del neumoperitoneo. Exploración de la permeabilidad de las trompas. — Comprobación de la resistencia de la piel a la corriente contínua. — Bibliografía.

Terapeutica medicamentosa y organica por el profesor doctor *Robert Koehler.*—Antisépticos, astringentes y desodorantes. — 1. Antisépticos. — 2. Astringentes. — 3. Desodorantes. — A) El tratamiento de los flujos no específicos. — B) Tratamiento de los flujos específicos. — C) Tratamiento de las afecciones no específicas de las vías urinarias. — D) Anticoncepcionales. — Hemostáticos y uterotónicos. — Hemostáticos de acción local. — Abortivos. — Emenagogos. — Bibliografía. — Organoterapia. — Hipofunción. A.—Hemorragias—B) Osteomalacia. — C) Hiperexcitabilidad se-

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

xual. — 1. Organoterapia de los trastornos circulatorios. — 2. Preparaciones de corpúsculos epiteliales.—3. Preparados de timo 4. Hormonal. — Narcóticos antineurálgicos y nervinos. — Tratamiento del prurito. — Manera de combatir las molestias climatéricas. — Tratamiento del vaginismo. — Afrodisiacos y anafrodisíacos. — Terapéutica medicamentosa de los neoplasmas. — 1. Tratamiento local. — A) Tratamiento epitumoral. — B) Tratamiento interatumoral. — 2. Tratamiento interno. — 3. Quimioterapia. — Tratamiento de los tumores por la colina. — 4. Bacterioterapia. — 5. Inmunoterapia. — A) Imnunización pasiva. — B) Inmunización activa. — Fermentoterapia. —Antifermentorapia. — Organoterapia.—Bibliografía.

PROTEINOTERAPIA por el profesor Dr. *Paul Lindig*. — Desarrollo histórico. — Medios de proteinoterapia. — Marcha de la reacción y mecanismo del efecto. — Indicaciones clínicas. — Técnica.—Dosificación y modo de empleo.—Conclusión.—Bibliografía.

ROENTGEN Y RADIUMTERAPIA por *Geb. Hograt* y *Ludwig y Seitz*. — I. Naturaleza y génesis de los rayos de los tubos roentgen y del radium. — II. Relaciones de los rayos de los tubos roentgen y y del radium con los rayos catódicos y los rayos *B* del radium.—III. Relaciones de los rayos *y* con los rayos canales de los tubos roentgen y con los rayos *a* del radium. — IV. Pérdida de rayos. — V. Modificaciones de los rayos *y* al atravesar tejidos muertos. — IV. Los tubos roentgen. — VII. Aparatos roentgen. — VIII. Medición de los rayos roentgen. — IX. Dosis profundas. — X. Efectos biológicos de los rayos *y*. — XI. Tratamiento previo y consecutivo a la radiación roentgen. — XII. Lesiones producidas por los rayos roentgen. XIII Técnica de la radiación roentgen. — XIV. Los elementos radioactivos y sus propiedades especiales.—XV. Medición, denominación y modo de aplicación de los preparados de radio más empleados. — Los portadores de radio en forma de aguja. — XVI. Filtración del radio. — XVII. Verificación biológica del radium. — XVIII. Tratamiento por la emanación. — XIX. Accidentes que produce el radio y manera de evitarlos.—Bibliografía.

METODO FISICOS DE TRATAMIENTO por el profesor Dr. *Heinrich Guthmann* de Frankfort, con 93 figuras intercaladas en el texto. Introducción. — A) Mecanoterapia. — B) El tratamiento ortopédico de las desviaciones uterinas (pesarioterapia).— C) Electroterapia. — Fundamentos físicos, químicos y biológicofísicos de la electroterapia.—D) Termoterapia.—Bibliografía.

CONSEJOS PRACTICOS A LOS NERVIOSOS por el Dr. A. AUSTREGESILO.—Un tomo de 250 páginas.—*J. Morata*, editor. —Madrid, 1931.

El profesor Austregesilo tiene grandes condiciones de divulgador. Su pluma ágil hace perder a los árduos temas médicos la aridez propia y toman una forma alada, eficiente para el gran público de enfermos a quien dirige sus escritos.

En la mayoría de los casos la imaginación es la creadora de los males nerviosos funcionales. Todos los miedos o fobias todas las dudas o conmociones exageradas, todos los escrúpulos, son resultados de yerros que se transforman en estados aflictivos. El nervioso

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

sufre, con frecuencia, por lo que no existe o por lo que no ha de suceder; sus sufrimientos son falsas presunciones de tempestades y borrascas que jamás enturbiarán el cielo azul de su vida.

Todos los síntomas nerviosos que caracterizan la neurastenia, histeria, nervosismo, llámense miedos, obsesiones, conmociones intempestivas, manías mentales, sueños, etc., se desarrollan en el "inconciente", producidos por la imaginación.

Desde este punto de vista enfoca el autor la terapéutica de la curación de las personas nerviosas y con un fino instinto y una lógica persuasiva hace que el lector aprenda a refrenar los ímpetus del subconciente, verdadera cura de la voluntad, y que en todos los movimientos psíquicos de su vida impere el yo superior.

Hay que recomendar la lectura de este libro verdaderamente piadoso, que lleva un rayo de optimismo claro y brillante a los cerebros martirizados por la tiranía del inconciente.

ELEMENTOS DE PATOLOGIA QUIRURGICA. TRAUMATISMOS por el Dr. Laureano Olivares.—Un volumen de 165 páginas.— *Javier Morata*, editor.—Madrid 1931.— 10 pesetas.

En esta obra el autor estudia lo que debe entenderse por traumatismo, fijando no sólo el aspecto práctico del vocablo, sino señalando en sus bases doctrinales, los diferentes problemas que bajo ese nombre genérico, se presentan al médico: hace una clasificación exacta de los mismos y con arreglo a ella comienza a estudiar la «contusión» en todos sus aspectos, fijando bien sus caracteres, sobre todo en lo referente a los problemas médicolegales en que con tanta frecuencia actúa el médico práctico.

En el capítulo "Heridas" detalla los caracteres de las producidas por asta de toro, concretando la conducta a seguir en cada caso.

La lección dedicada a las heridas por arma defuego, recopila, en breve espacio, toda la experiencia de la gran guerra estudiando las características de los diversos proyectiles y explicando su modo especial de acción vulnerante.

Pasa luego a ocuparse de la "gangrena" en todos sus aspectos, indicando las posibilidades que pueden esperarse de los nuevos procedimientos de Sicard y Reinaldo dos Santos de arteriografía por lo que respecta a las de origen trombótico y fija el tratamiento de cada variedad de aquélla.

Tratando de las "úlceras" dedica gran atención al mecanismo de su producción y anatomía patológica, sobre todo en lo que respecta a las de decúbito.

En las «fístulas» explica el modo de producción y tratamiento, dando reglas seguras para su diagnóstico etiológico.

Los "cuerpos extraños" son tratados de modo magistral, dando al médico las normas para evitar los llamativos fracasos a que se expone por operar a la vista de una radiografía antigua, sobre todo tratándose de agujas.

Al estudiar las «quemaduras», después de exponer sus características, hace detenido examen de las causas de muerte, explicando las diferentes teorías de Catiano, Pfeiffer, anafiláctica, etc. Con respecto al tratamiento, se ocupa de la conducta a seguir en cada caso

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

y grado de las mismas. Dentro de este capírtulo hay lecciones dedicadas al rayo, corriente eléctrica y rayos X.

Luego, considerando al "traumatizado" en la totalidad de su complejo orgánico, explica las modernas teorías de las necrohormonas y los fundamentos científicos sobre que se basa la operación de Stania y los estudios de Oberland. A continuación trata del equilibrio acidobásico en los «traumatizados» explicando el porqué de la acetonuria y la importancia de la diabetes en cirugía.

El capítulo dedicado al "shock" es maravilloso, no sólo en lo que atañe al tratamiento, sino por el análisis detallado de las teorías de Crile, Henderson, Quenuc, etc., valorándolas con gran acierto crítico; y, por último, termina el libro con las «infecciones», cuya sintomatología general es analizada.

Tal es el contenido del libro que comentamos a grandes rasgos, en el que el sabio profesor Olivares expone sus profundos conocimientos.

RECIENTES ADQUISICIONES EN PEDIATRIA por los Dres. J. PEARSON y C. WYLLIE.—Dos tomos con un total de 800 páginas.—*Javier Morata*, editor.—Madrid, 1931.

Como dice el título, esta obrita se ocupa fundamentalmente de las últimas cuestiones pediátricas. Su lectura es una interesante recopilación de nuevos hechos clínicos, debidamente sancionados y expuestos con un riguroso método científico. Es obra de gran importancia para el práctico que quiera tener al día sus conocimientos y no disponga de tiempo para seleccionar el dato interesante entre la avalancha de libros y revistas. La traducción muy cuidada y redactada en un lenguaje elegante y sobrio, acredita la cultura de los traductores.

CHIRURGIE ESTHETIQUE PURE. TECHNIQUE ET RESULTATS por el Dr. PASSOT.—*Collection des Actualités de Médicine Pratique*.—Un volumen de 283 páginas.—*G. Doin et Cie*. Editeurs. — París 1931. — 45 francos.

La cirugía estética pura ha entrado en un período de espléndido florecimiento. Propulsada en Francia, principalmente por el autor, ha avanzado a pasos de gigante desde que la cirugía reparadora, su hermana mayor, le prepararó el terreno para su desenvolvimiento.

El libro está dividido en tres partes: en la primera se estudian los métodos generales de la cirugía estética, haciendo hincapié en la importancia que hay que atribuir al examen preliminar, ordenando los casos que se presentan en la práctica desde el punto de vista de su operabilidad y, entrando de lleno, luego, en la técnica general de las intervenciones estéticas, detállanse los cuidados preoperatorios, anestesia local, incisiones, suturas y vendajes estéticos.

En la segunda parte se especifican las intervenciones estéticas de la cara, comprendiendo la corrección de los rasgos defectuosos de la nariz, ojos, boca, orejas y contorno facial; después la de las arrugas de todas las regiones, deficiencias del sistema piloso (cabeza cejas, pestañas) y, por último, la estética de la parálisis facial,

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

La tercera parte trata de la cirugía de los defectos corporales, extendiéndose extraordinariamente en la cirugía estética de la mama y terminando con el estudio y corrección de las adiposis localizadas.

APPAREIL RESPIRATOIRE por el Dr. PIERRE PRUVOST.— Un tomo de 610 páginas Colección "Les Consultations Journaliéres". —*G. Doin et Cie. editeurs.*—París, 1931.—55 fs.

El presente tomo está dedicado a las enfermedades del aparato respiratorio con exclusión de la tuberculosis. Es éste un libro esencialmente práctico, escrito principalmente con vistas a establecer un buen diagnóstico en el que fundamentar un certero pronóstico y un tratamiento adecuado.

Comienza el autor previniendo al lector contra los errores y dificultades diagnósticas, luego analiza los síntomas, los síndromes y las enfermedades y finalmente detalla la terapéutica aplicable en particular a cada afección.

El libro está escrito en forma abreviada, casi esquemática, y para cada cuestión el autor presenta un plan de investigación o de actuación que facilita hacerse cargo rápidamente de los diversos problemas diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.

El contenido del libro no queda limitado a las afecciones clásicas, sino que sobresale del cuadro ordinario, incluyendo otras que el especialista del aparato respiratorio no puede dejar de ver, como las complicaciones respiratorias de los operados o la repercusión de las afecciones cardiovasculares sobre el aparato respiratorio.

Aparte de los detalles terapéuticos incluídos en la descripción de cada enfermedad, contiene el libro una parte muy práctica dedicada a la exposición de los diferentes métodos, especialmente relacionados con el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio, no limitándose el autor a los propiamente médicos, sino invadiendo también el campo de la cirugía o de otras especialidades.

LES BASES FONDAMENTALES DE L'AUSCULTATION por el Dr. EMILE SERGENT.— Un tomo de 60 páginas. — Colección "*La pratique médicale illustrée*".—*G. Doin et Cie. editeurs* — París 1931.

Esta monografía del profesor Sergent es una reimpresión de un trabajo suyo publicado en 1926 en los Archivos Médico-quirúrgicos del aparato respiratorio, con algunas modificaciones resultantes de investigaciones complementarias hechas en colaboración con el Dr. Vidrasco (de Bucarest) sobre la reproducción experimental de la voz auscultada, el soplo y los ruidos cavitarios, investigaciones publicadas también, en 1928, en los mismos archivos.

En la primera parte, estudia el Prof. Sergent las bases fundamentales del determinismo de los soplos respiratorios, distinguiendo, al igual que Laennec, el ruido respiratorio como formado por otros dos: el laringotraqueal y el murmullo vesicular, ruidos debidos a estrechamientos o diafragmas situados en el trayecto de la columna de aire respirado (glotis y esfínter supralobulillar). Luego considera las condiciones secundarias del determinismo de los soplos respiratorios de las que dependerían las modificaciones de los soplos en cuanto a intensidad, tonalidad y timbre. Finalmente describe

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

los tipos fundamentales de los soplos respiratorios patológicos: soplos tubárico, pleural, cavernoso y anfórico, de los cuales, el primero, el soplo tubárico, es el tipo de que derivan los demás.

La segunda parte de la monografía contiene los ensayos de reproducción experimental de los soplos respiratorios patológicos y de la voz auscultada, hechos por el Dr. Vidrasco. Estos experimentos realizados con un material muy sencillo, confirman las ideas expuestas en la primera parte y pueden ser base de ulteriores investigaciones para aclarar particularidades clínicas de mayor complicación.

RECIENTES ADQUISICIONES EN PSIQUIATRIA por el Dr. HENRY DEVINE.—Un tomo de 416 páginas.—*Javier Morata, editor*.—Madrid 1931.—25 pesetas.

La obra de Henry Devine es un indiscutible acierto.

En el primer capítulo, que trata de los fundamentos de la psiquiatría, se ve que el autor tiene una concepción muy amplia y nada arcial, sino integral, de lo que la psiquiatría es en sí y de su engranaje con el resto de la patología humana. La solidaridad de todas las funciones orgánicas que especializadas que sean, la reacción constante con el medio ambiente, la tendencia y necesidad de que las reacciones mútuas entre individuo y ambiente estén siempre coordinadas y dirigidas a mantener la estructura normal del organismo y el que la noción de la vida requiera siempre la correlación de dos factores, el individuo y el medio ambiente, son ideas muy bien desarrolladas.

Aparte de este primer capítulo, dedica el autor estudios interesantísimos a la importancia de los factores tóxicos, infecciosos y somáticos en la etiología de las enfermedades mentales; a los efectos de las enfermedades somáticas en los individuos psicóticos; a la biopsíquicos y a la psicología y psicosis.

L'INFARTUS DU MYOCARDE por el Dr. E. DONZELOT. —*La Pratique Médicale Illustree.—Gaston Doin et Fils* editeurs. —París, 1931.

Los focos de necrosis miocárdica, aun cuando estudiados de antiguo desde el punto de vista anatomopatológico, habían llamado poco la atención de los clínicos merced a la modestia de los medios de exploración en patología cardiaca; tan solo los progresos de la electrocardiografía han hecho posible el diagnóstico clínico de las necrosis miocárdicas, habiéndose distinguido incluso dos grandes agrupaciones clínicas de enfermos: en unos predominan los fenómenos anginosos, en otros los de insuficiencia cardíaca. El autor estudia detalladamente las diversas manifestaciones clínicas e insiste sobre todo en el diagnóstico electrocardiográfico.

LES CARDIO-RENAUX por el Prof. P. MERKLEN y E. ARON. — *La Pratique Medicale Illustree. — Gaston Doin et Fils*, editeurs.— París 1931.

El concepto cardiorrenal, aun cuando en sus fases finales no de grandes dificultades clínicas en su diagnóstico, entraña en su génesis y desarrollo diversos problemas de etiología y patogenia por la multiplicidad de elementos de influencia recíproca. Para desenmarañar

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

la cuestión precisa seguir la evolución de los enfermos, agruparlos. Los autores de esta excelente monografía exponen el asunto en varios capítulos: los asistólicos con riñón cardiaco, los renocardíacos hipertensos, idem por nefritis edematosa y la aorticorenales. El estudio, como sus autores anuncian, es clínico, aún cuando estimamos hubiera sido procedente algunas subsiguientes notas de orientación terapéutica.

MANUEL DE CLINIQUE CHIRURGICALE JOURNALIERE, por el Ds. HENRI LORIN.—Un volumen ds 270 páginas.—*Gaston Doin et Fils*, editeurs.—París, 1931.

El nuevo libro de diagnóstico quirúrgico que lanza al público médico la casa Doin se caracteriza por la claridad en la exposición propia de la escuela francesa y por una nueva orientación en el desarrollo de los capítulos. En la primera parte trata de las afecciones generales, que expone de un modo conciso, haciendo hincapié sobre todo en los síntomas cardinales de cada afección, limitándose a precisar los caracteres que la distinguen de aquellas otras frecuentes con que pueden confundirse. A continuación de cada afección general detalla las localizaciones más importantes de la misma, fac litando de este modo la exposición suscinta sin que padezca la claridad

Un estudio preliminar del examen del terreno y la resistencia orgánica completan esta primera parte.

Siguiendo el mismo método desarrolla en la segunda parte el examen y el diagnóstico de las principales enfermedades quirúrgicas regionales, lo que unido a la profusión de esquemas y fotografías hace de este manual una guía muy recomendable, sobre todo a los médicos prácticos y a los estudiantes, que les permitirá orientarse rápidamente en el diagnóstico de las afecciones quirúrgicas más frecuentes, sin necesidad de recurrir a los grandes tratados de patolo gía externa.

ASCENSION ESPIRITUAL por el Dr. A. AUSTREGESILO. Un tomo de 262 páginas.—*Javier Morata*, editor.—Madrid 1931.

Este ensayo del profesor Austregesilo, de psicoterapia filosófica, constituye un acierto notable. Libro escrito con un motivo altruista, defiende el punto de vista de que la vida es buena, pero los hombres la hacen mala, y para demostrar este aserto, analiza y estudia con optimismo las más amables teorías.

En este librito ofrece al público conceptos que le serán útiles porque tienen su origen en las lecciones de la existencia.

La vida debe ser considerada por todos como un bien. La única arma capaz de hacer ese milagro es el espíritu. Edúquesele pues.

RECIENTES ADQUISICIONES EN ANATOMIA por el Dr. H. WOOLLARD.—Un volumen de 372 páginas.—*Javier Morata, editor*. —Madrid 1931.—Encuadernado en tela, 12,50 pesetas.

Este libro constituye un notable acierto. Recopilar y estudiar no todas las cuestiones anatómicas recientemente esclarecidas, sino aquellas de más candente actualidad, en forma tal, que propaga su entusiasmo a los lectores por el tacto y el arte con que el estudio se realiza.

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

La obra merece una gran difusión y llegará a ser un verdadero breviario del hombre de ciencia.

LA CONSTIPATION; SON TRAITEMENT por el Dr. A. Becart.—Un volumen de 24 páginas.—*Gasion-Doinet Fils, editeurs.*—París 1931.

Un trabajo breve y sencillo, pero lleno de sabrosas enseñanzas es este estudio del distinguido clínico Dr. Bécart. En un reducido número de páginas se pone de manifiesto cómo con un diagnóstico etiológico preciso, el estudio de la variedad de estreñimientos y la aplicación del tratamiento apropiado permite casi siempre obtener una curación rápida, aún en los casos de estreñimiento más rebelde.

INDEX DE LAS ESPECIALIDADES TERAPEUTICAS, PARA USO DE MEDICOS Y FARMACEUTICOS por el Dr. E. H. Lozano.—Un volumen de 322 páginas encuadernado en tela, 8 pesetas.—*Espasa Calpe*, editores.—Madrid 1930.

El Index es un libro de utilidad manifiesta para los médicos, farmacéuticos y prácticos de ambas profesiones.

Proporciona los conocimientos necesarios para comprender la enrevesada nomenclatura de los medicamentos químico-orgánicos, en relación con las denominaciones frecuentes en Terapéutica y en el Comercio. Da a conocer la composición y constitución química de casi la totalidad de estos agentes medicamentosos; indica las formas farmacéuticas y terapéuticas de su administración; señala la posología por vía externa, "per os" o hipodérmica, y reseña las indicaciones que tienen para la curación de las enfermedades.

Los miles de cuerpos considerados en este Compendio dan idea del esfuerzo hecho por el autor para lograr una recopilación tan extensa y para conseguir una catalogación tan perfecta y tan rigurosamente científica. En efecto, todas estas sustancias medicinales se agrupan por la naturaleza inorgánica u orgánica de sus partes constitutivas y por las funciones químicas que en ellas se destacan. Los preparados alimenticios, los sueros, vacunas y productos organoterápicos, se clasifican al final.

La mayoría de las gentes creen que los médicos tenemos callo en el corazón. Según ellos nos dá igual que los enfermos se mueran o se salven. Convertimos la profesión en un ganapan mecánico podado de lirismo. Afortunadamente no es ésta la verdad ni lo fué nunca.—Dr. Juarros.

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

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERU

La Berruga de los Conquistadores del Perú

Conferencia pronunciada en la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. ANGEL MALDONADO

¡El estudio de la Medicina debería empezar por el del clima.
HIPÓLITO UNANUE.

I.—EL PORQUÉ DEL PRESENTE TRABAJO

Conmemórase este año de 1931 el cuarto centenario del tercer viaje de descubrimiento y conquista del Ecuador y del Perú, hecho por Francisco Pizarro y por los valerosos españoles que le acompañaron y también de aquella epidemia que se ha llamado de BERRUGAS, así con b labial y en plural, que tantas fatigas causó a los expedicionarios al apoderarse y establecerse varios meses en el pueblo ecuatoriano de Coaque. Esta epidemia mencionada por casi todos los cronistas e historiadores de Indias, ha apasionado a muchos hombres de ciencia, que han querido ver en ella a la *Enfermedad de Carrión o Verruga peruana*, dándole tanto valor que en todas las obras importantes sobre esta dolencia, se inician con ella los estudios históricos.

Así la obra clásica sobre la *Verruga peruana* titulada "La Maladie de Carrión" del profesor Ernesto Odriozola, en su primer párrafo dice: "Cuando los españoles, mandados por Francisco Pizarro, desembarcaron y tomaron posesión de la costa occidental de América del sur, fueron pronto atacados por una enfermedad muy rara, completamente desconocida y que les llamó grandemente la atención. Los escritores de aquella época nos han dejado relatos que corresponden sin duda alguna, a la *Enfermedad de Carrión*".

Fueron tales los padecimientos de ese puñado de valientes que resistieron la epidemia o epidemias de Coaque, que Calancha exclama: "por estas cosas dicen los Autores extrangeros, que los que ganaron estas tierras, eran locos, necios y porfiados. Yo diré, agrega Calancha, que eran valerosos con deseo de fama, y empeñados en continuarlo con codicia del interés" (1); y Gomara afirma el coraje del Gobernador al decir que "Pizarro, aunque sentía la dolencia, y muertes de sus compañeros, no dejó la Empresa, antes envió veinte mil Pesos de Oro a Diego de Almagro, para que enviase de Panamá y de Nicaragua los más Hombres, Caballos, Armas y Vituallas

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

que pudiese, y para abonar la tierra de su Conquista, que tenía ruin fama" (10).

Es en homenaje a dicho centenario, que pretendo esclarecer el diagnóstico de la llamada por Patrón *Verruga de los conquistadores del Perú* (2), a cuyo efecto se estudiarán las versiones de los Cronistas e Historiadores de Indias, las opiniones médicas y extra médicas más autorizadas sobre su naturaleza, el clima y la vegetación de las costas del Ecuador y del Perú, y con el estado actual de los conocimientos sobre enfermedades tropicales, plantear al final el diagnóstico retrospectivo de aquella epidemia, que fué el más grande azote y el más enorme obstáculo de los primeros tiempos en la audaz conquista de la costa sur del Pacífico Americano.

II.— Coaque

Coaque, Coaqui, Cuaque o Quaque (Fig. 1), pueblo del reino de los Siris, estuvo situado a dos minutos de latitud boreal, en la ensenada constituída por la punta del Palmar al sur y la del Pedernal al norte. Coaque aparece representado en el mapa de Diego Gutiero del año 1562 (5) y el río Coaque figura en los mapas modernos como el Mapa Geográfico Histórico de la República del Ecuador del R. P. Fray Enrique Vacas Galindo y en la carta de Vegetación del Ecuador de Wolf (3). La desembocadura de este río se hace en territorio que hoy pertenece a la provincia de Manabí.

Wolf describe el río Coaque como: "un sistema fluvial muy parecido al de Jama, cuya boca se encuentra a 5 leguas más al N., muy cerca de la punta Pedernales. El Coaque nace en las montañas del mismo nombre, en las cercanías de algunos tributarios del río Quinindé. Su curso superior se dirige de N. E. a S. O., y el inferior, desde el pié del cerro Pata de Pájaro, que es el punto culminante de la región, al occidente. Una legua antes de entrar al mar, recibe del lado sur el río de San José, que es casi tan grande como el Cuaque mismo, y parecido a este en su curso y demás condiciones" (3).

Desde ahora es preciso decir ciertas características de Coaque, señaladas ya por los cronistas: Pedro Pizarro menciona a Coaque "junto a muy grandes montañas y muy espesas" (4); Estete al hablar de los indígenas de ese pueblo asevera que "los naturales de él huyeron todos a las montañas" (6); y Herrera dice de Coaque que era pueblo "entre grandes Montañas" (15).

III.—Características de la epidemia de berrugas de coaque

De la epidemia de *berrugas* de Coaque, hacen mención Pedro Pizarro (4), Aliaga (7), Jeréz (8), Estete (6), Oviedo (9), Gomara (10), Zárate (11), Cieza de León (12), Garcilaso (13), Calancha (1), Ruiz Naharro (14), Herrera (15), Oliva (16), Anónimo (17) y Montesinos (18), de cuyos relatos se desprenden los siguientes hechos:

La epidemia de Coaque, no fué algo nuevo en ese pueblo, pues Cieza de León (12), afirma que esta enfermedad de *berrugas*, era endémica y conocida por los naturales desde tiempo atrás; y Herrera (15) hace parecida afirmación refiriéndose a Puerto Viejo.

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

Los conquistadores se dieron cuenta de que el período de incubación de esta enfermedad era de un mes, más o menos, pues Oviedo dice que "en aquella tierra casi todos los españoles que en ella están, de un mes arriba, crían unas *berrugas* sucias y grandes" (9).

Es muy interesante anotar la sagacidad del Gobernador Francisco Pizarro, a juzgar por las palabras de Estete que, "llegada la gente de Panamá, donde el dicho Pizarro estaba con harta necesidad, fué muy gran alivio y socorro y parte para poder salir de allí; y *así antes que la tierra probase a los recien venidos*, partieron de dicho pueblo, Coaque, la costa adelante, llevando los navíos a la vista" (6).

La epidemia de Coaque, tuvo caracteres de tal, pues según Zárate fué "tan general en todo el Ejército, que pocos se libraron de ella" (11); y Pedro Pizarro afirma que "pocos escaparon que no las tuvieron" (4).

Reputaron de "mal grave" (12) a la enfermedad de *berrugas*.

Estuvieron tan ignorantes del tratamiento que, Gomara exclama "como era nueva enfermedad, no sabían que hacerse" (10); y Oliva "que no sabían que hacerse ni remedio para tan rigurosa enfermedad, que solo tenía de alibio la trisca y burla que los unos hacían de los otros" (16).

Garcilaso (13) y Oliva (16) afirman que en la epidemia de Coaque "murieron muchos, otros muchos sanaron"; Estete habla de los "muchos que se murieron" (6), y Calancha de "que murieron muchos" (1).

Zárate hace alusión al clima tropical de la región de Coaque cuando dice "es tierra muy caliente, y enferma, especialmente de unas *Berrugas* muy enconadas, que nacen en el rostro, y otros miembros, que tienen muy hondas las raíces, de peor calidad que las *bubas*" (11).

De los mismos relatos de cronistas e historiadores, se saca en limpio que, al describir el mal de *berrugas* se dieron cuenta:

a).—De su contagiosidad, pues Herrera dice que "dábales pena el no saberse curar de enfermedad tan contagiosa" (15);

b).—De los "dolores reumatoides y osteócopos, que inmobilizan a menudo el enfermo" (19), pues para Pedro Pizarro "algunos españoles que se echaban amanecían tullidos, que si el brazo estaba doblado o la pierna al dormir, no la podían desdoblar sino era con muy gran trabajo y beneficios, esto aconteció a algunos y aún se entendió que esto fué el orígen de una enfermedad que dió de *berrugas*, tan mala y congojosa, que tuvo a mucha gente muy fatigada y trabajada con muchos dolores como si estuvieran de *bubas* hasta que salían grandes *berrugas* en el cuerpo" (4); Gomara afirma que "atormentaban, y dolían" (10); y Herrera que "aconteció acostarse sanos.... algunos amanecían muertos: otros con los miembros encojidos" (15);

c).—De que ocasionaba hinchazones, pues Herrera dice que "aconteció acostarse sanos, y levantarse hinchados" (15)';

d).—De las grandes pápulas que tenían predilección por la cara, que describen en la siguiente forma: para Pedro Pizarro "algunas *berrugas*, eran, tan grandes como huevos, y reventando el cuero, les corría materia y sangre que tenían que cortárselas y echarles en la llaga cosas fuertes para sacar la raíz" (4); Gomara las describe como

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

"*Berrugas* o *Pupas* a las cejas, narices, orejas y otras partes de la cara, y cuerpo, tan grandes como Nueces, y muy sangrientas" (10); Garcilaso y Oliva dicen que "les nacían por la cabeza, por el rostro y por todo el cuerpo, unas como *berrugas*, que lo parecían al principio cuando se les mostraban; más después yendo creciendo, se ponían como brebas prietas y del tamaño dellas; pendían de un pezón; destilaban de si mucha sangre, causaban grandísimo dolor y horror; no se dejaban tocar; ponían feísimos a los que daban; porque unas *berrugas* colgaban de la frente, otras de las cejas, otras del pico de la nariz, de las barbas y orejas" (13) (16); según Estete "eran tan grandes como nueces y avellanas, sangrando muchas de ellas" (6); Cieza las menciona "del grandor de nueces" (12); Oviedo habla de las "*berrugas* sucias y grandes, que a algunos les salen en la cara y a otros en el cuerpo" (9); Calancha de las "*berrugas*, o *pupas* casi tan grandes como nueces, penosos bultos en las partes del rostro, que les causaba rabioso dolor y sangre" (1); y Herrera de que "nacíanles *berrugas* encima de los ojos, y por todo el cuerpo, con grandes dolores, que causan impedimento" (15).

e).—De las pequeñas pápulas, pues según Pedro Pizarro además de las grandes *berrugas* brotaban "otras tan menudas como sarampión que se hinchían los hombres todo el cuerpo" (4); y Herrera que "a otros les nacieron más menudas, y espesas" (15).

f).—De las epistaxis debidas a lesiones en las fosas nasales, pues Estete dice de la *berruga* "que daba a las gentes a manera de viruelas, salvo que eran tan grandes, como nueces y avellanas, sangrando muchas de ellas y por las narices" (6).

g).—De que esta enfermedad causaba más estragos en los forasteros que en los naturales, como se deduce de las palabras de Estete "cierto, esta enfermedad fué plaga nueva y nunca vista en el mundo, aunque no fué nueva en los españoles, que aquellos indios se usaba, pero no tan dañosa por ser su propia tierra" (6);

h).—De que no a todos los individuos atacaba con la misma intensidad, a juzgar por la afirmación de Pedro Pizarro de que "a unos, dió más que a otros" (4);

i).—Del color peculiar de las pápulas, pues Cieza de León (12) y Murillo Velarde (20) mencionan las "berrugas bermejas";

j).—De que la extirpación de las pápulas producía abundante hemorragia, pues según Herrera "los que se las cortaban, se desangraban tanto, que pocos escaparon" (15); para Oviedo "si revientan se desangran por ellas e aun peligran algunos" (9); y para Montesinos la *berruga* era "una enfermedad tan penosa por el dolor como por no conocida, algunos impacientes las cortaban, desangrabánse , y morían muchos" (18);

k).— De que las pápulas daban exudado de olor desagradable, pues Pedro Pizarro afirma que de ellas "corría materia" (4); y Oviedo habla de las *berrugas* que "huelen mal" (9);

l).— De que las *berrugas* afeaban los rostros: Ruiz Naharro refiere que en la "bahía de Quaque enfermaron algunos de nuestros españoles de achaque de viruelas y *bubas*, de que murieron algunos, y otros quedaron hoyosos los rostros y sumamente feos, efecto que causan las viruelas" (14); Gomara que "renegaban de la Tierra, y de quien a ella los trajo, viéndose tan feos, pero como no tenían en que

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

tornarse a Panamá, sufrían" y también llama a la *berruga* "feo mal" (10); Herrera dice de ellas que causaban "fealdad" (15); Garcilaso agrega que "ponían feísimos a los que le daban" y califica al mal de berrugas como "enfermedad extraña y abominable" (13); y Cieza afirma que "además de ser mal grave, es mayor la fealdad que hace en los rostros" (12).

Las *berrugas* atribuyeron según Pedro Pizarro, a "unos pescados que comieron en las provincias de Puerto Viejo, que los indios dieron de malicia a los españoles" (4); Herrera, que "díjose que este mal fué causado de cierto Pescado empozoñado, que les dieron los Indios" y que se atribuyó también a que los indígenas hubieran envenenado el agua que bebían los españoles (15); Cieza, que "creése que de comer algún pescado procede este mal" (12); y Oviedo refiriéndose a los indios que habitaban en la costa de Puerto Viejo sostiene que "comen el pescado crudo, e lo más que allí hay son bonitos, e creése de que aquel pescado proceden las *berrugas* ques dicho a los que comen esse pescado" (9).

Ninguno de los cronistas ni historiadores de Indias menciona o hace siquiera vaga alusión a la anemia de la *Enfermedad de Carrión*.

Tales fueron las características de aquella extraña enfermedad que los españoles llamaron de *berrugas*.

IV.—Examen de las opiniones medicas

Tomás Salazar (21), Leonidas Avendaño (53), David Matto (54), Pablo Patrón (2), Dámaso D. Antúnez (56), Juan C. Castillo (55), Ernesto Odriozola (22), Daniel E. Lavorería (23), Manuel O. Tamayo (60), Julio C. Tello (24), Julián Arce (25) y Hermilio Valdizán (26), son los médicos que han intentado formular el diagnóstico de la epidemia de *berrugas* de Coaque.

Salazar es de opinión que la epidemia de Coaque fué *Enfermedad de Carrión*.

Avendaño y Matto opinan del mismo modo.

Patrón llega a la misma conclusión, pues dice que "confrontados los textos aducidos, por él, salta a la vista que la verruga de los invasores del Perú, iniciada por dolores musculares profundos, seguidos de una erupción ya de tumores, grandes hemorrágicos, ya de otros pequeños y apiñados, no es sino la entidad morbosa hasta hoy conocida con ese mismo nombre" (2).

Antúnez y Castillo participan de la misma opinión.

Lavorería se expresa así: "En cuanto a la verruga, enfermedad indígena del Perú, no cabe la menor duda de que existió en tiempo de los Incas. Todos los historiadores de la conquista la mencionan, y la describen con caracteres tales que es muy fácil reconocerla, pero su distribución geográfica no era entonces la misma que actualmente tiene; hoy sólo se le encuentra en algunas quebradas húmedas y cálidas de los departamentos de Lima, Ancash y Libertad, lugares en los que no tenemos datos para asegurar que entonces existiera; pero en cambio, las había más al Norte, en lo que hoy es la provincia de Manabí en la República del Ecuador (Puerto Viejo, Coaque, etc). No solamente la sufrieron en ella los españoles como lo refieren todos

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

los historiadores, sino que los naturales las padecían de mucho tiempo atrás. Hoy no existe en esa zona y no sabemos que condiciones la hayan podido hacer desaparecer. El Dr. Ernesto Odriozola emite al respecto una hipótesis que en su concepto pudiera tal vez explicarlo; que la verruga ha disminuido con la importación por los españoles de los gérmenes de otras enfermedades, como la viruela, la grippe, el sarampión, la escarlatina, etc. que habrían rechazado la verruga a sus acantonamientos actuales; hay que convenir en que, como él también lo dice, ésta es una cuestión difícil de resolver" (23).

Tello emite la siguiente opinión: "recordando que se dá como cierto que la verruga ha existido en la época de la conquista en algunas regiones del reino de los Siris como Coaque y Puerto Viejo donde la adquirieron los conquistadores, y que como lo afirma el Dr. Patrón para defender su hipótesis, fué después de la expedición de Huayna Capac a estos lugares que se presentó la epidemia de verruga. Pero creemos con todo que existen algunos hechos que disminuyen algo el valor de esa hipótesis. Ante todo no nos parece que debemos aceptar de una manera categórica, la desaparición de la verruga si es que ha existido en algún tiempo en aquellos lugares donde se supone la adquirieron los conquistadores; pues si en Coaque se les presentó la enfermedad con sus más salientes caracteres, no significa esto, que allí se encontraba la zona peligrosa; los primitivos conquistadores, intrépidos aventureros, hábidos de riquezas, recorrieron repetidas veces en considerable extensión valles de la costa del Ecuador, donde sufrieron penalidades sin cuento; en Coaque y Puerto Viejo se les presentó la erupción verrucosa; pero bien podían haberla tenido ya en incubación, adquirida sea en algunos de los lugares ecuatorianos donde tocaron, o quizá en otras zonas más alejadas. Nos viene ahora a la memoria que alguna vez el Dr. Patrón nos decía haber encontrado huellas de la existencia de la verruga peruana en ciertos lugares de Centro América. Además no sería extraño que todavía subsistiera la verruga en las mismas quebradas del Ecuador; ignorada, como se ignora aún hoy en otras quebradas del Perú, ya sea por la despoblación de dichos lugares o ya porque la verruga que dá a los naturales donde ella es endémica, tiene una forma, por lo general benigna, que la hace inasequible a la observación médica" (24).

Tamayo también acepta que a la venida de los españoles el area de distribución geográfica de la verruga peruana llegaba hasta las costas de Coaque (60).

Arce se expresa así: "La mayoría de los historiadores de la conquista refieren que apenas llegados Francisco Pizarro y sus compañeros al pueblo de Coaque, fueron atacados por una enfermedad o mal de *berrugas*, cuya descripción parece corresponder en muchos puntos a la verruga eruptiva. Pero, si es verdad que hay notables semejanzas sobre los síntomas dolorosos y el brote de la *berruga* de Coaque y los correspondientes de la verruga de nuestras quebradas, también es cierto que hay diferencias esenciales que las separan por completo, como son la contagiosidad de las primeras y el caracter casi fulminante que ellas tuvieron en algunos individuos, que se acostaron sanos y amanecieron muertos (Herrera). Concediendo, sin embargo, que esos hechos observados y narrados por profanos,

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

hayan sido interpretados erróneamente, atribuyendo a las *berrugas* contagiosidad y malignidad debidas a otra u otras enfermedades coetáneas, queda siempre sin explicación plausible, la supuesta existencia de la verruga eruptiva en Coaque en 1531 y su ausencia posterior y definitiva de esa región; pues desde aquella fecha hasta el presente, no se ha vuelto a tener noticia de dicha enfermedad en ese lugar. Este hecho, es de importancia capital para el diagnóstico retrospectivo de la epidemia de *berrugas*, que grasó entre los expedicionarios de Francisco Pizarro. En efecto, las condiciones etiológicas y endemo-epidémicas de la verruga peruana, demuestran, sin lugar a duda, que esta es una enfermedad inherente a determinadas localidades de climatología especial e invariablemente uniforme, fuera de las cuales su trasmisión es imposible. Ahora bien, estos caracteres etiológicos de la verruga están íntimamente ligados a la biología de su germen productor y por consiguiente son tan inmutables como éste, es decir, que la subordinación estricta en que se halla el agente patógeno respecto de las condiciones especiales del clima, que aseguran su supervivencia fuera del organismo humano, es la misma hoy que en 1531 y que en cualquiera época de la historia de esta enfermedad. Si la Verruga existió pues en Coaque a la llegada de los conquistadores, hay que admitir que el clima de ese lugar satisiacía los requerimientos biológicos del germen específico, suposición que los hechos no justifican, primero, porque aquel pueblo está situado en la ensenada de su nombre, a inmediaciones del mar, ubicación que no presenta ninguna de las zonas verrucógenas conocidas, cuyas condiciones meteorológicas son muy distintas de las de los climas marinos; y segundo porque a excepción de los compañeros de Pizarro, nadie ha visto jamás la verruga en la costa del Ecuador. Se puede, pues, concluir que la enfermedad eruptiva descrita por los cronistas de las Indias occidentales con el nombre de *berrugas*, no es identificable etiológica, ni epidemiológicamente, a la verruga peruana" (25).

Quiero aprovechar de esta ocasión para rendir póstumo homenaje al ilustre muerto doctor Julián Arce, profesor que fué de Enfermedades Tropicales en la Escuela de Medicina y miembro de esta Academia.

La obra del maestro Arce es de aquellas que deja en el espíritu honda huella y marca rumbos; por la justeza en la descripción; por la manera de hacer el análisis cualitativo y cuantitativo de los problemas que estudió; por la serenidad en el juicio; y por la visión científica en las soluciones que propuso; quedando la sensación de que lo que dice debe meditarse y se puede creer.

Por eso me inclino reverente ante esta auténtica gloria médica, que hay que considerar en lugar preferente en la Historia de la Medicina Peruana.

En opinión de Odriozola, "los antiguos historiadores españoles nos han dejado, en sus crónicas,descripciones que parecen corresponder a la enfermedad (de Carrión) en su periodo eruptivo. Casi todas ellas se refieren a individuos que radicaban en Quaque, puerto en el cual desembarcaron y se establecieron los españoles. En la actualidad, la *enfermedad de Carrión* es totalmente desconocida en esas comarcas, lo cual solo podría explicarse de dos maneras: o bien no fué dicha enfermedad la que atacó a los españoles o si lo fué, ya hoy

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

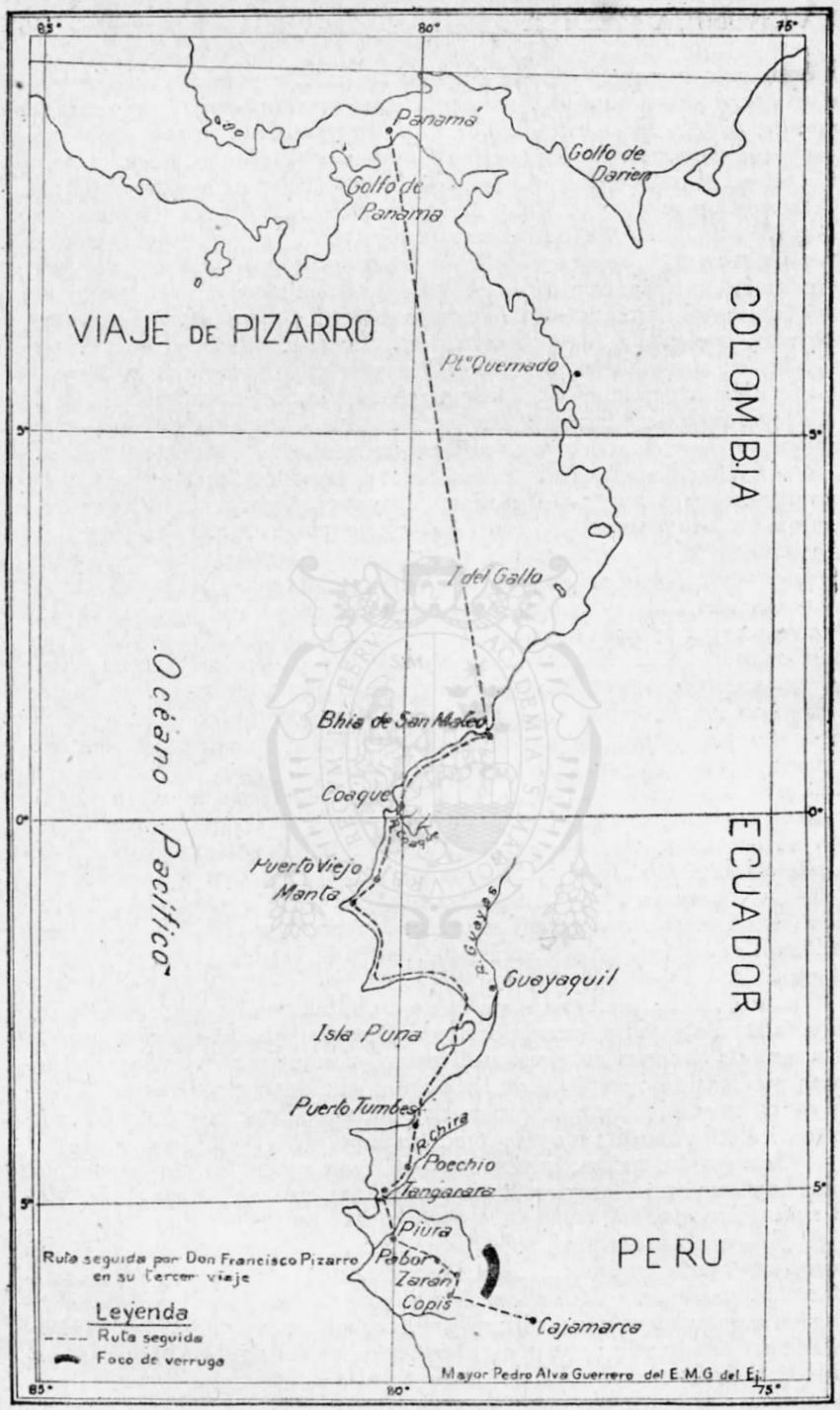


Fig. 1

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

se ha extinguido; . . . . volviendo a tocar la cuestión relativa a la presencia de enfermos atacados de verruga en Quaque, en la época de la conquista, dice Odriozola, cabe dudar de la existencia positiva de esa enfermedad, en el citado puerto, porque en ninguno del Perú se encuentra y posible es entonces suponer que si ella fué la de Carrión, los individuos que la presentaron probablemente aventurarían tierra adentro y tocarían en algunas de las quebradas de endemia del norte del Perú . . . . de la zona comprendida entre el departamento de Lambayeque, provincia del mismo nombre, el departamento de Piura, provincia de Huancabamba y del departamento de Cajamarca, provincia de Jaen (que es la que se encuentra más al norte del Perú); . . . . semejante hipótesis es muy aceptable, agrega, si se recuerda el caracter emprendedor, ávido de riquezas y de novedades que distinguía a la falanje castellana que invadió este lado de la tierra de América" (28).

Tal suposición no parece aceptable, pues la epidemia de Coaque tuvo lugar el año 1531; la conquista del Perú se inició el año siguiente, así lo sostienen todos los cronistas; estando probado también que no se aventuraron en ese entonces al interior del Ecuador; siendo muy importante lo que se lee en la tercera información solicitada por Gerónimo de Aliaga el año 1549, citada ya por Valdizán (26), cuya sexta pregunta del interrogatorio se halla concebida en la siguiente forma: "6to. Item, si saben que luego como llegó la gente que vino en el dicho socorro a la dicha provincia de Coaque, en que vino el dicho Gerónimo de Aliaga, *se empezó luego a salir y conquistar y descubrir la costa adelante, lo cual antes no habían hecho ni podido hacer a causa de estar todos enfermos*, y en riesgo de ser perder si no les viniera el dicho socorro, pasando grandes hambres e necesidades e trabajos, donde murieron muchos españoles de verrugas y otras enfermedades que les daba, en lo cual se halló dicho Gerónimo de Aliaga; digan lo que saben"; a esto debe agregarse la respuesta que dió a dicho interrogatorio el testigo Pedro de Alconchel: "A la quinta pregunta, dijo que lo que sabe desta pregunta es, que estando este testigo en la dicha provincia de Coaque, en compañía de el dicho marqués don Francisco Pizarro, vino allí el dicho Gerónimo de Aliaga, con sus armas e caballo, en compañía de otros muchos españoles, en los primeros navíos a la dicha provincia de Coaque, después de estado en ella el dicho marqués don Francisco Pizarro; y en la dicha venida se hizo gran servicio a su Magestad, *por que hasta entonces no se había salido a conquistar la tierra adentro, por estar con el dicho marqués pocos españoles, y los que estaban, enfermos e flacos de la enfermedad de berrugas y otras enfermedades*" (7).

Para desechar la mencionada suposición voy a relatar brevemente el itinerario que siguió Pizarro de Panamá a Cajamarca.

Pizarro después de firmada la capitulación del año 1529, inicia la conquista estipulada partiendo de Panamá (Fig. 1) en enero del año 1531 en 3 navíos y con 180 hombres y 37 caballos, llegando después de 13 días de navegación a la bahía de San Mateo en el Ecuado a 1°2' de latitud boreal, donde desembarca con su gente y caballo y desde donde "fueron por la costa de la mar . . . . . hasta llegar un gran pueblo que se dice Coaque" (8); en cuyo pueblo quedó P zarro con su gente, despachando "los tres navíos para la ciudad d

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

Panamá y para Nicaragua, para que en ellos viniese más gente y caballos para poder efectuar la conquista y población de la tierra; y el Gobernador, Pizarro, se quedó allí con la gente reposando.... hasta que dos de los navíos volvieron de Panamá.... y estos venidos, partióse el Gobernador de allí con toda la gente de pié y de caballo y anduvieron la costa adelante", por las llamadas hoy provincias de Manabí y del Guayas en la República del Ecuador, de donde pasaron "a una isla que se decía (Puná).... y por ser el tiempo de invierno el Gobernador reposó con su gente en aquella isla.... y porque en aquella isla no se podía hacer fruto, el Gobernador se partió con algunos españoles y caballos que en tres navíos que allí estaban cupieron, para el pueblo de Tumbes" (8).

Pizarro partió de Tumbes el 16 de mayo de 1532, siguió por Poechio y Tangarara, salió de San Miguel de Piura el 24 de setiembre, y pasando por Pabor, Zarán y Copis sin tocar en los focos verrucógenos del extremo norte del Perú, llegó a Cajamarca el 15 de noviembre del mismo año.

Este viaje se aprecia bien en la ruta trazada por el señor Sargento Mayor Pedro Alva Guerrero (Fig. 1), hecha a base de la autoridad de los cronistas de Indias y con la ayuda de los más antiguos mapas de suramérica.

Y para eliminar definitivamente la suposición de Odriozola, no hay más que tener en cuenta que Coaque está situado a dos minutos de latitud boreal y que los focos verrucógenos mencionados por el mismo, y que son los que se encuentran más al norte del Perú, están a 6° de latitud sur, es decir que en linea recta entre Coaque y aquellos focos actuales de verruga hay 670 kilómetros más o menos y siguiendo el camino de la costa tal vez 700 kilómetros.

Además hay que tener en cuenta la distribución geográfica de la *Enfermedad de Carrión*, para lo que basta echar una mirada sobre el mapa del mismo Odriozola (Fig. 2) y observar que los focos verrucógenos se encuentran sólo desde los 6° de latitud sur y que estos están a 16 (27), 50 o más kilómetros de la costa y cuando menos a 200 metros de altura sobre el nivel del mar (27).

Tan cierto es que los conquistadores enfermaron de *berrugas*, antes de pisar tierra peruana, que cuando llegaron a la isla de Puná, en Viaje de Coaque a dicha isla, dice Pedro Pizarro que estaba "el Marqués D. Francisco Pizarro en la dicha isla, Puná, con mucha gente enferma de las *berrugas* ya dichas, aguardando gente viniese para poder salir de allí, por que por tener tanta gente mala no había salido, llegó Hernando de Soto de Nicaragua con la gente que tengo dicha en dos navíos, de lo cual el Marqués D. Francisco Pizarro y los que con el estaban rescebian mucha alegría y contento" (4) y más adelante hace mención a "que las *berrugas* daban grandes dolores" (4) a Alonso de Mesa.

Como según lo afirma Herrera (15), Pizarro estuvo siete meses en Coaque y como al llegar a la Isla de Puná y a Tumbes, mayo de 1532, todavía tenía gente enferma, convalesciente de *berrugas*, hay que admitir que se trataba de enfermedad de largo proceso evolutivo y que también por ser enfermedad contagiosa, hubiera posteriormente atacado a los individuos que al principio habían resistido la infección.

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



Fig. 2

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

Valdizán también califica de *Verruga peruana* al mal de *berrugas* y cree que Cosme Bueno hace alusión a la epidemia de Coaque, al decir: "Cuando los españoles llegaron a la América, experimentaron, en los parajes calientes, muchas enfermedades febriles y malignas, de que morían muchos; lo que se atribuyó a un aire cargado de vapores de lo mucho que respiraban los árboles y bosques, y se ha observado que aquellos parajes en que se han quitado éstos, no son tan enfermizos" (50); lo mismo cree de un párrafo del médico Francés Brandin escrito el año 1827: "Los españoles, cuando llegaron a la América, tuvieron que luchar contra los escollos multiplicados de un clima que parecía modificar los cuerpos y someterlos a una prueba violenta, mostrándose como enemigo y antagonista de la de Europa" (51).

En el Informe preliminar de la primera expedición del Departamento de medicina tropical de la Universidad de Harvard a Sud-América, presentado al Quinto Congreso Médico Latino Americano (Sexto Pan-Americano), se acepta que la epidemia de Coaque fué de Verruga peruana (61).

Noguchi, Shannon, Tilden y Tyler, también aceptan que esta epidemia fué de *Enfermedad de Carrión* y que el area de distribución de esta enfermedad, llegaba hasta la línea ecuatorial (62).

En resumen, todos los médicos que se han ocupado de la epidemia de Coaque, aceptan que haya sido *Verruga peruana*, a excepción de Arce quien rechaza tal posibilidad, sin adelantar juicio sobre el diagnóstico de aquella epidemia.

V.— Opiniones extra medicas

Como dice Patrón al referirse a la *Verruga de los Conquistadores*, esta "no ha merecido hasta ahora ser estudiada por los americanistas, ni ha tenido suerte con los historiadores. Prescott prescinde de ella (29) (Hace alusión en el Vol. I. pág. 194); Mendiburu se contenta con mentarla (30); Quintana (31), Lorente (32), Chaix (33) y Cappa (34), si bien más noticiosos, pecan por inexactos. El primero (31) olvida una de las dos formas del brote verrucoso consideradas por Pizarro y Herrera; el segundo (32) no las distingue y da por dudoso el contagio; los otros dos creen que las hemorragias mortales provenían de que se picaban los tumores con lanceta (33) o de que los abrian (34); siendo así que los pacientes se los cortaban de raíz para quitarse de encima esos cuerpos tan grandes y que tanto los aburrían. Pero nadie que sepamos ha caído en error tan craso como Cevallos (35), quien dice: andando así el corto ejército de aventureros por las costas de Manabí asomó por primera vez la epidemia de las viruelas, desconocida en nuestro continente, la que más tarde había de cebarse principalmente en la raza indígena, diezmando poblaciones enteras" (2).

Debemos mencionar también que el Coronel Manuel Odriozola escribió unas "Notas sobre la antigua historia de la Verruga" (36) y que don José Toribio Polo consigna la epidemia de *berrugas* de Coaque de 1531 y la de Manta y Puerto Viejo en 1547 (47).

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

VI.—La epidemia de berrugas fue en Coaque y Puerto Viejo

Así lo afirman cronistas e historiadores.

Los españoles recuerdan bien el nombre del pueblo de Coaque, por que fué en él donde encontraron Pizarro y sus compañeros, el primer botín de oro y esmeraldas, que Jerez calcula en "15.000 pesos de oro y 1,500 marcos de plata y muchas piedras de esmeraldas" (8), y como dice Pedro Pizarro con tal encuentro "se acreditó la tierra, y vino gente a ella" (4) y por esta misma razón cuando después de pasar por Puerto Viejo y llegar a la isla de Puná afirma el mismo Pedro Pizarro que "venían muy descontentos en no haber hallado otro Coaque" y al llegar a Tumbes agrega que "maldecían a Coaque por la muestra que había dado, porque hasta aquí en este Tumbes, no se tuvo noticia de la grosedad desta tierra" (4); Coaque fué para los expedicionarios de Pizarro, por la riqueza que en el hallaron, la mejor promesa y el mayor acicate que tuvieron los valerosos conquistadores avidos de oro y de aventuras; sin Coaque tal vez hubieran desmayado y el Gobernador Pizarro no hubiera dado cima a la conquista del Perú. Las relaciones de Pedro Pizarro, Aliaga, Jerez y Estete, testigos presenciales de la epidemia de Coaque, no pueden atribuirse a confusión o error en el nombre geográfico; pues como acabamos de ver Coaque era de muy grata y a la vez dolorosa recordación para los expedicionarios.

Puede con cierto fundamento pensarse que tal vez los españoles contrajeron la llamada *berruga* más al norte de Coaque, en el recorrido que hicieron por tierra entre la hahía de San Mateo y este pueblo, donde se establecieron para esperar refuerzos de Panamá y de Nicaragua; esta suposición está respaldada por el estudio que en seguida haremos de la patología propia de esta zona, que forma parte de la llamada hoy provincia de Esmeraldas; y puede también suponerse que la infección fué en Coaque mismo.

Ruiz Naharro señala como foco de infección de *berrugas* la costa de Coaque, al decir "a fines de marzo de 1531, tres meses después que salieron de Panamá Pizarro y los suyos llegaron a dicha bahía de Quaque Sebastián de Benalcázar y Juan Fernández, que venían de Nicaragua y traían en su compañía a los P. P. maestro fray Francisco Bobadilla, fray Juan de las Varillas, y fray Jerónimo Pontevedra. En esta hahía de Quaque enfermaron algunos de nuestros españoles, de achaque de viruela y bubas (*berrugas*). Entre los que enfermaron fueron los tres religiosos que llegaron con Balnalcázar" (14). Oviedo y Cieza de León aseveran que hasta Puerto Viejo se extendían los focos de la malhadada enfermedad de *berrugas*; así Oviedo menciona esta enfermedad "en Puerto Viejo, como en otras partes de la tierra" (9); y Cieza en su capítulo "Noticia de algunas cosas tocantes a las provincias de Puerto Viejo o a la linea Equinocial", dice que "en la mayor parte de esta costa se crian en los hombres unas berrugas . . . . como quiera que sea, reliquias son de aquella costa, y sin los naturales, ha habido muchos españoles que han tenido estas berrugas" (12); y el autor anónimo habla de las "Berrugas de Puerto Viejo, cerca de Guayaquil" (17).

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

Los antiguos peruanos desde el reinado de Huayna Capac conocían Coaque, pues según Cieza de León este Inca "envió capitanes.... que viesen la costa de la mar lo que había a la parte del Norte, y que procurasen de atraer a su servicio los naturales de Guayaquil y Puerto Viejo; y que estos anduvieron.... hasta Collique" (37); y Pedro Pizarro (4) asevera que Atahualpa usaba unos vestidos finísimos hechos con pelo de murciélago de Tumbes y Puerto Viejo.

VII. — La mortalidad de las epidemias de Coaque se debió al paludismo.

Pizarro inicia su viaje en el mes de enero; en ese mismo mes, llega a la bahía de San Mateo y avanza por tierra hacía Coaque, donde se establece; a fines de marzo, según Ruiz Naharro (14), Pizarro todavía se encuentra en Coaque y según Herrera (15) estuvieron en Coaque siete meses; es decir que los conquistadores estuvieron en ese pueblo, precisamente, en la época en que más pueden abundar los *Anopheles* que trasmiten al paludismo. De manera que nada tiene de extraño que en esos primeros meses del año se hubiera desarrollado una verdadera epidemia de dicha enfermedad. A Estete, compañero de Pizarro y testigo presencial de las epidemias de Coaque, se debe la primera opinión de que en este pueblo se presentaron dos epidemias a la vez; de *paludismo* y de *berrugas* y de que el número de víctimas más se debió a aquel que a estas; para lo que nos apoyamos en sus propias palabras: "este pueblo de Coaque está junto a la mar, en un buen asiento; aunque en ruin constelación; porque es la costa más enferma que hay debajo del cielo, porque entrando la gente en él les dió grandísimas enfermedades de *calenturas, que mataban en veinticuatro horas*, y la peor unas *berrugas* que daba a las gentes a manera de viruelas;.... la cual enfermedad lisió tanto la gente, *que aunque no morían tantos de ella, como de la fiebre*, hacía la gente inhábil y torpe para no poder salir de allí a buscar mantenimientos; a cuya causa,y de los muchos que se murieron, los que quedaron tuvieron gran estrecho de hambre y no eran parte para salir de allí" (6). Las palabras de Estete son la mejor aclaración, sobre la causa principal de la mortalidad de las epidemias de Coaque, y explicación de las muertes súbitas que menciona Herrera cuando escribe: "por que aconteció acostarse sanos.... y algunos amanecían muertos" (15).

Cevallos en su geografía del Ecuador deja constancia que "en las selvas de la provincia de Manabí, cuyo suelo es húmedo.... asoman a menudo.... las intermitentes" (38).

VIII.—Factores que deben estudiarse para esclarecer el diagnóstico de la epidemia de berrugas de Coaque

Para esclarecer este diagnóstico, deben estudiarse el régimen de la lluvia y las características de la vegetación de las costas del Ecuador y del Perú, así como la patología propia del litoral de ambas repúblicas, principalmente la de las provincias de Esmeraldas y

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

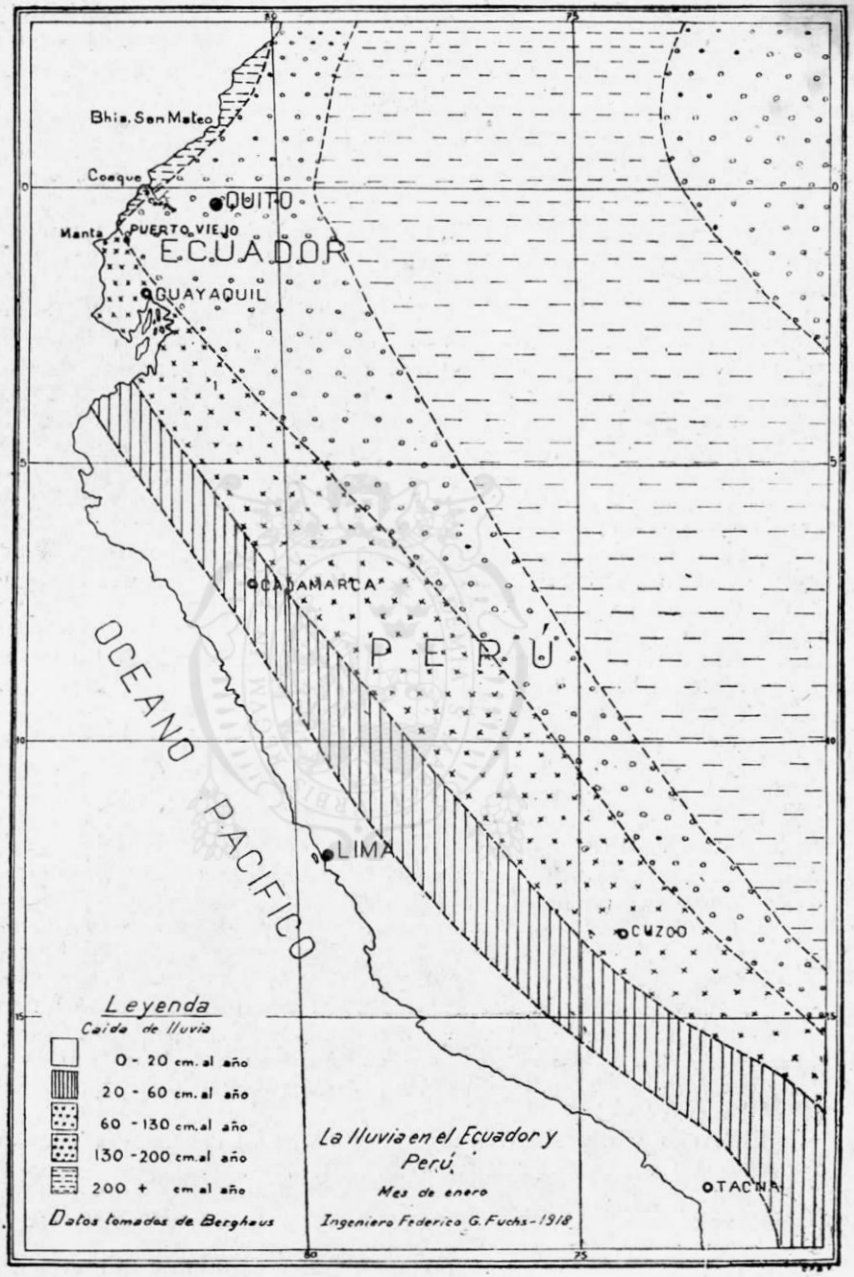


Fig. 3

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

Manabí del Ecuador, en cuyo territorio está la bahía de San Mateo, Coaque y Puerto Viejo; para concluir señalando la imposibilidad de la existencia de la *Enfermedad de Carrión* en la costa ecuatoriana y la identificación de la enfermedad de *berrugas*, con dolencia eruptiva propia de los países tropicales.

IX.—Regimen de lluvia en las costas del ecuador y el peru

Según el Mapa de las lluvias en Sudamérica, publicado por el ingeniero Federico G. Fuchs, con datos tomados de Berghaus, la caida de lluvia en la costa ecuatoriana (Fig. 3) es de 200 cm. o más al año, desde el límite con la república de Colombia hasta 1°. de latitud sur; de 130 a 200 cm. al año, en pequeña zona de la costa de la misma latitud; y de 60 a 130 cm. al año, desde esa latitud hasta el límite con el Perú (46).

En la zona comprendida entre la bahía de San Mateo, perteneciente a la provincia de Esmeraldas y la costa de Coaque en la provincia de Manabí en el E cuador, la caida de lluvia, según este mapa, es de 200 cm. o más al año, es decir que esta región está situada en la zona más lluviosa de América del Sur.

Concuerdan con los anteriores datos los que proporciona Wolf, sobre la temperatura en las costas del Ecuador, que expresa diciendo: "la temperatura media de Santa Elena calculo en 23° o 24° C;... en Puná será de 25° C.;....en Guayaquil la temperatura media del año es de 27°C....nunca he visto bajar el termómetro a más de 19° C., y del otro lado no he observado un calor más alto que 35° C;.... en la costa de Esmeraldas, un mar de 28° C. baña la tierra, y los lugares más calurosos con una temperatura media de 27° y 28° C." (3).

Según el ingeniero Federico G. Fuchs la costa del Perú, puede calificarse como *zona seca* y dividirse en tres secciones: "una de lluvias periódicas, que comprende la parte norte de la costa, es decir desde Piura a Tumbes; las otras dos son secas, sin lluvias periódicas, y se extienden desde el norte hasta (Tacna) en el sur, y están constituídas por dos fajas paralelas: una contigua al mar, la cual durante ciertos meses del año, está cubierta por niebla y la otra hacía el interior colinda con la zona lluviosa y en ella no hay nieblas ni lluvias sino de manera accidental" (46).

El mismo Fuchs señala el valor de la precipitación atmósferica en la costa del Perú, que divide en tres zonas (Fig. 4): 1) la costanera de 5 a 20 cm. al año; 2) estrecha faja paralela a la anterior, de 0 a 5 cm. al año; y 3) la del poniente de la cordillera occidental, de 20 a 60 cm. al año (46).

En esta última zona se encuentran ubicados los focos de *verruga peruana* según nuestros estudios.

X.—caracteristicas de la vegetacion de las costas del ecuador y del peru.

Si examinamos la Carta de Vegetación del Ecuador, levantada por Wolf (3) (Fig. 5), veremos que la costa de dicha república desde el límite con Colombia hasta los 25' de latitud sur, presenta la zona

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

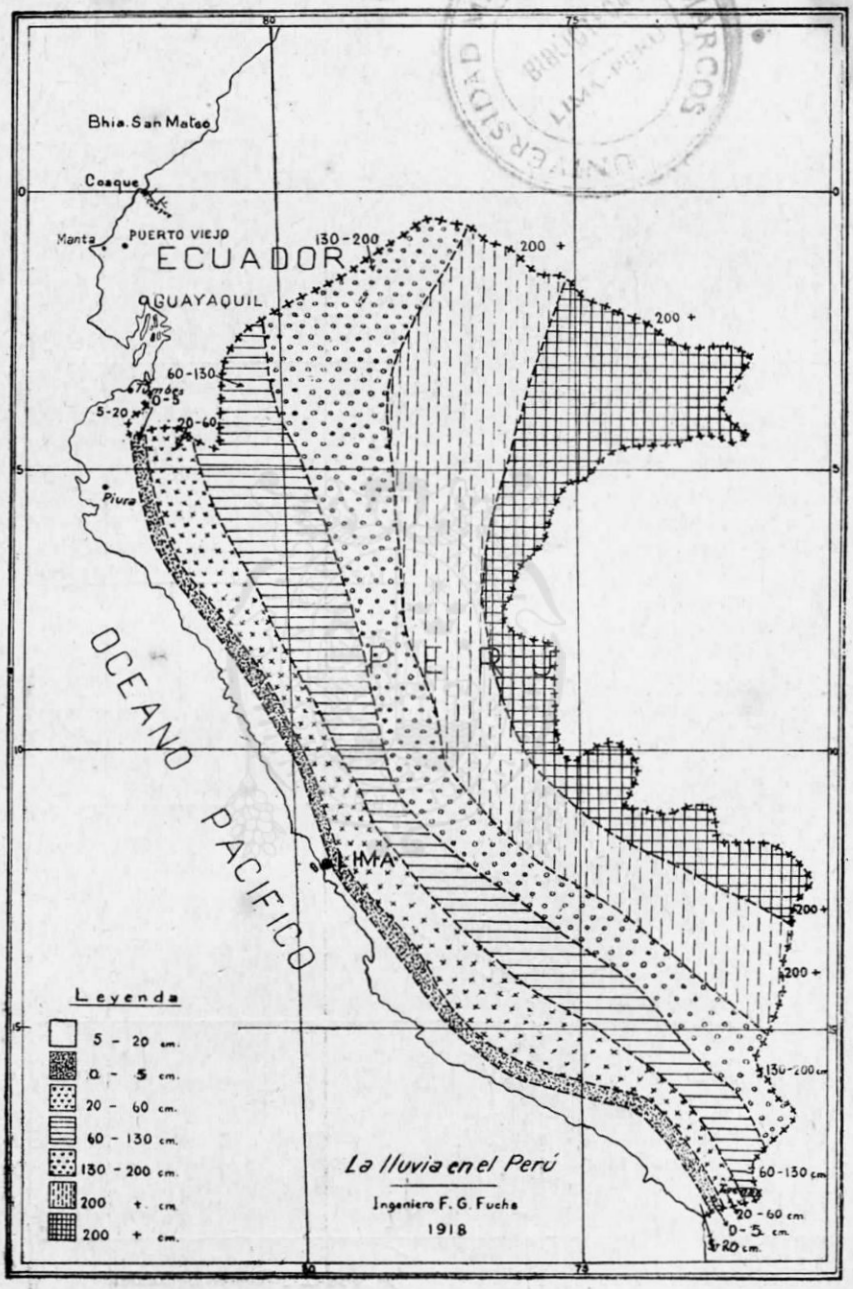


Fig. 4

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

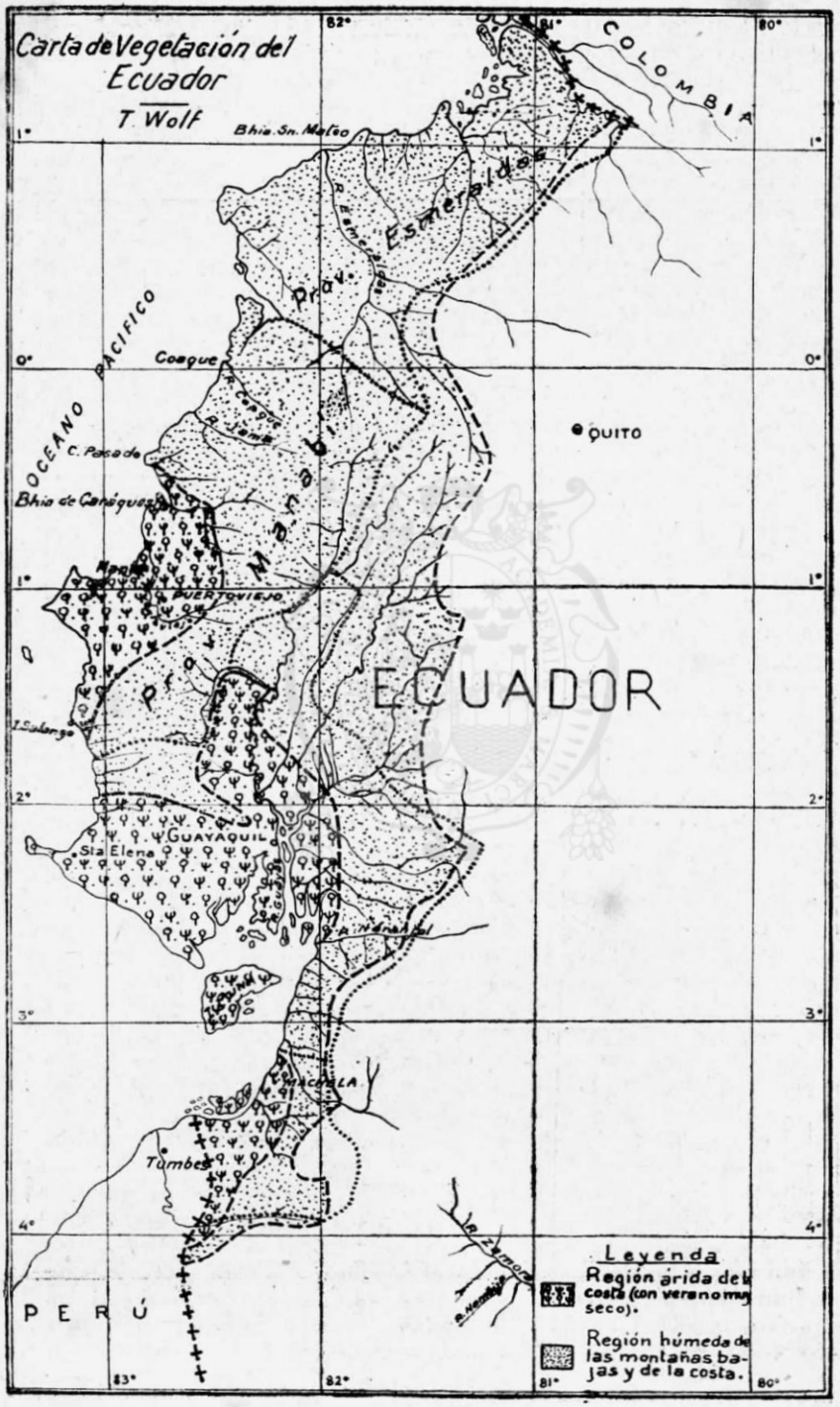


Fig. 5

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

de vegetación que llama "*región humeda de las montañas bajas y de la costa*"; y desde esa latitud hasta el límite con el Perú, la zona que denomina "*región seca de la costa, con verano muy seco*" (a excepción de la costa comprendida entre 1°.35' y 1° 58' o sea entre Salango y Ayangue y entre 2° 35' y 3°5' de laltitud sur o sea entre Naranjal y Machala).

Wolf caracteriza de la siguiente manera "*la region húmeda del litoral*" en la que está comprendida la bahía de San Mateo y Coaque: "los inviernos principian más temprano y acaban más tarde, que en la *costa seca*; durante los meses de verano las frecuentes garúas y un rocío abundante de noche reemplazan en gran parte la evaporación diurna. Aunque existe un intersticio marcado en la vegetación de muchas plantas, no se hace muy notable por el aspecto exterior, porque casi todas conservan sus hojas, el bosque es siempre verde y tupido, en fin la zona lleva el caracter tropical puro: es la patria del Cacao, de la Palma real, del Bijao, del Cadi (Tagua), de la Vainilla, del Palo de balsa. Estos pocos nombres indicarán al ecuatoriano, algún tanto familiarizado con la vegetación de su país, lo que entiendo por la *región húmeda del litoral*. Ella tiene una gran extensión superficial. En la parte setentrional de la República desde el Cabo Pasado, llega hasta el mar, en la meridional linda al occidente con la *zona seca*, introduciéndose en ella, donde montañas altas favorecen la humedad necesaria; hacía el oriente se confunde, al pié de la Cordillera alta, con la región siempre húmeda de las faldas inferiores de ella. Su desarrollo típico se estudia mejor en las partes centrales, porque hacía las márgenes recibe muchos elementos de las zonas adyacentes, sea de la seca del lado oeste, sea de la andina tropical del lado este. Casi toda esta región, con excepción de la pequeña parte cultivada, está cubierta de bosques; las *sábanas* naturales son muy reducidas, y aún más las *tembladeras* y *pozas*. La márgen de las *sábanas*, donde se verifica el tránsito al bosque, es una muralla viva impenetrable, de 5 a 6 metros de altura, que se compone de un redaje tupidísimo de Carrizo, Caña brava, Cortaderas, Espinos (*Mimosa*), Uña de gato, Pica-pica (*Mucuna pruriens*) y enredaderas de toda clase. Solo abriendo túneles con el machete se puede penetrar en estas fortalezas naturales. Las mismas o semejantes murallas acompañan las riberas de los ríos y las márgenes de los *esteros* secos; en los últimos, que solo en invierno llevan agua, ocupan a veces todo el ancho del cauce. Esta formación, que podemos llamar la *ribereña* corresponde perfectamente al *Igapo* de la hoya amazónica y del Brasil. La formación y flora del bosque es tan variada y complicada . . . . advirtiendo que es tanto mas rica, cuando más nos acercamos al pié de la Cordillera, y cuánto más húmedo es el distrito" (3).

El mismo Wolf al describir la costa setentrional del Ecuador, en la que está comprendida la bahía de San Mateo y Coaque dice: "Al Norte de la Bahía de Caráques, y especialmente desde el Cabo Pasado, el país cambia de nuevo su aspecto y caracter, que se manifiesta claramente sobre el mapa por la multitud de pequeños ríos que uno tras otro desembocan en el Océano. Es esta una señal de gran humedad, y en efecto, las montañas húmedas y espesas, que en las provincias del Guayas y de los Rios, y en la porción austral de Manabí encontrabamos sólo a mucha distancia de la costa y al pié

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

de las Cordilleras altas, desde ahora cubren todo el país hasta las inmediaciones de la costa, aun cuando en su cercanía faltan montañas altas y en su lugar existen llanuras grandes" (3).

Wolf recalca: "las provincias litorales del Ecuador (Esmeraldas, Manabí y Guayas) gozan de una estación lluviosa, y a consecuencia de ella se distinguen ventajosamente por su vegetación vigorosa, de las áridas y desoladas costas del Perú. Sin embargo, en la provincia de Guayas y en una gran porción de la de Manabí, la vegetación pierde durante la estación seca, que llamamos verano, su lozanía y su verdor, los árboles botan sus hojas y las llanuras se desecan bajo los rayos abrazadores del sol. No sucede así en la provincia de Esmeraldas: una atmósfera más húmeda conserva durante todo el año la vegetación casi en el mismo estado, un verdor eterno embellece las llanuras y las montañas, las majestuosas selvas con sus corpulentos árboles, con sus esbeltas palmas, con sus miles de enredaderas y parásitos, extienden su sombra desde las faldas de la Cordillera de los Andes, por las espaciosas planicies hasta las playas del Océano Pacífico" (3).

Para Wolf "*la region del litoral* se distingue de todas las demás zonas vegetales del Ecuador por ser la única, en que se verifica periódicamente un cambio tan completo y visible en la vegetación, que podemos compararlo con la renovación primaveral de la flora en los países extra-tropicales. Durante los últimos meses del año la sequedad del aire y del suelo llega a su extremo, el calor aumenta, la *sábana* está abrazada por los rayos del sol, el bosque queda sin hojas, muchos animales (los anfibios) caen en letargo y no se mueven de sus escondrijos, hasta el hombre gime bajo la presión que grava sobre toda la naturaleza. A fines de Diciembre o a principios de Enero se condensan las nubes más y más, de vez en cuando se vé y se oye por la tarde descargas eléctricas en dirección a la sierra; las amenazas siguen por algún tiempo, pero finalmente cae el primer aguacero refrescante, y el hombre y los animales respiran con verdadero placer el ambiente húmedo. Dos o tres lluvias abundantes bastan para cambiar el aspecto del paisaje como por encanto. En pocos días se cubre la *sábana* de una alfombra de verdor primoroso, el bosque no le vá en zaga y despliega su rico follaje y sus flores olorosas, los animales salen de sus escondrijos, insectos vistosos cruzan el aire, los pájaros cantan alegres y piensan en fundar nuevas hogares, toda la naturaleza orgánica celebra la fiesta anual de su resurrección. En ninguna época del año el paseo al campo y al monte es tan agradable, como en estos días de primavera, después de los primeros aguaceros; la mayor parte de los árboles y arbustos se hallan con flores y muchas de ellas exhalan olores embriagantes. Entonces es de ver, como dentro de pocas semanas el bosque, antes tan transparente, se espesa, como las enredaderas trepan con una rapidéz admirable sobre los arbustos y hasta las copas de los árboles, cubriendo a veces con una red inextribable grandes superficies, de manera que muy pronto el bosque es tan impenetrable como el de las regiones húmedas. Aquí la vegetación es tanto más rápida y enérgica, cuanto mayor es el calor que se asocia a la humedad. Es increible, cuanto avanza en el corto periodo de 4 o 5 meses, hasta fines de Mayo. Pues, en este mes o en Junio la mayor parte de las plantas ya comienzan a reposar,

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

en Julio y Agosto botan sus hojas, en Setiembre el bosque presenta su aspecto hiemal y la *sábana* parece un desierto amarillo y todo recae en el estado de letargo" (3).

Wolf amplía sus apreciaciones diciendo: "la vegetación arbórea, tan hermosa y abundante en el Ecuador, acaba un poco más al sur de Tumbes o cerca del Cabo Blanco (4° de Lat. S), precisamente donde la costa peruana vira al Sureste, y no vuelve a aparecer sino al Sur de Valparaíso en Chile (33° de Lat. S.), en donde principian aquellos bosques espesos, que corresponden al clima húmedo de Valdivia y Chiloé. Todo el espacio extenso de 29° de latitud, entre el cabo Blanco y Valparaíso, carece de bosques a consecuencia de la aridez del clima" (3).

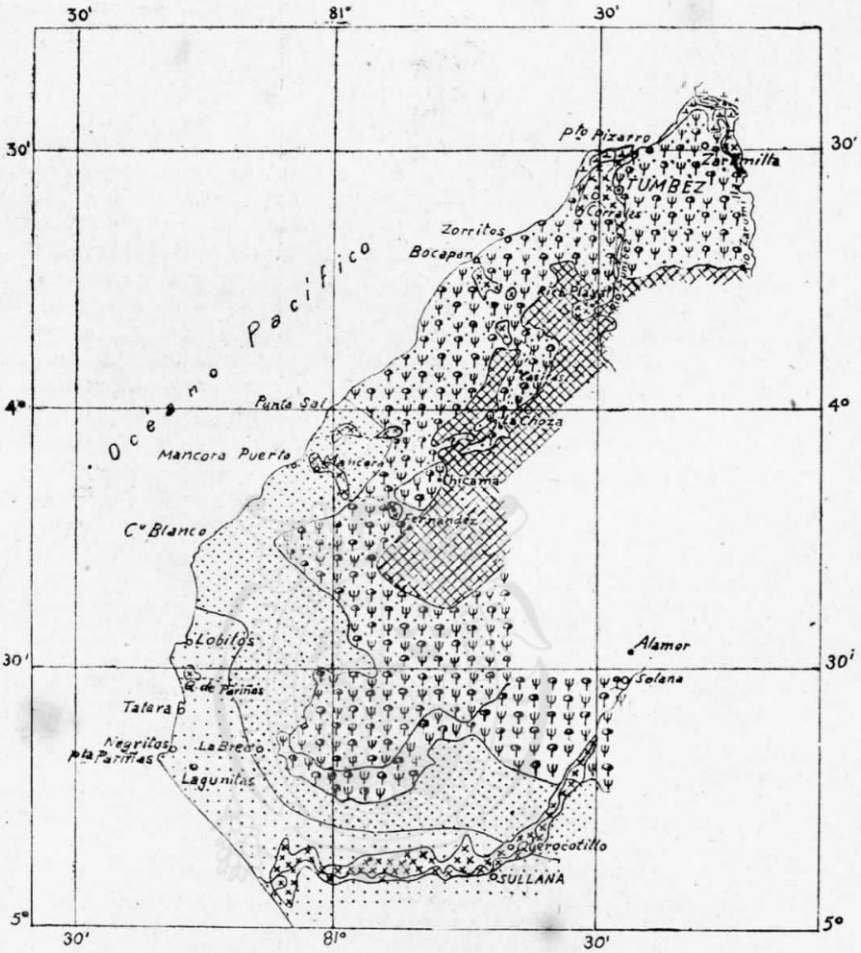
Cevallos (38) coincide con Wolf (3) sobre las características climatológicas y de la vegetación de la provincia de Manabí, en cuya costa está Coaque: "la temporada de aguas es corta, y los más de los años apenas dura a vuelta de tres meses . . . . los bosques de Manabí tan cerrados como los de Esmeraldas (donde está la bahía de San Mateo), participan de la misma naturaleza y galanura que los de esta provincia, pues, al parecer , son producciones de una idéntica y común cadena orográfica, bien que algo más abatida al extenderse por Manabí; . . . . . las orillas de los ríos cubiertas de enero a enero de lujosísima vegetación; . . . en los tiempos de aguas, todo ese desapacible suelo que parecía muerto, se presenta verde y animado" (38).

El doctor Lizandro Maúrtua, califica a la provincia de Esmeraldas, del Ecuador, como "esencialmente tropical" (39); apreciación que justamente también puede hacerse extensiva a la costa norte de la provincia de Manabí de la misma república.

Las características de latitud, orográficas, climatológicas y las de la vegetación de la bahía de San Mateo en la provincia de Esmeraldas, y de Coaque al norte de la provincia de Manabí, obligan a etiquetar esta zona como típicamente tropical.

Si se examina el Mapa Fitogeográfico de los departamentos de Piura y de Tumbes (45) (Fig. 6) y el Mapa Fitogeográfico de los Andes Peruanos (44) (Fig. 7), levantados por Weberbauer, se viene en conocimiento que la vegetación de la costa del Perú tiene las siguientes características: desde el límite con la república del Ecuador (Fig. 6) hasta los 4° de latitud sur, cerca de punta Sal, la costa está cubierta de "vegetación xerofítica, compuesta a manera de parque: árboles, arbustos, cactáceas y herbazales; los árboles y arbustos frecuentemente se agrupan formando pequeños montes, terminada la estación lluviosa los herbazales se secan y la mayor parte de los arbustos y árboles se deshojan"; de los 4° a los 4° 23' la vegetación está constituída por "plantas leñosas dispersas, siempre verdes, mantenidas por el agua subterránea, algunas plantas leñosas de hojas caducas, el suelo cubierto de hierbas durante los meses de lluvia, cactáceas raras o ausentes"; de los 4° 23' a los 6° 10' (Fig. 7) la vegetación está caracterizada por "plantas leñosas muy dispersas, siempre verdes, mantenidas por el agua subterránea, ausencia de hierbas y cactáceas"; de los 6° 10' a los 10° 55' la costa es desértica, en ella apenas se encuentran *Tillandsias* y escasos líquenes; y de los 10° 55' a los 17° de latitud sur, salvo cierta zona desértica intercalada,

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



Mapa Fitogeográfico de los Departamentos de Tumbes y norte de Piura

Augusto Weberbauer

Leyenda

Vegetación xerofítica, compuesta a manera de parque: arboles, arbustos, cactáceas y herbazales; los arboles y arbustos frecuentemente se agrupan formando pequeños montes. Terminada la estación lluviosa, los herbazales se secan y la mayor parte de los arbustos se deshojan.

Plantas leñosas (arbustos y pequeños arbolillos) dispersas, siempre verdes, mantenidas por el agua subterranea. Algunas plantas leñosas de hojas caducas. El suelo cubierto de hierbas durante los meses de lluvia. Cactáceas raras o ausentes.

Plantas leñosas (arbustos y pequeños arbolillos) muy dispersas, siempre verdes, mantenidas por el agua subterranea. Ausencia de hierbas y cactáceas.

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

Fig. 6



Fig. 7

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

presenta la formación llamada *lomas de la costa*, o sea "vegetación herbácea muy variada en la que se encuentran también gramíneas pero que no predominan", vegetación debida a las garúas de la costa y que tienen su duración.

Las anteriores formaciones de la costa están intercaladas por *montes ribereños y campos de cultivo* (Fig. 7), formados a expensas de los ríos que desembocan en el Pacífico (44).

Paralelamente a las formaciones mencionadas de la costa, siguiendo el perfil de esta, se vé una ancha zona desértica desde los 6°10' casi hasta los 17° de latitud sur (Fig. 7). Más al interior del país se encuentra una tercera zona, que Weberbauer llama "vegetación rala de diversas plantas xerófilas (cactáceas, arbustos de hojas caducas, etc), sin árboles" (44), es en dicha zona donde se encuentran principalmente los focos verrucógenos, según estudios que llevamos a cabo.

XI.—ENFERMEDADES ERUPTIVAS DE LAS COSTAS DEL ECUADOR Y DEL PERU. IMPOSIBILIDAD DE LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CARRION EN COAQUE.

En la "*región húmeda del litoral*" Ecuatoriano (Fig. 5), de la provincia de Esmeraldas, Maúrtua (39) ha señalado la presencia de una enfermedad eruptiva propia de los países tropicales cual es el *Pian*, conocida en ese país con el nombre vulgar de *Buba*. En la "*región seca de la costa*" del Ecuador, que comprende casi desde los 25' de latitud sur hasta el límite con el Perú, no sabemos que se haya señalado alguna enfermedad eruptiva que pueda tener relación con la que se estudia.

En la costa del Perú que comprende: la zona de vegetación xerofítica, desde el limite con el Ecuador hasta los 4°, de latitud sur; la de plantas leñosas dispersas, de la anterior latitud hasta los 6°10'; y la de lomas y desértica, desde esa latitud hasta el límite con Chile (Figs. 6 y 7); no se conoce ninguna enfermedad eruptiva peculiar. La *Enfermedad de Carrión*, solo se presenta de los 6° a los 13° de latitud sur (Fig 2) y está circunscrita o enclavada en la zona de "vegetación rala de diversas plantas xerófilas", situada al este de la zona desértica, es decir, donde se inician las lluvias de la sierra; pero en ningún caso en las zonas de vegetación de la costa, salvo en cierta extensión en los montes ribereños alejados del mar.

Las costas de la bahía de San Mateo y de Coaque, no reunen las características geo-botánicas de los focos de *verruga*.

Las razones expuestas por el doctor Arce (25), ya referidas, y las que presentamos, descartan definitivamente la posibilidad de focos verrucógenos en esa región.

Descartada la posibilidad de la *Verruga peruana* en Coaque, debemos dirigirnos sin vacilación a buscar el diagnóstico de la epidemia de *Berrugas de los Conquistadores*, en el patología tropical de esa zona.

Acaso la única enfermedad tropical que produce brote eruptivo en la cara y en el cuerpo y que puede confundirse con la *Verruga peruana o Enfermedad de Carrión* es el *Pian*.

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

XII.—POSIBILIDAD DE LA EXISTENCIA DEL PIAN EN LA BAHIA DE SAN MATEO Y EN COAQUE.

El doctor Lizandro Maúrtua presentó al Quinto Congreso Médico Latino Americano (Sexto Pan-Americano), un trabajo titulado *Buba Ecuatoriana* (39), enfermedad que a su juicio corresponde al *Pian*. Refiere la existencia de este mal en la Provincia de Esmeraldas, en la República del Ecuador, que califica de "provincia esencialmente tropical, en donde con facilidad relativa, dada su ubicación, pueden estudiarse casi todas las dolencias que aflijen a los habitantes de los climas cálidos" (39).

La bahía de San Mateo se encuentra en la provincia de Esmeraldas, luego en ella hay la posibilidad de la existencia del *Pian*. Como las costas de Coaque tienen las características de latitud, orográficas, climatológicas y de vegetación que las de la provincia de Esmeraldas, hay razones suficientes para admitir como verosimil la existencia del *Pian* en dichas costas. El estudio del doctor Maurtua y la posibilidad que planteamos, nos conduce también a sospechar, como ya lo hemos insinuado, en que el primitivo contagio de los compañeros de Pizarro, pudo haberse hecho en la bahía de San Mateo, en la marcha a Coaque o en Coaque mismo.

XIII.—OTROS ANTECEDENTES SOBRE EL PIAN EN EL ECUADOR Y ANTECEDENTES EN EL PERU.

En las Relaciones Geográficas de Indias (41), en el capítulo referente a la "Relación de la Doctrina e beneficio de Nambija y Yahuarsongo" que Jiménez de la Espada cree escrita en 1582, se lee lo siguiente: "La provincia de Chungata es tierra caliente y húmeda y muy enferma; es tierra de montañas y falta de comidas y hay una enfermedad en esta provincia, que llaman los indios *Cutipe*, a manera de *bubas*, y acontece estar el indio dos y tres años en sanar"; párrafo citado con otra finalidad y por primera vez por Tello, en su libro "La Antiguedad de la sífilis en el Perú" (24). La doctrina de Nambija estuvo situada sobre el río del mismo nombre, afluente del Zamora (Fig. 5), en la región montañosa del sur del Ecuador, zona habitada hoy por Jívaros y Antipas.

El nombre de *Cutipe* (41) tiene incuestionable parecido con *Cuchipe*, nombre dado a conocer por Escomel en 1911, con que denominan hoy al *Pian* en la región selvática de los departamentos del Madre de Dios (40), San Martín (57) (58) y Loreto (59) del Perú; este parecido no es solo en el nombre, sino por los caracteres que le dan hace la impresión de que se trata de la misma enfermedad. Es probable que *Cutipe* se deba a un lapsus del autor de la "Relación" citada, y que *Cuchipe* sea el verdadero nombre indígena antiguo de esta enfermedad.

Corresponde a Escomel (40) el mérito de haber señalado el primer caso de *Pian* en el Perú.

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

XIV.—ORIGEN DE LAS PALABRAS BUBA Y BUBAS

La palabra *Buba*, con que se designa actualmente al *Pian* en el Ecuador (provincia de Esmeraldas), Antillas (19), Brasil (19), Venezuela (39) y Colombia (52), es de origen netamente español. Algunos de los testigos presenciales de la epidemia de *berrugas* de Coaque y un historiador, al hablar de esta epidemia, hacen alusión a las *bubas*; así Pedro Pizarro de la *berruga* dice: "que tuvo a mucha gente muy fatigada y trabajada como si estuvieran de *bubas*" (4); Gomara también dice de la erupción, "que llamaban *berrugas*, aunque según atormentaban y dolían, eran *Bubas*" (10); Zárate llama a las *berrugas* "de peor calidad que las *bubas*" (11); y Calancha las califica como "*berrugas o pupas*" (1).

Como dice Tello (24), Montejo y Robledo (42) el año 1881, ante el Congreso de Americanistas de Madrid, demostró que la palabra *buba* "no era americana, que ella había existido en la lengua española antes del descubrimiento del Nuevo Mundo, y que conforme a la Academia, significaba «Postilla o tumorcillo de materia que sale en el cuerpo», que exactamente corresponde a la actual palabra *pupa*. Pero al presentarse en el siglo XV la sífilis en Europa como enfermedad nueva y con este caracter tegumentario y epidémico con que en aquella época se calificó a la sífilis, «impulsó, dice Montejo, a adoptar nombre conocido y en cierto modo idóneo, pero adjetivándolo según las cualidades distintivas del recién aparecido contagio. *Bubas pestíferas, contagiosas y malditas* dijo en 1498 López de Villalobos, y en los mismos o parecidos términos lo repitió o se anticipó a decirlo el pueblo afligido con este azote . . . . se emplea desde entonces ya no como plural de *buba*, y con su primitivo, propio y genuino significado, sino como sustantivo nuevo y singular que correspondía a la recién descubierta dolencia»" (42).

Se puede pues aceptar que la voz *Buba*, sea rezago dejado por los conquistadores españoles, quienes al denominarla así no hacían alusión a la sífilis, sino al verdadero significado de dicha palabra.

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

XV.—CLAVE PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA VERRUGA PERUANA Y EL PIAN, REDACTADA POR ESCOMEL (43).

CARACTERES	PIAN	VERRUGA
Invasión.	Fiebre, alteraciones digestivas. Cefalea. Dolores reumatoides.	Fiebre. Dolores reumatoides. Postración. Anemia.
Erupción.	Máculas, descamación furfurácea de la piel, hiperkeratosis palmar y plantar.	No hay roseola.
Chancro.	Chancro piánico, primer botón inicial.	No hay manifestación eruptiva.
Erupción inv.	Recrudescencia febril con generalización de la erupción.	Aparece la erupción cuando hay disminución de la fiebre y de los síntomas generales.
Erupción-estado.	Botones carnosos recubiertos por una costra amarillenta.	Botones eréctiles sin costra.
Erupción-estado.	Color: rosa claro. Consistencia: bastante firme. Aspecto del de las lesiones sifilíticas.	Color: púrpura. Consistencia: blanda. Aspecto: de los *naevi* superficiales bien vasculares.
Regresión.	Con lesiones de la piel circundante.	Sin lesiones de la piel circundante.
Regresión.	Algunas veces deja cicatrices.	No deja jamás cicatrices.
Agente causal.	*Treponema pertenue* (Castellani, 1905).	*Bartonella bacilliformis* (Strong, 1913).
Terapéutica.	Específica y rápida por los arsenobenzoles	No obedece a los arsenobenzoles. Hasta hoy no posee medicación específica.

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

XVI.—COMO SE INICIARIA Y PROPAGO LA EPIDEMIA DE BERRUGAS DE COAQUE

Pizarro y sus compañeros ocuparon Coaque, "pueblo grande y de buenos aposentos", pues "los naturales de él huyeron todos a las montañas" (6), lo que da visos de probabilidad, de que por lo menos en parte, el contagio se hubiera originado "en ciertas casas sucias por impregnación de las paredes y suelos con el virus de enfermos anteriores, ya que como agrega Manson-Bahr, de este modo la enfermedad, de *pian*, puede ser adquirida, y en algunos casos es indudable que así ocurre, sin trasmisión directa de un caso existente" (49); siendo también probable que la hubiesen adquirido por el contagio directo, pues los españoles al afirmar que esta enfermedad era propia de los naturales de las costas de Coaque y Puerto Viejo, dicen claramente que vieron indígenas atacados de este mal. Como el *pian* es enfermedad "altamente contagiosa" (49), y como "todas las circunstancias que favorecen el contacto con los afectos de esta enfermedad contribuyen a su difusión" (49), hay que concluir: que el desconocimiento por los españoles de la profilaxia de esta enfermedad, el género de vida que llevaban, el común uso que seguramente hacían de utensilios, muebles y tal vez de ropa de cama y el contacto directo con los enfermos, favoreció el desarrollo de la epidemia de *berrugas* que tan maltrechos los dejó por muchos meses.

XVII.—LA EPIDEMIA DE BERRUGAS DE MANTA Y PUERTO VIEJO DEL AÑO 1547.

Refiere Calvete de Estrella que en la Armada de Gasca, en su viaje de Panamá al Perú, el año 1547, se presentaron tantos enfermos que fué preciso desembarcarlos en el Puerto de Manta (Fig.5), en el Ecuador, "para que los llevasen a Puerto Viejo y los curasen, y enterrasen los que muriesen, que no fueron pocos. Encargóse de ellos la justicia de aquel pueblo de Puerto Viejo y los vecinos que no fueron con Gasca. Saliéronles a los enfermos que iban a Puerto Viejo unas verrugas tan grandes y aún mayores que nueces en las narices, cejas y barbas, de un humor pestilencial entre negro y bermejo. Las cuales, cuando les nacían y algunos días después, causaban tan grandes dolores como el mal francés y les hacían dar gritos y voces. Suelen durar cuatro y cinco meses; hasta que comienzan a secarse no cesan de doler, y al cabo vienen a resolverse, y los que las han tenido quedan limpios y sanos. Piensan los de aquella tierra que aquellas verrugas y otras enfermedades que hay se causan por estar aquella región y paraje debajo de la línea equinocial, y que vienen a hacerse por causa de algunas constelaciones que allí hay y tienen más fuerza en aquella región que en otra parte por do pasan" (48).

La cita que se acaba de hacer tiene gran importancia, porque confirma los datos ya mencionados sobre la extensión del foco de infección de *berrugas* en el Ecuador; porque afianza el concepto de ser enfermedad de largo proceso evolutivo; por la mención que hace de

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

que las *berrugas* producían un "*humor pestilencial entre negro y bermejo*", característica que corresponde al *Pian* y que equivale en buena cuenta a la siguiente frase de Brumpt "*los papilomas del pian producen un exudado fétido que se concreta en costra amarilla al principio, que oscurece rápidamente y se vuelve casi negro*" (19); y porque una vez más, los autores españoles, que han escrito sobre las epidemias de *berrugas* de Coaque y de Manta y Puerto Viejo, dejan constancia que se trata de dolencia de lugares comprendidos en la zona ecuatorial.

XVIII.—EL PORQUE DEL ERROR EN QUE HASTA AHORA SE INCURRIA AL FORMULAR EL DIAGNOSTICO DE LA BERRUGA DE LOS CONQUISTADORES.

Los españoles al establecerse en América, encontraron en los tres reinos de la naturaleza elementos desconocidos para ellos.

Incorporaron al castellano los nombres indígenas correspondientes a aquellos que no tenían parecido con lo existente en el antiguo mundo, deformando en esa incorporación muchos nombres indígenas; y asignaron nombres de la península a los que a su juicio eran similares o iguales a lo que habían visto en España.

Las denominaciones erróneas que los españoles dieron a muchos cosas de América, ocasiona serias dificultades, pues algunos nombres vulgares, no indígenas, de nuestra flora y fauna, por ejemplo, han inducido a cometer y propalar errores, al valerse de ellos, equiparándolos al significado vulgar de la flora y fauna españolas.

La denominación de *berruga* de la ortografía antigua y de *verruga* de la actual, voz netamente castellana, que asignaron los españoles al *Pian* y a la *Enfermedad de Carrión*, ha impedido que lleguen hasta nosotros los verdaderos nombres indígenas antiguos de estas dos dolencias; y que durante cuatro siglos se hayan fusionado en una sola estas dos enfermedades, sólo porque fueron bautizadas con el mismo nombre.

La palabra *Verruga* significa según el diccionario de la lengua castellana "excrecencia cutánea por lo general redonda"; los españoles la emplearon para designar la erupción de la epidemia de Coaque y con posterioridad para denominar la erupción de la *Enfermedad de Carrión*, guiados únicamente por las características exteriores del brote eruptivo de ambas dolencias; sin tener para nada en cuenta la relación que pudiera haber entre las *Berrugas de Coaque* y la *Verruga de la Enfermedad de Carrión*, ya que estas denominaciones fueron dadas en distintos lugares y épocas y por distintos hombres. Como la voz *Verruga* es genérica, nada dice sobre la naturaleza de la enfermedad que la produce.

XIX.—CONFRONTACION DE LOS CARACTERES DE LAS BERRUGAS DE COAQUE Y DEL PIAN Y DIFERENCIACION DE DICHAS BERRUGAS CON LA ENFERMEDAD DE CARRION.

Confrontando los caracteres que los cronistas de Indias asignan al mal de *berrugas*, con los que autores modernos dan al *pian*, se en-

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

cuentra superposición de las siguientes características de ambas dolencias: a) la distribución intertropical; b) la contagiosidad; c) el periodo de incubación; d) el largo proceso evolutivo; e) la invasión: con dolores reumatoides y osteócopos que inmovilizan a menudo el enfermo, con hinchazón principalmente de los miembros inferiores y ausencia de anemia; y f) el periodo eruptivo: con pápulas o botones, de preferencia en el rostro y alrededor de los orificios naturales, de color "bermejo" (12), es decir rubio rojizo, con exudado fétido que los cronistas llaman "materia" (4) que "huele mal" (9) o "humor pestilencial entre negro y bermejo" (48) y que a veces dejan cicatrices.

Faltan datos acerca del chancro piánico inicial; de las placas descamativas; y de la hiperkeratosis palmar y plantar, propias del *Pian*.

Si con la ayuda de la "Clave para el diagnóstico diferencial entre la *Verruga peruana* y el *Pian*", redactada por Escomel (43), tratamos de identificar la epidemia de *berrugas* de Coaque, también se llega a la conclusión de que dicha epidemia fué *Pian*.

La *Berruga de los Conquistadores del Perú* se diferencia de la *Enfermedad de Carrión*: a) por tratarse de dolencia de zona intertropical, con abundantes lluvias y vegetación exhuberante y permanente y de mediana altura sobre el nivel del mar; en tanto que la *Enfermedad de Carrión* es propia de limitadas quebradas andinas, del lado de la costa, de topografía particular, con lluvias de enero a marzo, vegetación xerófila intermitente y a una altura de 200 a 2500 metros sobre el nivel del mar; b) por la ausencia de anemia, que nunca falta en la *Enfermedad de Carrión*; c) por el color del brote eruptivo que en la *Berruga de los Conquistadores* es bermejo, es decir rubio rojizo y en la *Verruga peruana* es púrpura escarlata (Escomel) o rojo oscuro violáceo (Odriozola); y d) porque las pápulas de la *Berruga de los Conquistadores* daban exudado de olor desagradable y a veces dejaban cicatrices y los *Verrucomas de Carrión* ni dan exudado ni dejan cicatrices.

XX.—CONCLUSION

Todo lo dicho sobre la *Berruga de los Conquistadores del Perú*, así como su análisis y discusión, demuestra la importancia histórica del asunto y permite llegar a una conclusión que si no es afirmación definitiva, es opinión categórica: la epidemia de *Berrugas de Coaque o Verruga de los Conquistadores del Perú*, como la denominó Patrón, puede identificarse con el *Pian*, enfermedad ocasionada por el *Treponema pertenue* (Castellani, 1905).

Si esta opinión se acepta como definitiva, habrá que borrar el primer capítulo de la Historia de la *Enfermedad de Carrión* que según todos los tratadistas debía remontar al año 1531, fecha en que hicieron el primer conocimiento de esta enfermedad los españoles de la conquista; e iniciar dicha historia con el dato consignado en la obra de nuestro compatriota Pedro Gago de Vadillo, titulada "Luz de la Verdadera Cirugía, y Discursos de censura de ambas vías, y elección de la primera intención curativa y unión de las heridas", publicada el año 1630, y citada por vez primera por el malogrado profesor

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

Valdizán (26); quedando entonces una laguna de un siglo, en que ni Cronistas, ni Historiadores, ni Médicos hacen la más leve alusión a la *Verruga peruana*, cuyo conocimiento histórico y "primera palabra médica" (26) solo comenzaría en 1630.

Si esta opinión se acepta como definitiva, tendrá también que convenirse que se ha escrito el primer capítulo de la Historia del *Pian* en América y aportado pruebas concluyentes sobre su existencia en el nuevo mundo antes de la venida de los españoles; tal lo afirman las palabras de Estete (6), Oviedo (9), Cieza de León (12) y Herrera (15), que esta enfermedad era endémica en Coaque y Puerto Viejo desde tiempo atrás y completamente desconocida y nueva para los castellanos; tal lo atestigua la epidemia de que nos ocupamos; y tal lo confirma también la voz indígena *Cuchipe* con que se designa al *Pian* en las selvas del Perú, a la que debe agregarse, como importante prueba filológica, la denominación de *Siso-cuchipe* (58) que se dá en el departamento de San Martín a cierta forma eruptiva de esta dolencia; no siendo raro que estudios posteriores encuentren en los múltiples dialectos hablados por las tribus que habitan en las selvas americanas, palabras propias para designar esta enfermedad, que significarán nuevas pruebas filológicas que afianzarán aún más la tésis que sostenemos de que el *Pian* es también indígena de América; afirmación que está en contraposición con lo que hasta hoy se viene sosteniendo, que el *Pian* es de origen africano y que fué traído a América por los negros esclavos.

Antes de terminar debo presentar público agradecimiento a los profesores Edmundo Escomel y Cárlos A. Bambarén, al Sargento Mayor Pedro Alva Guerrero y al señor Cárlos Arellano Ibañez, por su valiosa cuanto desinteresada colaboración que me han prestado.

BIBLIOGRAFIA

1.—Calancha Antonio de la.—*Corónica Moralizada del Orden de S. Avgustín en el Perú, con sucesos egenplares en esta Monarquia.* Barcelona, 1638. pág. 106.

2.—Patron Pablo. — *La Verruga de los Conquistadores del Perú.* "La Crónica Médica". Lima, 31 de mayo de 1889, pág. 101.

3.—Wolf Teodoro.—*Geografía y Geología del Ecuador.* Leipzig, 1892.

4.—Pizarro Pedro. — *Descubrimiento y Conquista del Perú* (1571). "Colección de Libros y Documentos referentes a la Historia del Perú". Tomo VI. Lima, MCMXVII.

5.—*Americae sive quartae orbis partis nova et exactissima descripcio.* Auctore Diego Gvtiero Philippi Regis Hisp. etc. Cosmographo. Hiero Cock. EXCVDE. 1562. En "Juicio de Límites entre el Perú y Bolivia". Prueba peruana presentada al Gobierno Argentino por V. M. Maúrtua, Abogado y Plenipotenciario ad hoc del Perú. Cartas Geográficas (Segunda Serie). Barcelona, 1906.

6.—Estete Miguel de. — *Noticia del Perú.* "Coleccion de Libros y Documentos referentes a la Historia del Perú". Tomo VIII (2da. serie). Lima, MCM XXIV.

7.—Aliaga Geronimo de. — *Información de Servicios del Capitan.* "Revista del Archivo Nacional del Perú". Tomo I, entrega III. Lima, 1920.

8.—Jerez Francisco de. — *Conquista del Perú.* "Colección de Libros y Documentos referentes a la Historia del Perú. Tomo V. Lima, MCMXVII.

9.—Fernandez de Oviedo y Valdez Gonzalo.—*Historia General y Natural de las Indias.* Tercera Parte. Tomo IV. pág. 221. Madrid, 1855.

10.—Gomara Francisco Lopez de.—*Historia de las Indias.* Capítulo CX. Colección Barcia. Tomo II, pág. 103. Madrid, MDCCXLIX.

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

11.—Zarate Agustin de.—*Historia del Perú*. Libro I. Cap. IV. Colección Barcia. Tomo III. Madrid, MDCCXLIX.

12.—Cieza de Leon Pedro de.—*Crónica del Perú*. Primera parte, cap. 46. Historiadores Primitivos de Indias. Colección Enrique de Vedia. Tomo II. pag.400. Madrid, 1853.

13.—Garcilaso de la Vega.—*Los Comentarios Reales de los Incas*. Segunda parte, capítulo XV. "Colección de Historiadores Clásicos del Perú". Tomo III. Lima, MCMXIX.

14.— Ruiz Naharro Pedro Fray.— *Relación de los hechos de los Españoles en el Perú desde su descubrimiento hasta la muerte del Marquéz Francisco Pizarro*. "Colección de Libros y Documentos referentes a la Historia del Perú". Tomo VI, pág. 195. Lima, MCMXVII.

15.—Herrera Antonio de.—*Historia General de los hechos de los castellanos en las islas y tierra firme del mar Océano*. Dec. Cuarta. Libro VII, Cap. IX, pág. 144; cáp. X, pág. 145. Madrid, 1730.

16.—Oliva Anello.—*Historia del Reino y Provincias del Perú* (1598). Lima, 1895.

17.—Anónimo.—Viaje al globo de la Luna ocasionado con el descubrimiento de la máquina aerostática.—Historia prodigiosa, por sus raras ocurrencias, y útil, por sus importantes hallazgos; en que, por un méthodo curioso y espectable, se tratan con mucha nobedad las materias mas arduas y dificiles de resolver, de varios artes y ciencias, especialmente de la Física. Manuscrito. Biblioteca Nacional de Lima (Citado por Valdizán).

18.—Montesinos Fernando.— *Anales del Perú*, publicados por Victor M. Maúrtua. Tomo I. Madrid, 1906.

19.—Brumpt E.—*Precis de Parasitologie*. París, 1927.

20.—Murillo Velarde Pedro.—*Geographia histórica*. Libro XI. Madrid, 1752.

21.—Salazar Tomas.— *Historia de las verrugas*. Tesis del doctorado en Medicina. "Gaceta Médica de Lima". Lima, 1858.

22.—Odriozola Ernesto.—*La Maladie de Carrión ou la Verruga peruvienne*. París. 1898.

23.—Lavoreria Daniel Eduardo.—*El arte de curar entre los antiguos peruanos*. Lima, 1901.

24.—Tello Julio C.—*La antiguedad de la sífilis en el Perú*. Lima, 1909.

25.—Arce Julian.— *Lecciones sobre la Verruga peruana o Enfermedad de Carrión*. "Anales de la Facultad de Medicina". Tomo I. Lima, enero-febrero, 1918.

26.—Valdizan Hermilio.— *Apuntes para la Historia de la Verruga peruana*. "Anales de la Facultad de Medicina". Lima, octubre, 1925.

27.—Gomez Maximo E.— *Epidemiologia de la Enfermedad de Carrión o Verruga peruana en las provincias de Yauyos y Cañete*. Actas y Trabajos del Quinto Congreso Médico Latino Americano (Sexto Pan-Americano). Tomo V. Lima, 1914.

28.—Odriozola Ernesto.— *Estado actual de nuestros conocimientos acerca de la Enfermedad de Carrión o Verruga Peruana*. Lima, 1908.

29.—Prescott. W. H.— *History of the Conquest of Perú*. Vol. I. París, 1847.

30.—Mendiburu Manuel de.—*Diccionario Histórico biográfico del Perú*. Tomo VI. pág. 411. Lima, 1886.

31.—Quintana Manuel Josef.—*Vidas de Españoles célebres, Francisco Pizarro*, pág. 315. (Obras completas, Colección Rivadeneyra). Madrid, 1833.

32.—Lorente Sebastian. *Historia de la Conquista del Perú*. Libro II, cap. II, págs. 97 y 98. Lima, 1861.

33.—Chaix.—*Histoire de la Amerique Meridionele au seizieme siécle, prémiere partie, Perou*. Tome second. Livre cinquiéme, chap. 19, pág. 25.

34.—Cappa Ricardo.—*Historia del Perú*. Libro segundo, pág. 4. Lima, 1886.

35.—Cevallos Pedro F.—*Resumen de la Historia del Ecuador*. Tomo VI, pág. 184. Guayaquil, 1886.

36.—Odriozola Manuel.—*Notas sobre la antigua historia de las Verrugas*. Manuscrito. Biblioteca Nacional de Lima. Lima, 1863.

37.—Cieza de Leon Pedro.—*Segunda parte de la Crónica del Perú*. Biblioteca Hispano-Ultramarina. Marcos Jiménez de la Espada. Madrid, 1880.

38.—Cevallos Pedro F.—*Geografía de la República del Ecuador*. Lima, 1888.

39.—Maurtua Lizandro.— *Buba ecuatoriana*. Actas y Trabajos del Quinto Congreso Médico Latino Americano (Sexto Pan-Americano). Tomo V. Lima, 1914.

40.—Escomel Edmundo.—*El primer caso de Pian observado en el Perú*. "La Gaceta Médica". Arequipa, 1911.

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

41.—*Relación de la Doctrina e beneficio de Nambija y Yahuarsongo.* "Relaciones Geográficas de Indias". Tomo 4to., pág. 25.

42.—Montejo y Robledo B.— *¿Cuáles son las principales enfermedades contagiosas que reciprocamente han cambiado entre sí los pueblos del Antiguo y del Nuevo Mundo?. Procedencia americana de las bubas.* Congreso Internacional de Americanistas. Actas de la cuarta reunión. Tomo I. pp. 334, 416. Madrid, 1882.

43.—Escomel Edmundo.—*Diagnóstico diferencial entre la Verruga peruana y el Pian.* Actas y Trabajos del Quinto Congreso Médico Latino Americano (Sexto Pan-Americano). Tomo V. Lima, 1914.

44.—Weberbauer Augusto.—*Mapa Fitogeográfico de los Andes Peruanos.* Lima, 1923.

45.—Weberbauer Augusto.—*Die Pflanzendecke Nordperus im Departamento Tumbes und angrenzenden Teilen des Departamento Piura.* Sonderabdruck aus Englers "Bot. Jahrb." Bd. LXIII, Heft 1.

46.—Fuchs Federico G.— *Meteorología del Perú.* "Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima". Tomo XXXIV. Trimestre primero. Lima, 1918.

47.—Polo Jose Toribio.—*Apuntes sobre las Epidemias en el Perú.* Lima, 1913.

48.—Calvete de Estrella Juan Cristobal.—*Rebelión de Pizarro en el Perú y Vida de don Pedro Gasca.* Tomo I, pág. 454. Madrid, 1889.

49.—Manson-Bahr Felipe H.—*Enfermedades tropicales.* Barcelona, 1924.

50.—Bueno Cosme.—*El conocimiento de los tiempos. Ephemeride para el año 1796. "Disertación físico-experimental sobre la naturaleza del agua y sus propiedades".*

51.—Brandin Abel Victoriano. 1827 (Citado por Valdizán).

52.—Peña Chavarria Antonio.—*El Bubón de Vélez.* pág. 13. Bogotá, 1922.

53.—Avendaño Leonidas.—*Daniel A. Carrión.* "La Crónica Médica". Lima, 1885.

54.—Matto David.—Discurso leido en la Sociedad Médica "Unión Fernandina" en la sesión del 5 de octubre de 1886. "Biblioteca Centenario de Medicina Peruana", dirigida por los doctores Hermilio Valdizán y Carlos A. Bambarén. Documentos peruanos referentes a la Enfermedad de Carrión. Lima, MCMXXI.

55.—Castillo Juan C.—*Verruga Peruana.* Lección dada en la Facultad de Medicina. "La Crónica Médica". Lima, 1897.

56.—Antunes Damaso D.—*Verruga peruana o Enfermedad de Carrión.* "La Crónica Médica". Lima, 1890.

57.—Martinez Jesus Felipe.—*Identidad del Cuchipe y del Pian.* "La Crónica Médica". Lima, 1919.

58.—Burga Buenaventura.—*Nueva contribución clínica para el estudio del pian, conocido en el Perú con el nombre de cuchipe.* "La Crónica Médica". Lima, 1920.

59.—Información del doctor Francisco Villagarcía.

60.— Tamayo Manuel O.— *La uta en el Perú.* Lima, 1908.

61.—Strong Richard P., Tyzzer E. E., Brues C. T., Sellards A. W. y Gastiaburu J. C.—*Informe preliminar de la primera expedición del departamento de Medicina tropical de la Universidad de Harvard a Sud-América.* Actas y Trabajos del Quinto Congreso Médico Latino Americano (Sexto Pan-Americano). Tomo V. Lima, 1914.

62.—Noguchi H., Shannon Raymond C., Tilden Evelyn B. and Tyler Joseph R. — *Phlebotomus and Oroya Fever and Verruga peruana.* The Science Press. November 23, 1928. Vol. LXVIII. No. 1769, pp. 493-495.

La Medicina es el arte de llegar a una conclusión, partiendo de indicios insuficientes. La conclusión es el diagnóstico.

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

Reglamento de las Inspectoras Sanitarias Escolares

Titulo I

Art. 1°.—Las inspectoras sanitarias escolares contribuirán a salvaguardar la salud de los escolares y a prestar su colaboración en las enfermedades de que adolecen.

Art. 2°.—Para ser inspectora sanitaria escolar, se requiere:

a)—Tener de 18 a 25 años.

b)—Poseer un peso no menor de 55 kilos y una talla de 1.65 centímetros.

c)—Certificado de instrucción primaria completa.

d)—Certificado de buena salud, otorgado por el director de sanidad escolar.

e)—Certificado de buena conducta, otorgado por el alcalde de la localidad.

Art. 3°—La inspectora sanitaria escolar debe poseer el diploma correspondiente después de haber seguido un ciclo de enseñanza teórico práctico, no menor de dos años.

La inspectora sanitaria escolar está bajo la dirección inmediata del director de la Escuela y del instructor de Educación Física, del inspector provincial, del médico escolar y de la enfermera visitadora escolar, quienes controlarán su asistencia, disciplina y trabajo diario.

Art. 4°—La inspectora sanitaria escolar tendrá derecho a cesantía, jubilación y montepío, con las mismas leyes y decretos que rigen hoy para el magisterio nacional.

Art. 5°.—La inspectora sanitaria escolar gozará del derecho de seguro de salud, según lo establezca la ley.

Las vacantes que se produzcan serán ocupadas por las que poseyendo el diploma correspondiente, hayan servido ad-honorem en la sanidad escolar durante un tiempo no menor de dos meses.

Titulo II

Obligaciones administrativas

Art. 1°.—Asistir diariamente a las escuelas fiscales del distrito que les corresponda, firmando en el libro de asistencia diaria.

Art. 2°.— Constatar cada día, en el domicilio de los escolares las causas de sus inasistencias, elevando a la dirección de la escuela la nómina de ellos y en parte especial de la dirección de sanidad escolar la de los inasistentes por enfermedad.

Art. 3°.—Llevar la estadística mensual, por centros y escuelas elementales, de los escolares inasistentes.

Art. 4°.— Asistir con los ecolares a las ceremonias, desfiles, campeonatos, etc., con fines disciplinarios, educativos y de asistencia de

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

urgencia, en el número y orden que determine el director de sanidad escolar.

Titulo III

Obligaciones sanitarias

Art. 1°.—Acompañar diariamente al médico escolar en sus visitas a la escuela del distrito que les corresponde, cumpliendo las órdenes impartidas.

Art. 2°.— a) Realizar diariamente a la entrada y salida de la escuela, la revisión del aseo personal de los niños, (limpieza de la cara, cuero cabelludo, manos, vestido y calzado).

b)—Obligar a los niños que realicen el aseo personal en el caso de presentarse sucios.

c)—Practicar la vacunación anual u ocasional de los escolares refiriéndose ésta, de manera especial, a la viruela, tifoidea, diftería, y tos convulsa.

Art. 3°.—Asistir por orden alfabético, y por grupos no menores de cuatro al consultorio médico escolar.

En el consultorio deberán tomar la ficha antropométrica de los escolares, que constará de los siguientes datos:

a).—Peso.
b).—Talla.
c).—Perímetro toráxico.
d).—Capacidad pulmonar.
e).—Dinamometría.

Art. 4°.—Cooperar con las unidades de la Cruz Roja Juvenil en la conservación de la higiene personal, del material escolar y del local.

Art. 5°.—Acompañar al dentista escolar en sus visitas a la escuela y en el trabajo de la clínica dental que funciona en la oficina del consultorio médico.

a)—Llenar la ficha dental que dicta el dentista escolar.

b)—Enviar un duplicado a la oficina médico-escolar para el contralor correspondiente.

Titulo IV

Obligaciones sanitarias de caracter social

Art. 1°.— En colaboración con los médicos y enfermeras visitadoras escolares realizará la propaganda higiénica en las escuelas y en los hogares de alumnos, valiéndose de conversaciones, lecturas amenas, espectáculos cinematográficos, etc.

Art. 2°.—Acompañar a las enfermeras visitadoras escolares en sus visitas periódicas a los domicilios de los niños enfermos, débiles o retardados mentales, con los fines siguientes:

a).—Inspeccionar la condición higiénica de los domicilios de los escolares, dando consejos útiles a los padres de familia o tutores sobre los defectos que encuentren.

b).—Determinar la calidad y cantidad de alimentación que reciben, dependientes de la situación económica o de la falta de conocimientos dietéticos.

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

c).—Ilustrar a los padres de familia en lo referente a la alimentación apropiada que deben recibir los escolares enfermos o débiles. Con tal fin explicará el alcance y significado de las cartillas de vulgarización.

d).—Informar mensualmente sobre la labor realizada, los progresos alcanzados, las dificultades halladas y la manera de temediarlas.

e).—Practicar la vacunación cuando se presente el caso de existir en la casa del niño enfermo familiares escolares que puedan contagiarse.

Titulo V

De las licencias

Art. 1°.— Para conceder licencia por un tiempo mayor de tres días, por motivos de enfermedad, la inspección elevará una solicitud, a fin de que el reconocimiento se practique en el consultorio médico escolar o en su domicilio, si las condiciones de salud así lo exigieran.

Art.2°.—En el certificado expedido por el médico tratante debe constar el diagnóstico preciso de la enfermedad de que adolece la recurrente, desechándose en caso contrario, a fin de solicitar los exámenes de laboratorio o radiográficos que lo determinen.

Art.3°.—Son motivos de licencia mayor de tres días:

a).—Enfermedad aguda.

b).—Enfermedad contagiosa de la piel, de los ojos, de las vías genito-urinarias adquiridas durante el ejercicio del cargo.

c).—Intervenciones quirúrgicas.

Art.4°.—Se concederá licencia por treinta días con goce de sueldo, cuando se trate de afecciones puramente médicas. En el caso de intervenciones quirúrgicas la licencia con goce de sueldo podrá ser de dos meses, a juicio del director del servicio médico-escolar.

Fuera de estos casos las licencias podrán prorrogarse sin goce de sueldo de conformidad con el informe del servicio médico.

Art. 5°.—La inasistencia de 24 a 72 horas, sin aviso oportuno al servicio médico escolar, será penada con la disminución de su haber en cantidad correspondiente al número de días que ha faltado.

Art 6°—La reincidencia de las faltas, sin previa justificación, será motivo de consulta a la dirección general de enseñanza, a fin de que está dicte las medidas del caso.

De la perdida del puesto

Art. 1°.—Se pierde el puesto de inspectora sanitaria escolar:

a).—Por enfermedad crónica incurable.

b).—Por inmoralidad comprobada.

c).—Por repetidas inasistencias, las cuales no excederán de un número mayor de 15 si ellas no están justificadas.

d).—Por exceso de edad, que impida el ejercicio de las funciones del cargo. Es entendido que el límite de edad en lo sucesivo será de cincuenta años, de conformidad con la ley de jubilación.

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

DE LAS INCOMPATIBILIDADES

Art. 1º.—No puede ser inspectora sanitaria escolar:

a)—La que adolece de enfermedad contagiosa, crónica o de trastorno mental definitivo.

b).—La que desempeña cargos docentes.

c).—La que desempeña puestos administrativos o de cualquier institución, casa comercial, durante las horas de trabajo destinadas a sus funciones.

Noticias

LA LUCHA CONTRA LOS ESTUPEFACIENTES Y LA INDUSTRIA COCALERA PERUANA.—La Academia Nacional de Medicina ha dirigido la siguiente nota:

Lima, 12 de octubre de 1931.—Señor Ministro de Hacienda.—Lima.—S. M. Tenemos a honra dirigir a usted la presente nota por encargo expreso de la Academia de Medicina, la que en su última sesión y de conformidad con su Estatuto ha creído de su deber brindar al gobierno su concurso para mejor resolver los complejos aspectos que ofrece la crisis de la industria cocalera que agobia nuestra economía agrícola, y de la que pueden derivar peligrosas consecuencias, no solo de caracter cremastístico, sino fundamentalmente de índole humana.

Por las publicaciones hechas en los diarios, la Academia ha tomado conocimiento del pedido que han elevado a la consideración de la Junta Nacional de Gobierno los agricultores de Huánuco, demandando la protección del Estado para rehabilitar su agónica industria cocalera y como la Academia ha resuelto estudiar cuanto atañe al problema de la coca, se cree en la obligación de dirigirse a usted, señor ministro para poner sus conocimientos técnicos y científicos y su buena voluntad al servicio de la rehabilitación de esta fuente de riqueza pública, que por desgracia, es asimismo, cuando se desvía de sus naturales aplicaciones, orígen de tremendos daños no sólo nacionales, sino internacionales.

Por la comunicación sobre "La coca del Perú y las recientes conferencias internacionales", dirigida a la Academia por su secretario perpetuo y que la institución ha hecho suya, podrá usted apreciar señor ministro algunos aspectos de este angustioso problema de cocaismo dignos de ser tomados en cuenta por los poderes públicos.

Ampliando su contenido, la Academia estima que es posible todavía que el Perú, al par que se redima de su cocaismo, pueda ocupar un puesto decoroso en la cruzada mundial contra las toxicomanías y salvar, al mismo tiempo de su ruina total a la industria cocalera, cuya postración se debe, fundamentalmente, a causas mundiales, si adoptara una política enérgica y científicamente inspirada sobre

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

la explotación de una riqueza autóctona que es su coca. En la reciente conferencia de los directores de sanidad de Washington, hay algo sobre este particular cuando se recomienda a los países productores de esta planta— Perú y Boliva — que examinen la posibilidad de establecer estancos o monopolios oficiales que rodeen al comercio de esta droga de las necesarias garantías; solución que ya tenía planteada el Perú en 1930 como la mejor para entrar resueltamente a resolver tan complejo asunto.

En la difícil situación económica que atraviesa el Perú y ante la amenaza de la inminente desaparición de la industria cocalera, privada de sus mercados externos y reducida a saturar aún más terriblemente el mercado interior de consumo, con su trágico cortejo de males, hay que adoptar una línea de acción que sin desdeñar posibles soluciones nacionales busque, fundamentalmente, una solución internacional, que bien podría ser, entre otras, que seguramente estimará usted oportunas, señor ministro, la creación de un órgano oficial, que ya por sí solo, ya mediante un cartel que podría ser alargado hasta más allá de nuestras fronteras, nacionalice y oficialice el comercio y la industrialización de la coca y de sus productos derivados. No de otra suerte procedió Turquía, últimamente, cuando se vió amenazada de la desaparición de su industria del opio, estableciendo en Estambul tres grandes usinas de productos derivados, hecho que ha tenido que ser reconocido para la inminente cuotación que creará dentro de breve plazo la aplicación de la convención suscrita en Ginebra en 13 de julio de 1931 y cuyo texto estudia el Perú en estos momentos, asesorado por las corporaciones científicas de la república, sobre limitación de los estupefacientes.

Espera confiadamente la Academia de Medicina, que esta nota que solo aspira a cumplir con los imperativos éticos y legales de su constitución que la imponen velar por los permanentes intereses médico-sociales de la nación, será acogida con benevolencia por el señor ministro de hacienda, al que en nombre de la Academia reiteramos las protestas de leal colaboración.

Dios guarde a usted señor ministro.

MIGUEL C. ALJOVIN, presidente. — Refrendada, el secretario perpetuo.

NOTA DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRIA A LA DIRECCION DE SALUBRIDAD SOBRE LA DIFTERIA EN LIMA.—Con motivo de haberse presentado en los últimos tiempos algunos casos de difteria en los niños de Lima, la Sociedad Peruana de Pediatría hizo materia de sus deliberaciones el modo de luchar eficazmente contra este mal. Resumiendo esta discusión ha pasado la nota que va en seguida a la Dirección de Salubridad.

Lima, 5 de octubre de 1931. — Señor Director de Salubridad Pública. —Señor Director:

En su sesión del 1° del presente, la Sociedad Peruana de Pediatria llegó a las siguientes conclusiones:

1ª.—La difteria aumenta día a día en Lima o, en el mejor de los casos, se la descubre cada día más porque se diagnostica mejor.

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

2ª.—Ordinariamente afecta formas benignas, pero de ningún modo, exentas de peligro; su pronóstico está ligado a la premura con la que se la trate, mediante una seroterapia suficiente.

3ª.—No se debe esperar el informe del laboratorio para inyectar suero; la simple sospecha indica inmediatamente la seroterapia.

4ª.—Es urgente contemplar y resolver el problema creado por el precio del suero en Lima. Las 5,000 unidades valen diez soles y como hay enfermos que necesitan 50,000 y aun más, un tratamiento puede costar 100 y más soles, sólo en suero. La mayoría de las familias no puede soportar este gasto y ni aún el de las 5,000 unidades requeridas en los casos de duda. De todo esto resulta que no se pone el suero, ni a tiempo, ni en la cantidad suficiente, lo que es una causa de agravación y de muerte.

5ª.—Es también urgente hacer una investigación sistemática de la receptividad de los niños para la difteria, vacunando en seguida a los receptivos.

En mérito de estas conclusiones la sociedad nos ha encargado que nos dirijamos a la repartición, que usted dirige, a fin de que ella resuelva, si lo tiene a bien, la adopción de las siguientes medidas;

a).—Liberación de toda gabela, derecho o trámite, que dificulte o encarezca la importación de suero antidiftérico.

b).—Compra directa de la Dirección de Salubridad en Alemania o Francia, de suero antidiftérico para venderlo en plaza al precio de costo en Europa, corriendo por su cuenta con los gastos de embalage, transporte, conservación u otros, de manera que el suero cueste en Lima lo mismo que en París o en Berlín.

c).—Proporcionarlo gratuitamente a la clase necesitada a la simple presentación de la receta y de la comprobación de pobreza, firmada por el medico asistente, conforme lo hacía en otros tiempos esa misma repartición bajo la dirección del malogrado doctor don Julián Arce.

Creemos que esta forma de provisión no representará un gasto apreciable porque el suero es barato en Europa y que, de todos modos, será infinitamente inferior al que ocasionaría la creación de un instituto para la fabricación de sueros nacionales. Si nos damos el lujo de fabricar suero caro, sostendremos las dificultades de adquisición, que nos vienen preocupando.

d).—Practicar gratuitamente la reacción de Schick y la vacunación antidiftérica de los niños de Lima.

Como la Sociedad de Pediatría tiene impuesta por su Estatuto la obligación de estudiar y vigilar la salud del niño peruano, cooperando con las autoridades a este sano propósito; y como la dirección de su presidencia por la ciencia y por el espíritu de la ley de su creación persigue el mismo loable fin, estamos seguros de que acogerá voluntariamente, la solicitud que hoy le formulamos en nombre del niño peruano.

Dios guarde a usted.

ENRIQUE LEON GARCIA, presidente. — ERNESTO EGO AGUIRRE y CARLOS KRUMDIECK, secretarios.

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

EL CERTIFICADO MEDICO PRENUPCIAL EN EL PERU. —En un Decreto-Ley expedido por la Junta Nacional de Gobierno el 22 de Agosto de este año sobre Matrimonio civil, se ha establecido por vez primera, como requisito para poder contraer matrimonio, el certificado médico prenupcial.

He aquí la parte dispositiva del citado Decreto-Ley.

Las personas que pretendan contraer matrimonio deberán acompañar a su declaración un certificado médico pre-nunpcial sobre el estado físico y siquico de los contrayentes y su actitud para contraer matrimonio sin posible peligro para la prole.

Se considera como impedimento al matrimonio que cualquiera de los pretendientes adolezca de enfermedad contagiosa, crónica, trasmisible por herencia o de vicio que constituya peligro para la prole.

Por lo trascrito es posible darse cuenta de los empeños eugenésicos de las últimas disposiciones peruanas sobre matrimonio, las que, no obstante los términos usados, atestiguan un deseo de velar por las generaciones futuras y de incorporar a la legislación conceptos modernos propugnados por los hombres de ciencia.

Bibliografía

OTO-RINOLARINGOLOGIA por el Dr. Arturo Knick. — Un Volumen de 384 páginas.— *Editorial Manuel Marín.*—Barcelona, 1930.—En rústica: Pesetas 12.—En tela: Pesetas 15.

Esta obra está inspirada en un fin práctico. Como de ordinario el médico general está poco familiarizado con las enfermedades de garganta, nariz y oído, se ha antepuesto a cada capítulo una parte de técnica general. De este modo el libro resulta útil también para iniciar a los estudiantes y para que éstos puedan refrescar sus ideas en el momento de los exámenes.

El tratado del profesor Knick viene a llenar esta necesidad, pues hállase orientado en el sentido de hacer fácilmente asequible al alumno el estudio de esta especialidad, comprendiendo, al propio tiempo, todo cuanto debe de ella conocer el médico no sólo en las generalidades sino también en lo referente a modernidad de estos estudios.



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

Observaciones sobre difteria nostras

Por el Prof. Dr. ENRIQUE L. GARCIA.

He observado que en el Perú no se concede a la difteria la atención que merece, tanto por parte de las autoridades sanitarias,como por parte de los clínicos, que ejercen en los hospitales o en la clientela civil. Esta observación se encuentra corroborada por el hecho de que casi no existe literatura peruana sobre la difteria; no he encontrado trabajo alguno sobre este argumento en nuestros periódicos médicos y sólo tengo noticias de dos tesis presentadas a la Facultad de Medicina, una por el Dr. Goycochea y otra por el Dr. Romaña. Por otra parte, las listas mortuorias de Lima apuntan pocas defunciones por difteria y en las escasas informaciones estadísticas sobre morbosidad hospitalaria, ocupa la enfermedad un renglón muy restringido.

Entonces, cabe preguntarse: Es qué en Lima prácticamente no hay difteria? o bien, si la hay, es tan benigna que no pesa en nuestra constitución médica, no hace víctimas y no se la historia, por eso, clínicamente? o, por último, es que no se la ve porque no se la busca, no se la estudia, no se la concede toda la atención que merece?

La difteria es una enfermedad propia de la infancia, por eso ahora que se ha formado la "Sociedad Peruana de Pediatría" hay que revisar y estudiar detenidamente todo lo relativo a esta enfermedad, que sin duda ataca bastante a nuestros niños.

En los treintidos años que ejerzo la medicina, particularmente la infantil, he visto centenares de casos de difteria en Lima, no los he historiado, no los he computado estadísticamente, de manera que no puedo hacer afirmaciones formales, numéricamente expresadas, acerca de mis observaciones sobre la *difteria nostras;* de donde resulta que lo que voy a decir a propósito de ella es solamente la impresión dejada en mi espíritu por la contemplación de hechos repetida y seriamente recojidos por mis ojos de clínico. Lo que yo diga, pues, será un concepto personal, que estimo puede servir de punto de partida para comenzar la verdadera historia de la difteria en Lima.

Tengo, en primer lugar, la creencia de que la difteria no se presenta con la misma frecuencia en las diferentes razas de nuestra población: he visto pocos casos de ella en los indios y no recuerdo haberla observado nunca en los negros; mis enfermitos han sido casi siempre blancos o de un cierto mestizaje de clase acomodada;

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

esta distribución se compagina bien con su relativa rareza en el medio hospitalario. Si mi creencia fuera cierta encontraría una explicación en cierta inmunidad conferida por una aptitud racial para la formación de sustancias protectoras contra la invasión activa por el *bacilo de Loeffler*, aptitud inmuno-biológica inespecífica, que hace negativa la reacción de *Schick* en los sujetos no vacunados o que no hayan tenido antes difteria, como es casi la regla cuando se alcanza la edad adulta.

En todo caso, me ha llamado fuertemente la atención, contra todo lo esperado, que la difteria se presenta más (quizá si sólo se ve más) en la raza blanca que en las de color, cuando son bien conocidas la mayor miseria, la menor cultura y el más bajo nivel higiénico de nuestros pigmentados, circunstancias propicias para el contagio y la difusión de la enfermedad.

Como en todas partes, la difteria es aquí más frecuente entre los dos y ocho años; no es rara entre uno y dos años, no lo es tampoco antes del año de edad, pero no se la vé más porque no se la busca; la he visto más de una vez en los adultos.

En Lima, se puede afirmar que no se hace la profilaxia de la difteria, ni por los particulares, ni por las autoridades sanitarias y, sin embargo, no se la ve nunca alcanzar verdaderos caracteres epidémicos, ni aún de simples epidemias familiares; en mis treintidos años de ejercicio pocas veces he podido ver contagio del hermanito, del primito o del sirviente con quienes convive el enfermo, aún cuando la familia no adopta, en realidad, eficaces precauciones; siempre me ha parecido todo esto muy raro, y, otras veces como ahora me he preguntado y me pregunto: ¿es que la difteria entre nosotros, es menos contagiosa a causa de la poca virulencia de los gérmenes que la engendran, amortiguándose o agotándose su infecciosidad en la defensa que la opone el primer infectado? o bien los nuevos contagiados adquieren, por esto, infecciones leves o aún levísimas,que no son despistadas en la clínica porque no se las busca o por que transcurren en formas latentes o enmascaradas?

Creo que hay mucho de esto último: la *difteria nostras* es esencialmente benigna y frustrada. Yo recuerdo ahora lo siguiente: La familia O, me presenta un niño que tiene tres días de fiebre mediana, contínua, dolor gutural, ganglios regionales tumefactos, amígdalas rojas,hinchadas, *sin exudado* aparente, no hay secreción nasal; diagnostico: angina catarral, desinfección de la cavidad, tratamiento interno sintomático, dieta, revulsión externa; el niño cura, lleno de incidentes en diez días; muy poco después, un pequeño sirviente de la casa hace una angina similar, que cura sin tratamiento específico; entonces la hermanita del primer niño es también atacada de angina, pero presenta en las amígdalas no el exudado clásico de la difteria, sino un velo ténue que parece moco condensado, de color opalino; su examen bacteriológico resulta positivo para el *bacilo de Loeffler* y la infección se deshace en 24 horas con una inyección de suero; en la garganta de los niños convalescientes se buscó y se encontró entonces numerosos bacilos de *Loeffler*. He aquí la historia de una pequeña epidemia familiar que ha podido quedar totalmente ignorada o que lo fué en los dos primeros esla-

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

bones de su desarrollo, habiéndosele combatido, puede decirse, sin suero.

Esto es muy frecuente en Lima; hay entre nosotros numerosos casos de la llamada «*difteria catarral*» benigna, de diferenciación verdaderamente difícil, curable sin suero, bajo la acción de la propia defensa y de la desinfección local.

Pero todavía escapan mucho más a nuestro diagnóstico las «*difterias larvadas*» (Heubner) de los *bebés*, porque, como dice *Finkelstein*, "son muchas las formas atípicas, que comienzan con una rinitis y cuya naturaleza permanece ignorada hasta que estalla un crup laríngeo o hasta que el niño muere sin que nos demos exacta cuenta de la causa de la muerte". Pueden tener lugar lesiones diftéricas extensas sin que aparezca ningún síntoma capaz de revelar la naturaleza de la infección; ella busca sus víctimas entre los lactantes distróficos, débiles, tuberculosos y sólo se manifiesta muchas veces por anemia, un mayor desperecimiento, diarrea, trastornos respiratorios y postración, que aumenta hasta producir la muerte.

A esta pobreza de síntomas específicos se agrega la circunstancia de que la difteria de los *bebés* es, como regla, nasal, excepcionalmente de las fauces, por razón constitucional. *Gunbodin* ha demostrado que en los bebés los vasos sanguíneos, las criptas y los folículos de las amígdalas no están todavía desarrollados; por debajo del epitelio se encuentra una capa de tejido conjuntivo sin formaciones linfoides, que la separa del tejido adenoideo (GUNBODIN.—*Besonderheiten des Kindersalters*). Todas estas circunstancias son muy desfavorables para el anidamiento de los gérmenes, por lo que en el lactante no existen las anginas lagunar, folicular, ni parenquimatosa y mucho menos, la diftérica.

La difteria faringea del lactante, por estas razones anatómicas, tiene que ser, pues, una excepción y, como entre nosotros se la busca allí, donde solo excepcionalmente puede encontrarse, no es extraño que se diga que la difteria no existe prácticamente en nuestros niños de pecho; no, lo que pasa es que la difteria a esa edad debe buscarse en la nariz, cuya mucosa es en este período de la vida el nido habitual del bacilo de Loeffler.

Este hecho es estadísticamente computado por Marfan (*La diphterie du nouveau-né et du nourrison.— Revue Francaise de Pediatrie*, 1930), en el siguiente resumen de las localizaciones de la difteria en el lactante, refiriéndose a 100 casos bacteriológicamente comprobados:

Coriza aislado	81 casos
Conjuntivitis aislada	5 ,,
Otitis media aislada	4 ,,
Conjuntivitis, Otitis, onfalitis y ulceraciones retro-auriculares con coriza	10 ,,

En 81% la difteria es puramente nasal, en 10% otras localizaciones están asociadas a la nasal y solamente en nueve veces sobre cien se presentó difteria puramente extra nasal, pero nunca de localización faringea.

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

Debo insistir en que los síntomas generales y particularmente los locales difieren enormemente en las difterias de la primera y de la segunda infancia. La falsa membrana falta casi siempre antes de los seis meses de edad, el coriza adquiere un cierto aspecto supurativo a veces sanguinolento, es unilateral, hay dolor y tumefacción de las partes, el estado general se reciente profundamente, hay fiebre, gran abatimiento, anemización rápida y complicaciones banales diversas, diarrea, vómito, &., que apartan del diagnóstico. En estos casos la sagacidad del médico asistente y, sobre todo, el que tenga incorporado en su espíritu el conocimiento de estos hechos y la práctica del despiste de la difteria larvada del lactante, le colocará en la buena vía y armará su mano con el suero, que se propone, a la vez dos propósitos, uno diagnóstico y otro curativo. Si es verdad que ha de haber muchos de estos diftéricos que curen expontáneamente, la rápida mejoría del enfermo con la seroterapia, formará un criterio diagnóstico suficiente; por otra parte, el suero es inocuo en estos sujetos, vírgenes de toda proteinoterapia anterior y queda el único tratamiento de fondo, capaz de dominar rápida y seguramente un mal que no se sabe en dónde pueda concluir.

Con menos frecuencia se presenta la difteria de la vulva y menos aún la de la herida umbilical, sin poder afirmar que esta rareza no se deba a que no se la busca sistemáticamente.

Felizmente, puede decirse que entre nosotros no hay difteria laringea.

En los casos sospechosos de difteria se debe buscar el bacilo de Loeffler, aunque todos sepamos que los resultados negativos no excluyen su diagnóstico y sepamos también, lo que es más desconcertante, que este gérmen se encuentra con frecuencia en la mucosa nasal en la calidad de huésped inofensivo, de manera que su presencia no obliga tampoco forzosamente a ese diagnóstico.

El diagnóstico de la difteria de las fauces es casi siempre fácil: el color blanco grisáceo de las membranas que cubren las amígdalas sobrepasándolas hasta el velo del paladar y la úvula y hasta la pared posterior de la faringe, el exudado fácil de separar, pero dejando una superficie sangrante, el infarto ganglionar regional, la reacción tóxica general, la fiebre mediana, &., y la obediencia a la seroterapia nos afirman en el diagnóstico.

Pero no es imposible que existan confusiones, procesos necróticos de las fauces desarrollados por la acción de diversas bacterias (estreptococos, neumococos) pueden originar producciones de aspecto diftérico, cosa que ocurre también con la escarlatina y otras infecciones escarlatiniformes, pero la limitación de la extensión de la inflamación a los contornos de la membrana, habla en favor de la difteria y la aparición del rasch en el de la escarlatina, aunque haya casos de difteria legítima con rasch escarlatiniforme. La angina de Plaut-Vincent, se localiza ordinariamente a un lado, es fétida, y las membranas poco adherentes, son de color gris sucio; el examen bacteriológico decide con el hallazgo de espirilos y bacilos fusiformes, pero sucede a veces, que contemporáneamente se encuentran también bacilos de Loeffler, que no se puede afirmar si actúan activamente o se encuentran a título de huéspedes inofen-

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

sivos. En Lima, la angina de Vincènt no es muy frecuente, pero se presenta a veces con graves caracteres.

La angina lagunar tiene muchas veces parecido con la difteria, particularmente cuando los pequeños exudados blanquecinos se aproximan tanto unos a otros que simulan una falsa membiana contínua; pero la angina lagunar sobreviene violentamente y la diftérica de una manera rastrera; en la primera hay gran alza de la temperatura y fenómenos generales iniciales y en la segunda apenas se alcanza a 38° y los descalabros generales de la intoxicación son posteriores. Pero estas condiciones pueden faltar y aún invertirse; de modo que el diagnóstico llega a hacerse muy inseguro. Kleinschmidt dice que "solo puede formularse un diagnostico diferencial a base de los infartos ganglionares en los casos en que la tumefacción característica de la difteria va acompañada de edema periganglionar. El que haya observado una vez y haya palpado esta tumefacción pastosa particular, en el seno de la que los ganglios, apenas pueden limitarse con dificultad, la reconocerá siempre en el acto, comprendiendo, a la vez, que se trata de difteria maligna de las fauces cuando el aspecto tonsilar no sea todavía claro" (Kleinschmidt.—*Diagnostische Irrturmer und deren Verhütung*).

En los niños anómalos constitucionalmente calificados de tímico-linfáticos, hay una disposición a que las anginas banales se cubran de exudaciones difteroides, que pueden hacer dar pasos falsos y crear muchas confusiones. He aquí un ejemplo:

En marzo del año pasado fuí llamado a consulta a Chosica sobre un niño que presentaba una angina, que pareció sospechosa de difteria a mí y a mi colega, pero no podíamos hacer examen bacteriológico por la gran distancia de la localidad a la Capital. Le pusimos suero; la niñita estuvo bien hasta junio, mes en el cual fuí llamado en Lima para atenderla de una nueva angina de igual aspecto que la anterior, pero sin gran infarto de los ganglios regionales. Aunque autores de gran nombre admiten la posibilidad de la repetición de la difteria, personalmente había seguido creyendo que la inmunidad adquirida por un ataque anterior del bacilo de Loeffler debía ser más segura y más fuerte que la obtenida con la vacuna toxina-anatoxina, que, como sabemos todos premuniza contra la difteria. Así creí que mi enfermita no tenía ahora la difteria, pero mandé examinar el exudado (Dr. Hercelles) obteniendo un resultado positivo; con precauciones puse suero a mi enferma y curó en dos o tres días. Y aquí lo desconcertante — habiéndole yo afirmado a la familia que la difteria no repite— en setiembre, y después en mayo de 1930 y en julio de este mismo año, la enferma ha sufrido de anginas similares con hallazgo de bacilos de Loefler curadas sin suero; pero todavía un dato muy interesante: estando la niña sana también se encontró Loeffler en sus fauces. Yo veo así la explicación de todo: esta bebe ha tenido alguna vez difteria legítima, que la hizo una "portadora de bacilos", testigos de sus demás anginas, que tuvieron disposición a adoptar aspectos difteroides; la bebe de mi historia que tien ahora 3 años y medio de edad es y ha sido antes una pastosa en el sentido de Pfaundler, habiéndole contado en un examen de su sangre, durante una de sus an-

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

ginas, 11,000 glóbulos blancos con 3% de eosinófilos y 53% de linfocitos; en la difteria se encuentra, como regla, leucopenia y neutrofilia.

Es sabido como hacen apariencias clínicas diftercides las alteraciones profundas de la fórmula leucocitaria: las leucemias, la agranulocitosis y la angina de monocitos de Schultz; habrá que tenerlas presentes; pero estas enfermedades son raras en la primera infancia y se acompañan de una sintomatología compleja, que permitirá despistarlas pensando en ellas, y sobre todo, haciendo frecuentes investigaciones hematológicas del enfermo.

Los principios generales de la seroterapia antidiftérica son adquisiciones muy difundidas. Suero pronto, en buena cantidad, en dosis sostenidas.

De estas indicaciones es la más urgente y proficua la primera: pronto. En numerosas estadísticas de diferentes partes del mundo, se comprueba numéricamente este hecho: la menor mortalidad no corresponde a los casos en los que se ha empleado más unidades antitóxicas sino a aquellos en los que el suero se ha administrado más temprano; es natural, las toxinas del bacilo de Loefler se esparcen por los humores y de ellos pasan a los tejidos, que penetran profundamente, se manera que cuando se introduce artificialmente antitoxinas saturan fácilmente las toxinas contenidas en los fluidos del organismo, pero sólo con gran dificultad logran alcanzar el complejo celular invadido por el veneno diftérico para aniquilarlo; se espera que mayores dosis puedan realizar con más probabilidad esta penetración. Por eso, la primera regla: pronto, es la más eficaz y, en mi concepto la más apropiada para curar una difteria sin necesidad del empleo de las altas dosis, que hoy están tan generalizadas en el mundo.

Miradas así las cosas, el tratamiento de la difteria exije más que ninguna otra enfermedad el diagnóstico precoz y, aún la obligación de sospechar la difteria, ante el menor signo e inyectar decididamente el suero, guiado por estas simples presunciones.

Yo he procedido siempre así, y, seguramente he puesto mucho suero innecesariamente; pero sigo creyendo no haber hecho mal sino bien y quizá debido a esta conducta, he curado innumerables enfermos de difteria con dosis que hoy se considera mínima de suero; quizá si esta circunstancia ha intervenido en la formación de mi opinión, de que hoy se exajera la dosis de suero que necesita el tratamiento de cada enfermo.

Cuando principió este siglo, yo era un médico flamante al cabo del descubrimiento de Behring y curé muchas difterias de malos aspectos con 500 a 1,000 unidades de suero por inyección, en dos o tres sesiones. Yo no puedo olvidar el siguiente caso: El señor A. hombre fornido, de alta estatura, de un peso alrededor de 65 kilos, presentó una difteria clásica, febril, con fuerte intoxicación y extensas falsas membranas; le apliqué, admírense ustedes, 300 unidades de suero. A las 24 horas cayó la fiebre, las membranas comienzan a desprenderse; le puse otras 300 unidades y mi enfermo quedó curado en dos o tres días (año 1903).

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

Después, en los veinte años siguientes, yo y todos mis contemporáneos hicieron curaciones brillantes—si brillantes entónces, todos bendecíamos a Roux y a Behring por su salvador descubrimiento—siempre con dosis, que fueron la décima, la vigésima y hasta la quincuagésima parte de las que hoy se consideran curativas; pero pasada la Gran Guerra, nos vino del viejo Continente y un poco de los EE. UU. la indicación de usar dosis de suero, que debieron espantarnos a los que habíamos curado tantas difterias con un número de unidades, que parece ridícula a los modernos pediatras.

Qué ha pasado? Porqué ha habido necesidad de multiplicar por 10, por 20, por 50 las unidades indispensables para curar a un diftérico?

Es que la difteria se ha agravado, se ha hecho más resistente al suero o es que el suero de hoy tiene menos poder antitóxico 20,50 veces menor que el suero preparado con las inspiraciones de Behring y de Roux?—O pasan ambas cosas: la difteria es más grave y el suero menos activo?

Naturalmente, estas preguntas no son una originalidad mía; en otras partes se han formulado y respondido extensamente a estas mismas interrogaciones. Respecto al primer punto se ha hablado de la reagravación de la difteria, lo que me parece una afirmación excesiva, porque la epidemiología enseña cómo es variable y alternante, con causas que cada día se precisan más, la gravedad masiva de las enfermedades epidémicas, estando ello de acuerdo con la observación secular que consagró la denominación de "genio epidémico". En lo que se refiere a Lima, yo no he observado mayor gravedad en los casos ocurridos en el último decenio, que en los observados hace veinte a treinta años; también puedo afirmar que ahora atendemos más diftéricos no porque en realidad haya aumentado su número, sino porque los buscamos más y de mejor manera.

Ha disminuido la intensidad de saturación antidiftérica de las unidades de suero?—Es posible, muchos lo piensan así basándose en que los procedimientos empleados para disminuir o aniquilar los choques anafilácticos, rebajan esa intensidad. Bien, si esto es admitido, nadie ha podido medir, que yo lo sepa, la cuantía de esa disminución; si fuera exactamente estimada un sencillo cálculo permitiría encontrar una fórmula de compensación de unidades modernas con respecto a las antiguas.

Creo que hay mucho que estudiar todavía a propósito de esta cuestión de las dosis sueroterápicas en la difteria. Pero de Lima sé decir y puedo sostenerlo con numerosísimos éxitos que no precisa emplear esas cifras verdaderamente fantásticas de suero puestas hoy a la moda; que comunmente me quedo por debajo de los promedios de 250 a 500 unidades por kilo de peso que señala Schick para los niños, pero siempre bajo la condición expresa de proceder lo más cerca posible de la iniciación de la enfermedad.

Estos son los hechos y debemos felicitarnos por los resultados satisfactorios obtenidos con esta conducta moderada, porque de otra manera cada día, asistiríamos al cuadro doloroso de perder a nuestros enfermos por imposibilidad económica de los pacientes de comprar cantidades de suero, puestas en moda en otros centros,

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

No es raro que aún empleando dosis moderadas de suero, los pacientes y aún el hospital no tengan materialmente como hacer la sueroterapia. Hace dos o tres semanas, ví en la calle de Juan Simón de esta Capital a un niño con difteria amigdalina: tenía siete años de edad, bien constituído, no estaba muy intoxicado todavía, a pesar de hallarse aparentemente en el segundo día de su angina. Receté 10,000 unidades de suero, quedando en regresar una hora despues para inyectárselo; cuando fuí a la casa me presentaron un frasco con 3,000 unidades, para cuya adquisición (5 o 6 soles) habían empeñado un mueble, sin tener muchos otros más que empeñar. Puse las 3,000 unidades, peor era no hacer nada y regresé a las 24 horas: la fiebre había bajado, el estado general era mejor; había un escasísimo exudado. No le puse más suero y el niño sanó bien y rápidamente.

Pero de todas maneras, mucho o poco, se necesita suero y suero barato. Es indispensable que nuestras autoridades sanitarias, pongan rápido remedio a esta situación que, de prolongarse, resultará un baldón para ellas. No se concibe una institución de sanidad, que no contemple y resuelva sin dilación este problema, que debe figurar en la primera línea de los programas de defensa de la infancia: sueros buenos y baratos, particularmente, suero anti-diftérico. Creo que los sueros importados ya no pagan un derecho aduanero específico, pero si tienen otras gabelas y necesitan por ser medicinas ser registrados especialmente, para que su importador obtenga autorización para su despacho, es decir, trámites morosos y a veces costosos, no sólo por el tiempo que exijen, sino porque hay que alijerarlos con gratificaciones a los empleados inferiores. Es decir que la Dirección de Salubridad Pública, sostiene para los sueros, la misma incomprensible política de dificultar la importación de medicamentos útiles bajo el pretexto de vigilar el consumo de narcóticos. Con estas trabas se encarece los sueros, que debían ser puestos al alcance de todos, mediante facilidades que está en la obligación de dar la autoridad sanitaria. Más todavía, ella debía hacerse importadora del suero antidiftérico, comprando en el mercado más barato y garantido, como es el Instituto Pasteur, proporcionándolo al precio de costo en Europa y cargando ella con los otros pequeños gastos, que pudieran originar su transporte y su conservación.

No puede la Dirección de Salubridad adoptar otro temperamento. Se habla y aun creo que se ha decretado la creación de un Instituto para la fabricación de suero antidiftérico y vacunas antidiftéricas; creo que dicha creación resultará muy perjudicial para nuestros enfermos, porque el suero que fabrique, en el caso de resultar de igual eficacia al importado, será muchísimo más caro, quien sabe si dos veces más caro que el extranjero; y resultará entonces que no pudiendo competir el nacional con él, el Gobierno para salvar a su Instituto se verá en la precisión de prohibir la importación de los sueros y vacunas.

La Sociedad Peruana de Pediatría, que se ha impuesto la mision de velar por la defensa de la salud de nuestros niños, está en la

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

obligacion de dirigirse a los poderes públicos, haciéndole las representaciones que esta interesante y trascendental determinacion sugiere.

Algunas consideraciones sobre la difteria en los niños de Lima

Por el Dr. CARLOS KRUMDIECK

La difteria que, sin duda, es una de las enfermedades de mayor gravedad y contagiosidad de los niños, ofrece en Lima, caracteres tan peculiares por su benignidad y falta de difusión, que he creído oportuno presentar a la Sociedad Peruana de Pediatría, algunas observaciones personales y los comentarios que sugiere el estudio de esos casos.

De las numerosas localizaciones que suele determinar el bacilo de Loeffler, solo hemos atendido difterias nasales, diftérias de distintas gravedades y difterias laringeas. Hasta ahora, no hemos tenido ocasión de observar difterias de la cicatriz umbilical, ni de la conjuntiva, ni genital, ni cutánea.

De coriza diftérico hemos observado 3 casos, ninguno de ellos en lactantes. He aquí nuestras observaciones de esta localización.

Nº 1.—J. L. de 4½ años de edad, de raza blanca, fué llevado al consultorio otorinolaringológico del Hospital de Niños el 30 de Julio de 1930 por presentar un catarro nasal muy pertinaz, con signos de obstrucción nasal. El exámen rinológico puso en evidencia la existencia de un coriza bilateral, mas notable en el lado derecho; en la parte superior del labio superior correspondiente, en el punto de unión de este segmento con el orificio nasal, se advierte una ligera erosión, poco sangrante, de forma irregularmente semilunar. El speculum nasi, no permite ver los cornetes, pues la ventana nasal se encuentra obstruída por una abundante secreción purulenta. Al hacerse la limpieza de la fosa nasal, se escurre una secreción mucopurulenta y una falsa membrana de color amarillo blanquizco, cuyo exámen bacteriológico reveló la existencia de bacilos de Klebbs Loeffler. No hubo angina ni propagación del proceso a la rinofaringe; tampoco se constató adenopatía, ni fiebre. Se le aplican 1500 unidades de suero antidiftérico de Meister Lucius. Al subsiguiente día regresó al Hospital muy mejorado, pero no bien. Se le hizo una segunda inyección de 3,000 unidades de suero, recomendándosele a la madre lo traiga dos días mas tarde. A su regreso, 48 horas después la mejoría fué completa.

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

N°. 2.—El 25 de Julio del mismo año, atendimos a la enfermita M. A. de 5 años de edad, de raza mestiza, quien presentaba un cuadro clínico análogo al anterior, acompañado de ligera elevación térmica; la lesión subnasal, algo más extensa, avanzaba hasta el tercio medio del labio superior. Se le aplicó una inyección de 3000 unidades de suero, que se repitió los días 27 y 29 del mismo, con lo que se obtuvo una completa curación.

N°. 3.—El 22 de Agosto de ese mismo año, el niño C. M. de 4 años de edad y de raza mestiza, fué llevado al Consultorio, por tener una secreción mucopurulenta unilateral. No existían falsas membranas, ni ganglios, ni reacción febril. La experiencia de los casos anteriores nos indujo a hacer un éxamen bacteriológico de la secreción, el que reveló la existencia de bacilos de Loeffler. Una sola inyección de 3000 unidades de suero dió cuenta del proceso.

Como se ve, los 3 casos de difteria nasal que hemos observado, se han presentado evolucionando como localizaciones primitivas y únicas en las fosas nasales. Las características clínicas y bacteriológicas de esas tres observaciones, no dejan lugar a dudas acerca de su naturaleza.

Dada la benignidad de esta localización de la difteria, y la facilidad con que puede confundirse con otros procesos catarrales, es conveniente conocer su existencia, pues, su misma benignidad hace que sea descuidada en su tratamiento y convierta a los enfermos en portadores o difusores de la enfermedad de Bretoneau.

Por la misma época, y en los consultorios Médicos y Otorinolaringógico del Hospital de Niños, atendimos 16 casos de anginas diftéricas, de los cuales 4 hicieron síndromes malignos, uno de ellos fatal; 8 casos de angina diftérica común, y 4 casos de formas larvadas de la angina diftérica.

Las formas pseudomembranosas larvadas se presentaron en los siguientes enfermos:

N° 1.—J. E.	de 6	años,	de raza	mestiza	atendido	la 1ª	vez el	8.VI.930
N° 2.—C.S.M.	5	,,	,,	,, india	,,	,,	,,	25.VI.930
N° 3.—L. G.	10	,,	,,	,, mestiza	,,	,,	,,	3.VII.930
N° 4.—V.A.	13	,,	,,	,, ,,	,,	,,	,,	3.VII.930

La historia clínica de estos cuatro casos, fué sensiblemente análoga. Los enfermos acudieron al Consultorio por presentar dolor de garganta intenso, ligera reaccción febril y disfagia. El exámen de la faringe puso en evidencia en todos ellos tumefacción con rubicundez del velo del paladar y las amígdalas, las que presentaban bien un ligero exudado blanquecino adherente, o bien pequeñas falsas membranas que tapizaban parte de las amígdalas, el velo del paladar, o bien algunas criptas amigdalares con exudado falso membranoso, que hacían pensar en la existencia de una angina críptica. La palpación de la región cervical en todos los casos, acusaba una adenopatía subángulo maxilar, pero sin las características clínicas del infarto ganglionar de la difteria común o de la difteria hipertóxica. El exámen bacteriológico del exudado en todos los casos puso en descubierto el agente específico.

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

Estas formas larvadas de difteria, que se caracterizan por su benignidad, ceden facilmente al tratamiento, no habiendo necesitado en ninguno de los casos que tratamos, recurrir a dosis mayores de 10.000 unidades para constatar la regresión y desaparición de los síntomas.

Es también muy conveniente estar familiarizado con la existencia de estos casos larvados, de evolución tórpida y de apariencias modestas, por que suelen pasar confundidos con anginas lagunares o lacunocrípticas, y en un momento dado, pueden, por circunstancias diversas, tomar una marcha maligna o propagarse a la laringe determinando un crup. Aúnque no hemos observado tal eventualidad en ninguno de los enfermos que hemos atendido, esta evolución es señalada por diversos observadores.

El mayor número de enfermos que hemos visto, encuadra en la forma clínica de difteria común extensiva. De esta variedad atendimos a los siguientes casos:

J.B. de 7 años	de edad,	de raza	blanca	se atendió la 1ª	el 5.VI.930
E.N. de 6 años	,,	,,	mestiza	,,	,, 14.IV.930
J. E. de 6 años	,,	,,	,,	,,	,, 8.VI.930
A. C. de 4½ años	,,	,,	,,	,,	,, 14.III.930
D. D. de 14 meses	,,	,,	,,	,,	,, 29.III.930
T. D. de 2 años	,,	,,	,,	,,	,, 29. V.930
C. P. de 14 meses	,,	,,	,,	,,	,, 26.VI.930
J. R. 5 años	,,	,,	,,	,,	,, 22.VII.930
J. R. 4 años	,,	,,	,,	,,	,, 22.VII.930

La historia clínica de todos estos enfermos mutatis mutandi, era muy semejante. Después de varios días de malestar, dolor de garganta y temperatura moderadamente elevada, aparece en la faringe un exudado blanco-amarilliento, que reviste parte del velo, a veces la úvula y tapiza las amígdalas, tendiendo a extenderse por la rinofaringe y acompañándose de infarto de los ganglios, subángulomaxilares, que llegan a tomar grandes dimensiones, pero sin acompañarse de reacción periadenítica. La voz se pone ronca, hay palidez de los tegumentos y disnea. El exudado, francamente seudomembranoso, es adherente, no siendo extraño que al retirarlo con una pinza dejé una ligera superficie sangrante. El exámen microscópico y los cultivos de la pseudomembrana, permiten con gran facilidad descubrir el bacilo diftérico en cualquiera de sus formas cortas, medianas y grandes.

El tratamiento de estos casos, demandó dosis de suero no menores de 5 años a 20,000 unidades, con las que se obtuvo siempre la curación, siendo de advertir que todos estos enfermos fueron asistidos a mas tardar al 4º o 5º día de enfermedad. Cuanto mas tardíamente se presentaron los enfermos, las dosis de suero que empleamos fueron proporcionalmente mayores, habiendo tenido la curación en algunos casos con una sola inyección. Los dos casos mas rebeldes fueron los hermanos Julio y José R. que demandaron cuatro días de tratamiento y 25 y 30,000 unidades respectivamente.

Por último, atendimos cuatro casos de anginas diftéricas malignas de tipo hipertóxico:

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

N. C. de 20 meses,	raza mestiza,	fué atendida	la primera vez	2.IV.930
H.S. de 10 meses	,,	,,	,,	12. II.930
R. L. de 6 años	,,	,,	,,	18.III.930
A. E. de 2 años	,,	,,	,,	26. V.930

Los tres primeros casos evolucionaron favorablemente, merced a una seroterapia intensiva y prolongada.

El cuadro clínico de estos enfermos se caracterizó, por una mayor extensión de las falsas membranas, las que invadían los pilares, el velo y las dos amigdalas, con edema de esas regiones, disfagia y disfonía intensas; hedor del aliento; adenopatía cervical y angulomaxilar; debil secreción serosanguinolenta por las fosas nasales. A este cuadro local, se agregaban fenómenos generales graves, como exponente de la intoxicación general del organismo; palidez cérea de la cara, perturbaciones del sensorio, pulso frecuente y fiebre contínua, pero no muy elevada.

En ninguno de estos casos se emplearon dosis de suero menores de 30,000 unidades.

La niñita A. E. fué examinada al 7° día de enfermedad, la que se inició como una angina vulgar. Los parientes, en vista del mal estado general de la paciente, la llevaron al Consultorio Médico del Hospital de Niños. Al exámen aparecía la enfermita con una facies profundamente intoxicada; temperatura de 38°2, pulso acelerado y arrítimico; la deglución era imposible a causa del gran edema de los pilares y del velo, la saliva se escurría por las comisuras labiales; no existía tirage ni otros signos de propagación del proceso a la laringe, pero en cambio, había una difteria nasal bilateral con secreción fétida. La falsa membrana, de aspecto blanco verdusco, asentaba en la faringe, invadiendo los pilares, el velo, la nasofaringe y ambas amigdalas. Las mucosas labial y gingival estaban bastante decoloradas y los ganglios del cuello, muy infartados, daban a la enfermita el tipo del cuello proconsular de Saint Germain. Por lo demás, la bebé, estaba bien desarrollada y con un peso normal para su edad. El análisis bacteriológico del exudado faringeo, practicado por el Dr. Weiss, demostró la existencia de bacilos de Loeffler.

Se le inyectó inmediatamente 10.000 unidades de suero antidiftérico, pero la enferma falleció 8 horas después del exámen.

También he tenido ocasión de atender algunos casos de difteria en la práctica particular. De entre ellos, voy a describir 4 casos, por tener gran interés epidemiológico y clínico.

El año 1928, durante el mes de junio, tuvimos ocasión de ver, con nuestro distinguido colega el Dr. Rodolfo Neuhaus al niño N. N. de 3 años de edad quien después de presentar una ligera angina eritematosa, sin falsa membrana, pero con adenopatía cervical, es presa de disnea intensa con fiebre de 39°, tos ronca, tirage inspiratorio y amenaza de asfixia. Las características de la disnea en este caso correspondía a las ocasionadas por un obstáculo estenosante de la laringe. Dada la inminencia de la asfixia, el Dr. Neuhaus, propone se efectúe una traqueotomía de urgencia, la que fué llevada a cabo inmediatamente por el Dr. Jesús Hernández. Al siguiente día vimos al enfermo en consulta. No obstante que el peligro inmediato

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

de asfixia había desaparecido, merced a la oportuna intervención quirúrgica ordenada por el médico, el niño presentaba signos de profunda intoxicación. En la parte inferior de la rinofaringe, se advertía al exámen directo, una falsa membrana de color blanco-amarillento. Lenta la respiración; tirage supraesternal y epigástrico; temperatura de 38° 5. El exámen estetoacústico del arbol respiratorio puso de relieve la existencia de gruesos estertores roncantes.

En vista de la gravedad del caso, se ordenó una inyección inmediata de 20,000 unidades de suero antidiftérico. A las 5 horas el niño había mejorado ligeramente, para reagravarse en los días siguientes no obstante de habersele aplicado otras 20,000 unidades de suero, falleció a los 3 días de la intervención quirúrgica, con un cuadro asfíctico y un sindrome tóxico.

He querido relatar esta historia, por tratarse de un caso típico de "crup d'amblée" cuya rareza es bien conocida, pues solo se presenta en el 8% de los casos de crup, y por el hecho de que, a pesar de haber sido traqueotomizado tan luego fué diagnosticado el crup, y de habérsele administrado fuertes dosis de suero, falleció por propagación del proceso al árbol respiratorio.

Los demás casos que voy a relatar se refieren a diversas formas de angina diftérica que se han presentado en casas particulares o instituciones en las que habitaban gran número de niños. En todos ellos, la difteria se presentó en forma esporádica y sin ninguna tendencia a la propagación en forma epidémica.

Del Colegio de los Sagrados Corazones, solicitaron nuestros servicios para atender a la niña A. P. de 7 años de edad, de raza blanca, alumna interna de dicho plantel, quién presentó en los primeros días de Agosto de 1930 malestar general, dolor de garganta, disfagia y fiebre. En esas condiciones fué acostada en el dormitorio general del establecimiento y se le administraron bebidass diaforéticas. La examinamos al siguiente día de caer enferma, advirtiendo la existencia de un exudado blanco espeso que barnizaba la amígdala derecha invadiendo parte del velo del paladar; esta angina blanca se acompañaba de adenopatía subángulomaxilar sin periadenitis, adinamia y malestar general. Solicitamos un exámen bacteriológico del exudado y el análisis practicado por el Dr. Weiss, puso de relieve la existencia de bacilos diftéricos. Al siguiente día la enferma fué retirada del internado; se le aplicaron 20000 unidades de suero antidiftérico de Meister Lucius, en el espacio de 48 horas. Al tercer día de tratamiento la enferma estaba curada.

A pesar de nuestra advertencia, y con el fin de no sembrar la alarma entre los padres de las niñas de ese Colegio, no se tomaron medidas higiénicas de ninguna clase. La enfermedad no se difundió en el plantel.

De la Hacienda "Santoyo" fuimos llamados para atender a la enfermita A. A. de 3 años de edad, de raza blanca. El exámen de la enferma, reveló la existencia de una angina pseudo membranosa de naturaleza diftérica, según comprobación bacteriológica. Omitimos la relación sintomática detallada de este caso, por no dar mayor extensión a este trabajo. Con 3 inyecciones de 5000 unidades de suero cada una, colocadas en 3 días consecutivos, la paciente quedó completamente curada.

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

En la misma casa, habitaban con la enfermita 2 hermanas: una de 5 años y otra de 11 meses y 4 primas. Ninguna de ellas fué contagiada. Tampoco se presentaron casos de difteria en los niños de los alrededores ni en los de la ranchería de la Hacienda.

Nuestro colega y amigo el Dr. Gregorio Monge Otaiza, solicitó nuestra cooperación para atender a su niño N. M. de 3 años de edad, quien enfermó con una angina de tipo pultáceo pero rebelde al tratamiento. Al examinarlo encontramos que una de las amígdalas estaba revestida de una falsa membrana blanco-amarillenta, con adenopatía del grupo ganglionar correspondiente a la amígdala enferma. El exámen bateriológico reveló la existencia de una asociación fusoespirilar de Vincent. Se ordenó toques de Neosalvarsán, pero los síntomas no cedieron, por el contrario, la placa difteroide manifestaba tendencias a extenderse. Un cultivo de la falsa membrana permitió descubir la existencia de bacilos de Loeffler. Una sola inyección de 10000 unidades de suero fué suficiente para terminar con la enfermedad en 48 horas. En la misma casa del enfermo vivían 3 hermanos y un primo,además de los padres y las personas de servicio. Ninguno fué contagiado.

Podríamos relatar muchas otras observaciones análogas de casos de difteria que hemos atendido en familias numerosas y que no se han difundido.

Con lo expuesto, si exceptuamos los casos de los hermanos Julio y José R. que atendimos en el Hospital de Niños el 22 de Julio de 1930, no hemos tenido ocasión de ver verdaderas epidemias de difteria, la que, entre nosotros, además de su relativa benignidad, no tiene tendencia a propagarse en forma epidémica.

Esta falta de carácter epidémico de la difteria entre nosotros, se debe a una falta de receptividad de nuestros niños, o a una menor virulenta del gérmen?. Esta interrogación, solo podrá ser contestada, el día que se haga entre nosotros en forma sistemática la reacción de Schick, a fin de establecer estadísticas relativas a la receptividad de los niños; mientras tanto, es conveniente que la Sociedad de Pediatría llame la atención acerca del aumento que año tras año viene ofreciendo la difteria entre nosotros y la necesidad de que se hagan estudios sobre la reacción de Schick para establecer el índice de receptividad a la difteria en los niños de Lima.

La mayoría de las gentes creen que los médicos tenemos callo en el corazón. Según ellos nos dá igual que los enfermos se mueran o se salven. Convertimos la profesión en un ganapan mecánico, podado de lirismo. Afortunadamente no es ésta la verdad, ni lo fué nunca.—Dr. Juarros.

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

Sobre pinta o ccara en el Perú

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

En los valles y en la misma ciudad de Arequipa, como en el resto del Perú, desde luego, existen discromías variadas, que han dado lugar a las más extravagantes producciones de la imaginación popular.

El pueblo denomina indistintamente *Ccara* a todas las afecciones de la piel que alteran su colorido, como son:

El Vitíligo.
El Cloasma.
La Hipercromia facial de las anémicas.
Las Sifílides pigmentarias.
El Eritrasma.
La Enfermedad de Addison.
La Acromia regional de las partes comprimidas del cuerpo, y
Las policromías de los valles.

El caso que hemos observado representa uno legítimo de *Ccara micósica*, en un muchacho de quince años, llegado del valle de Vítor, que está atacado hacen más de dos años por la enfermedad.

Se presenta esta bajo la forma de placas circinadas, con bordes policíclicos, geográficos, esparcidos por todo el cuerpo, habiéndolas en la parte anterior como en la posterior, en los miembros como en el abdomen, sin disposición simétrica, como se observa en aquellas discromias en que juega importante papel el sistema nervioso.

El tamaño de las placas es variable; no existen dos iguales, dependiendo aquel de su edad, consecutiva al momento de su sembrío, casi siempre contagiándose la piel por medio del rascado con las uñas.

Las placas son de fondo rojo, constituyendo la *variedad roja de la Ccara*, teniendo en su superficie un tapizado de escamitas poco prominentes. El borde es algo saliente, en relación con la piel sana.

La placa al principio es redonda y solo se vuelve policíclica cuando se desarrolla mucho o cuando dos placas acaban por juntarse hasta formar una sola. Otras se ven irregulares, geográficas.

Al iniciarse las placas son pruriginosas; este escozor dura bastante tiempo después del desarrollo de la placa, lo que explica que los enfermos se rasquen y tengan constantemente en sus uñas escamitas contagiosas que poder sembrar en otras regiones de la piel.

A cierta distancia, sobre todo, el aspecto y colorido de las placas resalta considerablemente sobre el resto de la superficie cutánea.

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

EXAMEN DE LAS ESCAMAS

Hemos raspado la superficie de la placa con el fin de obtener, no sólo las escamas superficiales, sino, así mismo, las capas profundas del epidermis, las que hemos preparado según el procedimiento clásico, a la solución de potasa en caliente, llegando a apreciar con la mayor claridad el hongo patógeno.

DESCRIPCION DEL PARASITO

Por el género de reproducción en *ascos*, así como por la disposición general de los micelios, pertenece el parásito a la familia de los *Ascomicetos* y por la terminación fructífera en *fialidas* y por último en *Conideas*, pertenece al género PENICILLIUM.

Los *micelios* son largos, muy delgados, de una a dos micras de ancho, divididos particularmente cerca del punto de su bifurcación.

Los *esporangios* tienen tamaño variable; son por lo regular piriformes y terminales; tienen hasta cinco o mas micras de ancho.

Los *ascos* poseen número variable de *fialidas* y se terminan en un número variable también de *conidias*, que se las ve con frecuencia al estado libre.

En veces los micelios se entremezclan a la manera de red, otras veces son aislados y de longitud muy variada.

Como tratamiento instituimos en general los toques a la tintura iodo-fenicida, en la siguiente proporción:

Rp.—Tintura de iodo . . . . . 50 grs.
Acido fénico cristalizado . . . . . 5 ,,
m. s. a.

Se renuevan los toques siguiendo el criterio de la susceptibilidad individual, produciendo descamaciones que permiten eliminar con el tiempo todos los hongos infiltrados en la epidermis.

Es necesario pintar cuidadosamente todas y cada una de las manchas sin dejar una; prohibir que el enfermo se rasque y ser muy constante en la terapéutica, porque dada la resistencia de los hongos, es necesario premunirse de gran perseverancia para arribar a buen fin.

Se utiliza así mismo toques semanales con ácido acético glacial o se unta la piel con pomada hidrargírica al 1 %

Rp.—Bicloruro Hg 0.40
Disuélvase en alcohol y mezclese muy íntimamente con
Vaselina blanca. . . . . 40 grs.

Se aplica haciendo masaje de la placa, noche y mañana, diez minutos cada vez, previo raspado con una pequeña cureta o con piedra pómez.

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

También puede emplearse el unguento iodo-hidrargírico:

Rp.—Pomada mercurial doble ..... 4 grs.
Tintura de iodo ..... 10 ,,
Uso externo.

Como medicación interna prescribimos el arsénico clásico, sea bajo forma de licor de Fowler o de Pearson, o como arseniato o cacodilato, alternando con el azufre y los ioduros o la tintura de iodo en gotas, mezclada con leche para formar un albuminato inofensivo.

Este caso nos demuestra el hecho, nada raro, de que en nuestros valles existe la discromia micósica que en el Perú se denomina *Ccara* y que en América Central y del Norte se llama *Pinta, Caratés* o *Mal de Pinto*, debiendo existir la forma *aspergilar*, de la misma manera que hay la *penicilar*.

Desde el año 1913 que escribíamos lo anterior, hemos comprobado más de cincuenta casos de *Ccara micósica*, monócroma o dicroma, provenientes de los Valles de Tambo, Vítor, Siguas, Camaná y muy especialmente de Majes, donde la leyenda folklórica llega a su máximo.

Por manera que en 25 años de observación minuciosa, hemos llegado al convencimiento absoluto en que existe la *Ccara micósica monocroma* o *dicroma de los valles*, que es producida por un parásito inoculable por la piel y reinoculable por el rascado.

Hemos comprobado, asimismo, de la manera más incontrovertible la existencia en el valle del río Madre de Dios, en la selva tropical peruana, mas allá de la cordillera andina, en los límites con Bolivia y el Brasil, de la *Ccara policroma* diferente de la anterior, *micósica* como ella, trasmisible y auto-inoculable asímismo por el rascado.

Se trataba de una familia de labriegos, dos de cuyos miembros emprendieron viaje expreso para consultarse.

La *pinta* o *ccara* principió por un sirviente de la familia, que con sus pies descalzos y mal vestido, era más vulnerable que los demás a la picadura de los insectos, así como a la inoculabilidad por astillas y arañas.

Este sirviente contagió a otro, éste a su vez a uno de los niños de la familia, el que por último trasmitió el mal a un hermano. Los contagios se fueron sucediendo de modo progresivo y a intervalos irregulares.

Principiaban por un punto prurriginoso al que sucedía una placa, en cualquier parte del cuerpo, la que se agrandaba, redondeaba, oval o irregularmente, apareciendo otras placas en otros sitios; todas eran de evolución caprichosa y de situación no electiva.

Las placas eran, unas de color negruzco, otras azuladas, otras rojas y otras amarillas, con tonalidades variables y matices degradados, sin brusca solución de continuidad.

Examinadas las placas, hemos encontrado *micelliums* parecidos a los hallados en la pinta de los valles, con conidias de forma que se acerca a las descritas por Peña Chavarría en Colombia, unas, y

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

otras por Castellani, manifestando con evidencia, que la diferenciación no fué posible por la gran variedad de hongos que hoy existen y los muchos y nuevos que aparecen en zonas tan húmedas (funguígenas) y tan poco estudiadas, como son las tropicales del corazón de la selva americana.

La impresión de ser micósicas estas lesiones, era absolutamente evidente, no sólo por los reiterados exámenes microscópicos que se hicieron, sino tambien por la evolución clínica que presentaron.

Sea que se trate de un hongo de evolución policrómica por etapas, o policrómica por pluralidad parasitaria, como lo estatuyen los Profesores Brumpt y Castellani, lo cierto es que la existencia de la Pinta o Caratés con manchas policrómicas, micósicas, es hoy indiscutible.

Esta forma no la he visto hasta ahora en ninguno de nuestros valles costaneros.

Su tratamiento fué instituído de acuerdo con el que acabamos de narrar para la monocromia fúnguica.

El Vitíligo, es por el pueblo confundido siempre con la Ccara; existe en abundancia en los valles, en Arequipa misma, siendo menor en la sierra; vuelve a hacerse numeroso en la región de la selva.

Es muy frecuente verlo principar por una o varias manchas acrómicas, con borde hipercrómico, en regiones de presión en la piel, *cuello, cintura y regiones supra-rotulianas* (presión del cuello, del cinturón de los vestidos y de las ligas.)

Es frecuente asímismo verlo en las zonas genitales. El Dr. Jayle ha presentado un hermoso trabajo al respecto. De allí puede extenderse al resto del cuerpo. No es simétrico rigurosamente y con frecuencia cura si se le trata enérgica y oportunamente, como luego veremos.

En el pueblo hay la creencia de que el Vitíligo es administrado criminosamente, como venganza, a la manera del vitriolado europeo; pero esta creencia ha sido científicamente desmentida.

Son frecuentes los casos de niños que nacen con manchas vitiliginosas.

Hemos examinado más de cien casos de vitíligo y jamás hemos encontrado hongos en las escamas de su piel. Esto contradice la disculpa de algunos autores que, aferrados a la creencia de que no existen manchas cutáneas micósicas, hablan de una frecuencia inusitada de hongos saprofíticos de la piel, que éllos no han constatado con la multiplicidad evocada.

Y es tan cierto esto y nuestra convicción tan profunda, que, con mi colaborador el Dr. Angel Maldonado, *nos hemos inoculado a nosotros mismos con escamas de vitiliginosos, así como con las de los grandes pintados de que hablaremos en el párrafo siguiente, con la seguridad de que nada nos iba a pasar, y solo hemos hecho aquella arriesgada experiencia cuando la ccara tenía el aspecto clínico tan diferente de la monocroma o dicroma de los valles, siempre con hongos entre las conexiones de sus células epidérmicas.*

Por último, con el Profesor Balfour de Londres, conceptúo enfermedad distinta de las anteriores a la GRAN CCARA BLANCA, que actuando con rapidez, invade casi todo el cuerpo, atacando prema-

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

turamente las extremidades de los dedos, dando manchas, muchas de ellas simétricas, invadiendo la parte mucosa de los labios para salir a la cara por la piel que los circunda, manchando enormes extensiones del cuerpo, hasta llegar en ocasiones a invadir *toda la piel, dando nuevo aspecto racial al atacado*, emblanqueciendo al negro o al cobrizo con un tinte blanco artificial, de piel descamada al agua hirviendo que es característico, cuya enfermedad no se trasmite de hombre a hombre (nunca hemos encontrado hongos en sus escamas y con el Dr. Maldonado nos la inoculamos hacen unos veinte años, sin resultado alguno) y que muy raras veces llega a sanar, lo que no sucede con las otras variedades de ccara, a pesar de los medios terapéuticos puestos en práctica.

Estos casos los han descrito muchos autores, en especial Brumpt, Castellani, Sabouraud, Balfour, Peña Chavarría, Hercelles, Messimy y tantos otros.

Por la observación clínica creo hasta hoy que es una enfermedad general, de orígen alimenticio, muy frecuente en los grandes comedores de maiz, sobre todo hervido. Quizá si se trata de un parásito que ingresa por las vías digestivas y su desarrollo es favorecido por la avitaminación reiterada del maíz por la cocción prolongada.

CONCLUSIONES

1ª.—En el Perú denomina el vulgo *Mancha, Ccara o Pinta* a toda discromia de la piel.

2ª.—Científicamente correspondería esta denominación:

a) a las manchas micósicas cutáneas monocromas o policromas;

b) *a la gran mancha cutánea gigante no micósica.*

3ª.—El Vitíligo es muy frecuente en la región del Sur del Perú.

4ª.—En la costa, en los valles y en la selva tropical, estas afecciones son más frecuentes que en los climas fríos de la sierra.

5ª.—El tratamiento que mejores resultados ha dado hasta ahora, es el descamativo al ácido acético, ayudado por el antiparasitario local (mercurio-iodo) e interno modificador de las defensas naturales de la piel, por la opoterapia, por la acción de las vitaminas y de los arsenobenzoles.

6ª.—La mancha pluricromática de la selva (rio Madre de Dios) es muy diferente de la de los valles de la costa, donde hasta ahora no la he visto con el aspecto clínico que aquella presenta.

7ª.—La existencia de manchas acrómicas, monocrómicas, bicrómicas y policrómicas, ya sea aisladas, ya confluentes, estudiadas por diferentes investigadores en diversas regiones, ha sido la causa de la multiplicidad de descripciones y de la disparidad de teorías. Hoy se ve que varios autores tenían razón; sólo que unos describían entidades clínicas y geográficas, que otros no comprobaban en localidades diferentes. El problema se aclara de manera tangible.

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

Inflamación

(Continuación)

Lección de Anatomia Patológica, recogida por el Dr. Jorge Avendaño y dictada

Por el Dr. OSWALDO HERCELLES
Profesor Jubilado de la Facultad de Medicina

NODULOMAS INFECCIOSOS

El proceso inflamatorio, en un gran número de casos, se presenta como un nódulo microscópico, constituído por un acúmulo leucocitario o celular, llamado nódulo toxi-infeccioso; se observa, por lo general, en el curso de las infecciones o intoxicaciones, preferentemente en el seno de los parénquimas glandulares y alrededor o en la vecindad de los pequeños vasos capilares.

Estos nódulos, en la mayoría de los casos, no tienen nada de específico, a no ser que se pueda colorear en su seno a los gérmenes de la infección a expensas de la cual se han formado; en determinadas ocasiones el nódulo presenta caracteres estructurales especiales, tal es el *nódulo de Aschoff*, señalado por este autor en el corazón, en los casos de reumatismo articular agudo y encontrado últimamente, en la vecindad de las articulaciones y músculos, en casos de la misma enfermedad; este nódulo está constituído por un conglomerado de células dispuestas concéntricamente, a las cuales se reconoce especialmente por su gran tamaño y por la anchura y pluralidad de sus núcleos. Los estudios de Herder, Bracht, Wehter, Rostchild, Thahimer y los trabajos de Albot, en el laboratorio del Prof. Roussy, concurren a darle caracteres patognomónicos en el diagnóstico del reumatismo articular agudo. Probablemente será en ellos, decía el malogrado Prof. Letulle, donde se llegue a descubrir al agente específico del reumatismo.

En la verruga peruana hemos tenido la oportunidad de observar en el dermis cutáneo y en los parénquimas glandulares de enfermos sin erupción, pequeños nódulos, en los cuales existe el gérmen y la estructura del botón verrucoso, que denominamos *nódulo verrucoso primordial.*

En otras ocasiones, el nódulo inflamatorio, se llama *nódulo folicular específico*, porque su estructura, permite hacer el diagnóstico del agente causal que lo determina; tal sucede con el nódulo

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

tuberculoso, denominado folículo tuberculoso, tal pasa igualmente con el nódulo actinomicósico y así con otros semejantes.

De modo general se puede aceptar, que todas las infecciones son suceptibles de marcar su acción sobre los órganos y tejidos, por un acúmulo nodular, y día llegará, que las técnicas histológicas permitan hacer en ellos el diagnóstico etiológico.

El estudio sistemático de los órganos permite encontrar frecuentemente cicatrices puntiformes, que son resíduos de nódulos infecciosos producidos en el curso de enfermedades, de las cuales el organismo salió victorioso.

Los nódulos infecciosos se pueden dividir en dos grandes grupos: 1°.) Aquellos en los cuales la producción nodular queda microscópica y no progresa, o mejor dicho, no se hace apreciable en su aspecto clínico a la simple vista; tal sucede, por ejemplo, con el nódulo de Aschoff y tal pasa, igualmente, con los nódulos infecciosos, no específicos, de las enfermedades microbianas, como la Fiebre tifoidea, etc.; 2°.) Aquellos en los cuales el nódulo crece y toma el aspecto clínico nodular, tal sucede con el tubérculo, con el goma sifilítico, con la actinomicosis, con el granuloma verrucoso, etc. etc. Es a este grupo al que se le reserva el nombre de *noduloma* o *gragranuloma inflamatorio.*

Como por sus caracteres macroscópicos y su evolución clínica muchos nodulomas se parecen a los tumores malignos, se explica que durante muchos años se hayan confundido con las neoplasias cancerosas; los progresos de la bacteriología y de la terapéutica los han separado poco a poco, cuando se han descubierto los agentes microbianos que los producen o las medicaciones específicas que los hacen retroceder.

Hechas estas consideraciones generales comencemos por el granuloma tuberculoso o tubérculo.

El tubérculo.—Fué en la época del Renacimiento, cuando se permitieron las autopsias, que Silvius dió la primera descripción del tubérculo, interpretándolo como un ganglio escrofuloso, que si fué un error anatómico, como dice Marfan, no lo fué doctrinariamente.

Hipócrates describió la expectoración purulenta de los tísicos, la hemoptisis y otros síntomas de gran valor; y aun cuando él también creó la palabra *fima*—de donde se originó la denominación de fimatosos, con lo cual hasta hoy son denominados los atacados por esta enfermedad,—no mencionó el tubérculo. Areteo, Galeno y los médicos de la edad media, se limitaron a repetir las observaciones de Hipócrates.

La materia caseosa, que es una de las sustancias características del tubérculo, la describió por primera vez Petter el año 1803; la granulación gris que constituye una de las etapas evolutivas del tubérculo, la dió a conocer Bayle el año 1810. Tal era el estado fragmentario de los conocimientos sobre tuberculosis cuando apareció Laennec, quien haciendo el balance de los conocimientos adquiridos, y la interpretación que con su genio dió a las diversas variedades de tisis, legó la descripción anatómica más completa de la tuberculosis, que desde esa fecha hasta hoy nadie ha podido modificar en sus mas ligeros detalles, sin quitarle el resplandor científico, que solo los sabios saben imprimir a sus creaciones. Efectiva-

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

mente, él unificó las variedades clínicas de la tuberculosis, él separó las lesiones no tuberculosas que hasta entonces estaban confundidas en una misma enfermedad, y al describir las dos grandes modalidades de tuberculosis granulosa e infiltrada, refirió, con arte nunca imitado, el cuadro anatomo-clínico de la tuberculosis en general.

Los descubrimientos realizados mediante el microscopio el año 1840, marcaron una nueva etapa en el estudio de esta enfermedad. Lebert al dar a conocer el "glóbulo tuberculoso", como él lo llamaba y que lo presentó como una prueba en apoyo de las teorías de Laennec, dió lugar a que Reinhardt manifestase que el "glóbulo" de Lebert era un glóbulo de pus, y por sonsiguiente que el tubérculo no tenía nada de específico, siendo solo el término de una inflamación vulgar.

Estas opiniones al ser emitidas tuvieron poca acojida entre los médicos de esa época, quienes quedaron partidarios de las ideas de Laennec; pero desgraciadamente, intervino después en el debate el más grande maestro de la Escuela Alemana de esos tiempos, el gran Virchow, quien negó que la *tuberculosis infiltrada* y la *tuberculosis granulosa* fueran una misma enfermedad como lo había supuesto Laennec, sosteniendo que la *Neumonía caseosa*, tipo de la tuberculosis infiltrada para Laennec, era una inflamación banal, y que el estado de enflaquecimiento o tisis, según la expresión consagrada en aquella época, se alcanzaba por las dos formas: infiltrada o granulosa. Este concepto dual de la tuberculosis encontró acogida, y fué defendido, y apoyado especialmente por Niemeyer en Alemania y por Jaccoud en Francia.

El año 1865 Empis hizo la descripción más completa de la granulia, razón por la cual hasta hoy se le conoce con el nombre de *granulia de Empis;* pero cometió el error de separarla de la tuberculosis, y considerarla como una enfermedad distinta, lo que dió por resultado, que se planteara una nueva dualidad, a la inversa de la que había creado Virchow, pues para Empis la verdadera tuberculosis era la tuberculosis infiltrada, cuyo tipo más perfecto lo constituía la neumonía caseosa, mientras que la forma granulosa, cuyo tipo lo constituye la granulia, era una enfermedad aparte.

La concepción de Laennec de la unidad de la tuberculosis quedó seriamente comprometida, pero la Histología se encargó bien pronto, en manos de Cornil, Grancher, Tahon, Charcot, para no citar sino a los principales, de dar las pruebas necesarias, para volver a sacarla triunfante.

El año 1866, Vuillemin demostró la inoculabilidad de la tuberculosis, pero por desgracia este descubrimiento no despertó en Francia sino incredulidades y contradicciones. En la Academia de Medicina de París se hizo oposición sistemática a la comunicación de Vuillemin. Una multitud de ideas contradictorias se sostuvieron, y una nueva confusión se estableció en la ciencia, hasta el 26 de marzo de 1882, en que, por una comunicación de Roberto Koch a la Sociedad de Fisiología de Berlín, quedó comprobado el aislamiento y cultivo del bacilo de la tuberculosis, lo que permitió aclarar muchos puntos debatidos, y seguir las investigaciones por un terreno firme, hasta el momento actual.

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

El tubérculo es un nódulo específico, variable en volumen y aspecto, según la faz evolutiva en la cual se le observa; los más pequeños, al límite de la visibilidad, tienen un vigésimo de milímetro de diámetro, de color gris, de aspecto semitransparente, de consistencia dura, semejante a la del cartílago; a muchos de ellos se les descubre por el tacto, que da la impresión, cuando están situados en membranas delgadas, como el peritoneo o las meninges, que se estuviera palpando una arena finísima, infiltrada entre sus mallas; a esta formación anatómica se la denomina *tubérculo elemental* y también *tubérculo folicular*.

Algunos tubérculos elementales, se pueden reunir y de su aglomeración se formarán nódulos más grandes, de uno a cuatro milímetros de diámetro, de aspecto igualmente semitransparente y de color grisáceo, es el *tubérculo miliar* o *tubérculo verde de Laennec;* la confluencia de varios tubérculos miliares dará lugar a un nódulo más grande todavía, de uno a cinco centímetros de diámetro, que se denomina *nódulo tuberculoso*.

Estudiemos la evolución a que está sujeto el nódulo tuberculoso. Este nódulo sigue, por lo general, una evolución que Laennec compara a la maduración de un fruto verde; primero se observa un punto central amarillo, de aspecto caseoso, es el *tubérculo crudo;* en seguida, la porción amarilla central, invade poco a poco el nódulo, lo que le da una consistencia semiblanda, semejante a la del queso y un color uniformemente amarillo, es el *tubérculo maduro* o *tubérculo amarillo de Laennec*.

Madurado el nódulo tuberculoso, puede comenzar una fluidificación central, que poco a poco ganará toda su extensión y se convertirá en pús, par dar lugar al *absceso tuberculoso;* cuando esta evolución se realiza en un nódulo pulmonar, vecino a un bronquio, dicho absceso puede abrirse paso a través de él, dejando una cavidad de paredes anfractuosas, constituyéndose así una *cavérnula*.

En otras ocasiones el nódulo tuberculoso se infiltra de sales calcareas, tomando el aspecto de una concreción dura, que al partirla, se ve que conserva en su centro residuos de sustancia caseosa, es el *tubérculo calcificado;* el tubérculo se puede presentar rodeado de una cápsula fibrosa, más o menos espesa, y al seccionarlo notar, una parte central caseosa, rodeada por una zona periférica fibrosa que constituye su cápsula de envoltura, es el *tubérculo caseoso enquistado;* finalmente, el tubérculo puede estar constituído en toda su extensión por un tejido fibroso que siempre conserva entre sus mallas pequeñísimas porciones de sustancia caseosa, es el *tubérculo fibroso*.

Este rápido resumen sobre los distintos aspectos del tubérculo, necesita una aclaración, para ponernos a tono con los progresos de la ciencia; en efecto, con una finalidad didáctica, hemos considerado a la granulación gris, como la primera etapa evolutiva del tubérculo, siguiendo la concepción primitiva de Laennec, y al tubérculo amarillo, tubérculo maduro de Laennec, como un estado más avanzado del anterior; ahora bien, este hecho no es aceptado hoy por la mayoría de los autores, quienes dicen que la granulación gris, es un tubérculo al estado de curación, y que el tubérculo amarillo, es un tubérculo de iniciación y ante el cual, no ha habido en el organismo reacción

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

defensiva suficiente para detener su evolución; hay razón para pensar de esta manera, desde que el tubérculo se inicia siempre por la formación de una masa caseosa y es alrededor de ella, que se edifica o no el folículo; a esta primera faz se le denomina faz de exudación o faz caseosa, y es ésta la razón por la que siempre se encuentra en cualquier tubérculo, por pequeño que sea, y cualquiera que sea su estado de evolución, una masa caseosa más o menos abundante; cuando esta faz de exudación se realiza en una cavidad, tal como un alveolo pulmonar, la reacción defensiva es muy pequeña o nula y el folículo no se forma según Letulle; en este caso, el tubérculo en su tamaño más pequeño nace siempre caseoso.

Hay, pues, tubérculos miliares, modelados dentro de los alveolos pulmonares, uniformemente caseosos desde sus orígenes y exudación y formación caseosa consecutiva en todos los alveolos de un pequeño lobulillo pulmonar; pueden haber igualmente gránulos tuberculosos caseosos, que no son el resultado de la agrupación de un cierto número de tubérculos miliares, sino un gran tubérculo caseoso, que es el *nódulo tuberculoso de origen neumónico de Letulle* y finalmente la exudación puede hacerse en todos los alveolos de un grueso segmento pulmonar o en todos los alveolos de un pulmón, como en las bronconeumonías o las neumonías masivas del pulmón, constituyendo el *grueso tubérculo bronconeumónico* o el *tubérculo gigante de Grancher* de la neumonía caseosa, tipo genuino de las tuberculosis galopantes.

El nódulo inflamatorio o tuberculoso que ha dado su nombre a la tuberculosis, no es manifestación exclusiva de esta enfermedad; cierto número de otras afecciones lo producen semejante, y en determinados casos es problema difícil diferenciarlos; sinembargo, es necesario tener presente, que hay un dato que tiene gran importancia para su caracterización y es que en la mayoría de los casos, cualquiera que sea su período evolutivo, macroscópica o microscópicamente examinado, siempre se descubre una masa caseosa característica.

Examinemos los diferentes casos en los cuales puede suscitarse la duda.

El cáncer con granulaciones miliares confluentes, es el que presenta mayor semejanza con el tubérculo, a tal punto que Gerald, Cornil y Hanot dicen, que si se compara la granulia de una peritonitis tuberculosa, con las granulaciones miliares cancerosas del peritoneo, el anatomo-patólogo más ejercitado se encontrará perplejo, en un cincuenta por ciento de los casos, al hacer el diagnóstico a la simple vista. En el Museo de Hospital "Dos de Mayo" existen dos pulmones; uno con nódulos metastásicos cancerosos, de naturaleza sarcomatosa, otro con gruesos tubérculos aislados, que son a la simple vista completamente semejantes; las cosas se complican, más todavía, cuando las dos enfermedades se encuentran reunidas, lo que no deja de ser frecuente, en el pulmón; en estos casos, hay sinembargo un cierto número de datos que permiten salvar la dificultad; así, por ejemplo, los gránulos cancerosos son de un blanco brillante, casi nunca grisáceos, el gránulo canceroso no es de color amarillo, y por último, cuando se secciona un gránulo canceroso deja salir un jugo lechoso, llamado "jugo cance-

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

roso". El examen microscópico permite en la casi totalidad de los casos hacer el diagnóstico preciso, ya sea por la proliferación epitelial, en los casos de cánceres epiteliales, o por la existencia de vasos sanguíneos permeables, en los casos de cánceres conjuntivos; si a esto se agrega la investigación de bacilo de Koch del folículo tuberculoso y de las masas caseosas, hay que convenir que en la mayoría de los casos, con este conjunto de datos se puede hacer el diagnóstico sin tener que recurrir a la inoculación, último recurso en los casos que todos los datos anteriores no bastan.

Las granulaciones puramente inflamatorias de Andral y Monneret que se observan únicamente sobre las serosas, especialmente en el peritoneo y en la superficie de bazo, como consecuencia de inflamaciones crónicas, son también confundibles con el tubérculo. Estas granulaciones son del tamaño de un grano de mijo o de una arveja, de aspecto semitrasparente y muy duras, siendo muy difícil desgarrarlas, al contrario de lo que pasa con el tubérculo; en ciertos casos se semejan a primera vista a una producción cartilaginosa, y algunas veces, están infiltradas de sales calcáreas tomando el aspecto de tubérculos calcificados; el exámen microscópico de estas granulaciones hace ver que se trata de proliferaciones de naturaleza fibrosa; con todo, hay un cierto número de autores que opinan que se trata de una tuberculosis atenuada, sistematizada a las serosas y en consecuencia que constituyen una variedad del tubérculo.

Los granos amarillos de Faubel, que se observa en la superficie del pulmón y en el suelo de la cavidad bucal en los casos de bronconeumonía, son pequeños glóbulos como su nombre lo indica, del tamaño de una cabeza de alfiler, de color amarillo y con toda la semejanza con un pequeño tubérculo amarillo de Laennec; para hacer su diferenciación con el tubérculo, es suficiente picarlos con la punta de una aguja y se verá salir una gota de pus, lo que no pasa con el tubérculo.

Los granulomas micósicos, poseen caracteres macro, microscópicos y clínicos, tan semejantes con el tubérculo de Koch, que necesitan diferenciarse.

En el día se estudia con el nombre de *seudotuberculosis micósica*, un grupo de nodulomas originados por vegetales del grupo de las Oosporas (*Streptothrix*, *Discomices*, *Nocardia*, *Micromices*), que produce tubérculos micósicos muy difíciles de diferenciar del verdadero tubérculo.

Esta semejanza ha hecho que muchos autores coloquen al bacilo de Koch entre los hongos, porque según ellos los bacilos ácido resistentes, solo son formas bacilares de los hongos en referencia. Si se tiene en cuenta que las oosporas están abundantemente repartidas en la naturaleza, encontrándose en la atmósfera, en el suelo, en los resíduos vegetales y en las materias animales en putrefacción, es posible explicarse la facilidad con la cual se puede hacer la contaminación del hombre y de los animales.

El seudo tubérculo micósico se presenta con dos aspectos: el tipo de los actinomicomas o micetomas, en los cuales la presencia de gránulos de colores diferentes, permite hacer el diagnóstico a la simple vista, y el grupo de los esporotricos, coccideas, blastomices, etc., en los cuales no hay granos y por consecuencia para hacer el

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

diagnóstico hay que recurir al examen microscópico. En los casos difíciles hay que recurrir a cultivos y a inoculaciones para hacer la distinción.

Tubérculos producidos por cuerpos extraños.—Las partículas de piedra, los fragmentos de sustancias minerales, como sucede en las explosiones etc., al incrustarse bajo la piel, pueden producir en torno de ellas inflamación nodular, muy semejante al tubérculo razón por la cual se le denomina "*tubérculos de cuerpos extraños*" Estas granulaciones tienen todavía la particularidad que al examen histológico, presentan células semejantes, a las que se observan en el verdadero tubérculo; para hacer el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que el tubérculo por cuerpos extraños, no presenta nunca necrósis en su seno y los capilares siempre están abiertos.

El sifiloma.—El goma sifilítico es, en mucho casos, difícil de distinguir del verdadero tubérculo por los simples caracteres macroscópicos; sinembargo, hay un cierto número de datos, que son de gran utilidad al hacer el diagnóstico diferencial; así el goma es amarillo, aun cuando sea pequeño, es rara vez semitrasparente; al crecer llega en algunos casos a tomar el tamaño de una nuez y tiene consistencia dura; cuando se ulcera lo hace por lo general por una serie de agujeros en forma de regadera, a través de cuyas aberturas sale un líquido de aspecto gomoso de donde proviene su nombre. De modo general, de dos pequeños tumores del mismo tamaño, de color amarillo uno tuberculoso y el otro sifilítico, el primero será reblandecido o blando, el goma será muy duro, resistiendo a la disgregación, como sucede con una masa de tejido fibroso y elástico. Estos caracteres, sin embargo, como dice Cornil, no bastan siempre para hacer el diagnóstico, porque los gomas sifilíticos puede reblandecerse en su centro, y contener una porción semi-sólida, blanca o amarillenta; pero en estos casos, queda siempre una cáscara amarillenta dura y muy resistente, que es característica del goma sifilítico, a pesar de todo esto, hay casos en que solo el examen microscópico, con la comprobación de capilares abiertos atacados de periarteritis, inclinan al observador en el sentido de un sifiloma y los hay todavía más difíciles, en que no siendo posible colorear el bacilo de Koch o los treponemas, el anatomopatólogo, tiene que recurrir a una serie de deducciones, fundadas en los caracteres histológicos, en las lesiones concomitantes o en los resultados de las inoculaciones, para concluir un diagnóstico de aproximación.

Tubérculo del muermo.—El tubérculo muermoso es otro de los granulomas que se presta a confusión con el verdadero tubérculo, felizmente el muermo es muy raro en la especie humana, al revés de lo que sucede con los solípedos, entre los cuales, es el caballo el que lo presenta con más frecuencia, circunstancia que coloca a los veterinarios, en más de una ocasión, en serias dificultades al hacer el diagnóstico a la simple vista, teniendo en la mayoría de los casos que recurir a buscar en los síntomas concomitantes como son, las placas eritematosas, las vesículas cutáneas y el catarro nasal para no incurrir en error. En las formas agudas, el tubérculo muermoso se presenta como granulaciones blanquecinas, desgarrables a la

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

más ligera presión, y conteniendo siempre, una gota de pus que es lo que sirve para hacer el diagnóstico; en las formas crónicas el tubérculo muermoso, es imposible de diferenciar a la simple vista, del verdadero tubérculo, pues sus caracteres son casi idénticos, siendo necesario recurrir al examen microscópico, para hacer su diagnóstico diferencial; en efecto, el centro del tubérculo muermoso es muy opaco y bastante característico; cuando se examina una preparación coloreada por la hematoxilina se nota, debido a la cromatolisis de los nucleos, una zona central pulverulenta de color morado, denominada degeneración cromatotóxica, alrededor de ella se encuentra una capa translúcida, casi clara, formada por células epiteliales; dos zonas, una fibrosa y la última constituída por células embrionarias, completan la estructura microscópica del tubérculo muermoso, que, como se ve, es completamente diferente de la del verdadero tubérculo.

Los lepromas, en los casos de Lepra tuberculosa no necesita diferenciarse porque esta enfermedad evoluciona siempre, con síntomas característicos.

Anatomia microscopica del tuberculo

Cuando el bacilo tuberculoso, incorporado en la masa protoplasmática de un leucocito, lo que ya constituye un primer acto de defensa, circula en el tejido linfático o sanguíneo del pulmón, puede caer en el conjuntivo intersticial, y el primer acto que se observa es la afluencia de una serie de leucocitos polinucleares que rodeàn al foco infectado, constituyendo el primer acto de defensa local del territorio invadido; el gérmen ante esta amenaza segrega una toxina caseosa, en presencia de la cual todo el grupo leucocitario es transformado en una masa igualmente caseosa, con el germen adentro, que representa el primer campo de muerte y que constituye la primera derrota para el organismo ante la lucha que se ha establecido; este primer block caseoso, despierta un nuevo esfuerzo del territorio local, con la concurrencia de un grueso monuclear macrófago, que engloba la masa caseosa dentro de su protopasma y se convierte poco a poco en una célula gigante bacilífera; la célula gigante con su gruesa masa caseosa central resiste a la destrucción y sigue multiplicando sus núcleos, es el primer bosquejo de enquistamiento; si el proceso siguiera así, fenómeno posible pero muy raro, todo habría concluido para la colonia microbiana, la batalla para el organismo se habría ganado el tubérculo no se podría formar; pero por lo general, un cierto número de bacilos franquean la barrera que le opone la célula gigante, y van a esparcirse en el tejido de los alrededores, cayendo en las mallas del tejido conjuntivo laxo, el cual ya irritado, ante la presencia del primer nido microbiano, ha comenzado a reaccionar hiperplasiándose, como lo haría ante la presencia de cualquier cuerpo extraño, pero con esta diferencia: que la espina inflamatoria, que

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

primero lo irritó, está dotada de la propiedad de segregar una toxina que posee propiedades morbígenas terribles, de donde resulta, que las células que se multiplicaron ante su presencia, se encuentran desde sus orígenes un tanto alteradas, lo que le dá un aspecto especial, una especie de desintegración distrofiante, que las transforma en elementos pálidos, vitrificados, lameliforms, que es lo que se designa con el nombre de *células epitelioides;* esta zona epitelioide, perigigante celular, tatuada de bacilos de Koch, constituye un casi segundo campo de muerte, concéntrico al primero, y representa una segunda victoria para el bacilo, una nueva pérdida para la defensa local.

Durante todo ese lapso el organismo no queda inactivo ante el peligro que le amenaza, recurre a sus reservas constituídas por un grupo de células linfoides, que con sus fermentos lipolíticos disuelven la capa graseosa del bacilo que opone resistencia a la acción destructora de los elementos fagocitarios; efectivamente, una serie de linfocitos—que para unos provienen de los vasos vecinos, mientras que para otros, y nosotros participamos de esta opinión, provienen de la multiplicación de los elementos propios del tejido conjuntivo,—rodean, en una espesa capa, a las dos zonas que se acaban de enumerar; esta zona linfocitaria rica en medios de defensa, detiene la invasión localizando la lesión; el tubérculo microscópico o folículo tuberculoso se ha formado y el tubérculo macroscópico que resulta, se le denomina *granulación tuberculosa de Letulle* o *foco productivo intersticial de Aschoff-Nicol.*

El organismo está victorioso; solo resta para que sea provechosa la victoria, que las condiciones del folículo formado, sean de tal naturaleza, que la reacción conjuntiva de la periferia produzca una gruesa capa fibrosa, inatacable por las toxinas del bacilo, que quedará encapsulado dentro de este conglomerado de células defensoras.

La unidad anatómica del tubérculo, no evoluciona siempre del mismo modo. Cuando el bacilo de Koch penetra dentro de la cavidad de un alveolo pulmonar, o en la de un gromérulo renal, las condiciones de defensa del organismo en estos lugares, son muy inferiores a las que posee en el tejido conjuntivo que se acaba de estudiar; en efecto, una cavidad alveolar o glomerular posee arquitectura en relación con la función respiratoria o renal que tiene a su cargo; el endotelio que posee en su superficie, y los capilares que allí existen, no están entrenados en el sentido fagocitario, sino en el de la función respiratoria o renal a la cual tienen que consagrar toda su actividad; por consiguiente, cuando un microbio tuberculoso perturba su labor, la localidad recurre al único medio de defensa que le queda: solicitar una diapedesis de los capilares alveolares o glomerulares; diapedésis formada por leucocitos polinucleares, suero sanguineo y macrófagos y por la formación de una red fibrinosa, que en conjunto engloban al bacilo, y como este acto es insuficiente, la localidad contribuye con una discreta proliferación del endotelio alveolar o glomerular. Tal es el primer acto de defensa, encaminado a inmovilizar al gérmen, pero éste con la toxina caseosa que segrega reduce el todo a una masa anhista y fibrinoide, que poco a poco se

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

hace granulosa, y concluye convirtiéndose en una masa caseosa; el primer campo de muerte se ha formado en una cavidad desprovista de defensas y el tubérculo microscópico que resulta, es totalmente caseoso desde sus orígenes. El tubérculo macroscópico que así se forma se le denomina por los autores alemanes *tubérculo de exudación*.

De lo expuesto se deduce, que antes de la producción del folículo tuberculoso, la primera modificación estructural es la formación de una masa caseosa, y como un folículo semejante se origina también ante estímulos no tuberculosos, tales como un cuerpo extraño de naturaleza mineral, hay que concluir que el folículo no es específico de la tuberculosis, ni es tampoco la primera unidad anatómica microscópica de la tuberculosis, siéndolo más bien la masa caseosa, la que, por desgracia, tampoco es específica, desde que en otras infecciones se puede presentar; el folículo tuberculoso y la masa caseosa necesitan para ser específicas la presencia del bacilo de Koch dentro de su contenido; pero como la existencia del folículo acredita una mejor defensa hecha por el organismo ante el gérmen que lo invade en el sentido de la localización de éste, en tanto que la masa caseosa es el signo de la invasión, tendremos que concluir que el pronóstico de la tuberculosis se bonifica en relación con la cantidad de folículos, y se empeora en proporción con la cantidad de sustancia caseosa que exista.

Hay efectivamente dos clases de tubérculos; tubérculo caseoso, llamado también tubérculo de exudación de los autores alemenanes, o tubérculo en evolución activa, y tubérculo folicular, tubérculo de proliferación, tubérculo de marcha lenta, o tubérculo en estado de evolución crónica.

Folículo tuberculoso.—Teóricamente el folículo tuberculoso, está formado por tres zonas: una central, constituída por una célula gigante, alrededor de ella una serie de células llamadas epitelioides, y en la periferia, una gruesa capa de células linfoides. La célula gigante tuberculosa, llamada célula de Langhans, está constituída por una masa de protoplasma granuloso conteniendo numerosos núcleos, cuyo número, por lo general oscila entre veinte y treinta, pudiendo llegar en diferentes casos, a más de cien, esta célula es de forma redondeada o irregular, plana o esférica, a menudo provista de prolongaciones ramosas que según W. Cheyne, se les puede ver penetrar en el espesor de las células epitelioides, o insinuarse entre ellas, para ganar la superficie del folículo formando en su camino una red; los núcleos de la célula gigante, son por general ovalares y nucleados, pudiendo también observarse núcleos cuboidales alargados, contorneados, sinuosos y aún de la forma de una herradura o de una Z; cuando se les examina con gran aumento, se puede descubrir, algunas veces, figuras carioquinéticas, en relación con la división indirecta de sus núcleos. Langhans fué el primero en describir su posición periférica en el protoplasma celular, como característica de la célula tuberculosa, razón por la cual se le conoce con el nombre de este autor; Weigert ha atribuido tal disposición a la mortificación de la parte central del protoplasma celular por los bacilos de Koch, razón por la cual según él los núcleos emigran a la parte periférica que conserva toda su vitalidad; pero según

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

Ribert se ha demostrado que no existe necrosis central en la célula gigante y que en el centro de la célula, unas veces, y excéntricamente otras, se descubren corpúsculos centrales y astroesferas que son las que determinan la posición de los núcleos.

Para Ritter, la presencia de la zona caseosa dentro de la célula no se observa sino en las células antiguas, como un signo de degeneración; pero siguiendo la opinión de la mayoría de los autores, se considera la masa caseosa como la primera alteración tisular, formada cuando el primer grupo de polinucleares rodea al gérmen y son destruidos por él y como la célula gigante representa la segunda etapa de la defensa del territorio atacado, la masa caseosa primitiva, ha sido incorporada antes dentro del macrófago que más tarde se transformará en célula gigante; hay, pues, que aceptar que ésta contiene la masa caseosa desde sus orígenes. Dentro del protoplasma de la célula gigante, se encuentran bacilos tuberculosos, cuyo número es muy pequeño, o tan numerosos, que la célula se encuentra, por decirlo así, repleta de ellos; el sitio ocupado por los gérmenes en el protoplasma de la célula es variable, pudiendo encontrárseles, tanto en la parte central como en la periférica; pero por lo general los que ocupan el centro están alterados o muertos. Koch dice que los bacilos viven más largo tiempo que la célula, y explica así que a la larga no pueda ésta impedir su difusión; Cornil no es de esta opinión, y hace notar que en las inoculaciones experimentales y especialmente en las que se hacen en el espermófilo, que nunca muere de tuberculosis, las células gigantes duran toda la vida del animal con los bacilos dentro de su protoplasma. Cuando se hace coloraciones con la fuschina, siguiendo la técnica para el bacilo de Koch, se observa que no todos los bacilos se colorean igualmente, habiendo muchos que quedan decolorados, lo que prueba que dentro de la célula gigante, sufren un principio de destrucción, y por consecuencia que el papel de la célula gigante no es un simple enquistamiento pasivo. Es cierto que no se puede decir que la célula gigante digiere los bacilos, porque se no nota signos de liquefacción de estos; pero es indudable que muchos de ellos, sufren profundas alteraciones dentro de su enquistamiento, como lo han demostrado las investigaciones de Metchnikoff en el espermófilo, pequeño rodedor de Rusia, en el cual la evolución de la tuberculosis es lenta, lo que permite estudiar con minuciosidad el comportamiento de la célula gigante ante el bacilo de Koch.

Desde que se describió la célula gigante, Langhans emitió dos hipótesis sobre su formación; según la primera la célula gigante se desarrolla a expensas de una sola célula alterada y modificada; según la segunda es el resultado de la coalescencia de varias células; los que admiten la primera hipótesis, dicen que ante una irritación lenta, producida por un bacilo no muy virulento, la célula multiplica sus núcleos, sin que haga la división del protoplasma, opinión que estaría de acuerdo, con lo que enseña la clínica; que las tuberculosis foliculares corresponden, por lo general a tuberculosis crónicas, y con lo que enseña la experimentación, que los tubérculos a cuerpos extraños contienen siempre células gigantes; los partidarios de la segunda hipótesis, aceptan que la célula gigante es el resultado de

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

la coalescencia de varios elementos celulares, ya sean de la misma naturaleza, como sucede con la célula gigante formada por la fusión de varias células epiteliales, o como algunos aceptan, que es el resultado de la incorporación de leucocitos dentro de un macrófago, en el cual fusionan su protoplasma dejando en libertad sus núcleos. Para nosotros es más aceptable la primera hipótesis de la no coalescencia, no obstante que la segunda, tiene mayor número de partidarios. El número de células gigantes, dentro de un folículo, es teóricamente de una, pero hay folículos que contienen varias y los hay sin células gigantes.

Cuando se examina una preparación coloreada con hematoxilina y eosina, la célula gigante se destaca haciendo un examen microscópico a pequeño aumento por su coloración intensamente acidófila; a este pequeño aumento el que la ha visto una sola vez, sabe siempre descubrirla en el campo microscópico; cuando se hace un examen a mayor aumento la certidumbre se establece por la forma característica de su periferie ramosa y por la posición excéntrica de sus núcleos, y aún cuando es cierto que células gigantes se observan en distintas inflamaciones crónicas, en el terreno práctico el aspecto global de un folículo tuberculoso, o de un conglomerado nodular con células gigantes y con la alteración especial de los elementos que lo rodean, basta en el ochenta por ciento de los casos, para hacer el diagnóstico de lesión tuberculosa.

Células epitelioides.—Estos elementos, impropiamente llamados así por su semejanza con las células epiteliales, son gruesas células poligonales o angulosas, en la mayor parte de los casos de apariencia hialiana, y algunas veces con principios de degeneración caseosa y tatuadas de bacilos de Koch; poseen uno y a veces dos núcleos, gruesos y pálidos, colocados en el centro de su protoplasma.

Son el resultado de la proliferación de los elementos fijos del tejido conjuntivo, proliferación que desde sus orígenes,—a consecuencia de la toxina tuberculosa atenuada, que se ha infiltrado alrededor del foco inicial,—se hace sufriendo al mismo tiempo, una degeneración distrofiante de su protoplasma; son por lo tanto elementos condenados a una próxima degeneración caseosa.

Efectivamente, todos los investigadores están de acuerdo en afirmar que desde sus orígenes pierden la propiedad de dar colágeno; sinembargo, en ciertos casos, ya sea por la débil virulencia del gérmen, o por la mejor contextura de la célula conjuntiva, dependiente del tipo del tejido conjuntivo del sujeto, pueden conservar o recobrar esta propiedad, dando lugar a la producción de fibroblastos y a la formación de un folículo rico en fibras conjuntivas, que es el folículo fibroso o folículo cicatricial de defensa.

Finalmente, los elementos de la zona periférica, están constituídos por una gruesa capa de células pequeñas, de escaso protoplasma y grueso núcleo, capa que insensiblemente se continúa con el tejido ambiente; las células linfocitarias que la constituyen son para unos de origen sanguíneo, para otros provienen de las células histiocitarias de tipo linfoide; nos inclinamos a este último origen, y en nuestro concepto su multiplicación está en relación con su fun-

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

ción lipolítica, que es estimulada por la grasa de los elementos degenerados en el foco inflamado, y por la necesidad que tiene el foco amenazado, de disolver la envoltura grasosa del bacilo para que pueda ser atacado por los elementos fagocitarios.

El folículo tuberculoso posee además, una finísima red reticular, que separa los elementos celulares unos de otros, constituyendo su armazón conjuntivo; esta red es para unos, la red conjuntiva preexistente del tejido lesionado, mientras que para los partidarios de la teoría de Nageotte, sobre la formación de las trámulas, proviene de la transformación del plasma local a expensas de un fermento segregado por los fibroblastos vecinos que transforman la fibrina en fibras tramulares.

Si se agrega que el folículo tuberculoso está desprovisto de vasos, se habrá completado la descripción de la verdadera unidad anatómica del auténtico tubérculo a bacilo de Koch.

Datos y características de la asistencia en los hospitales de Beneficencia de la ciudad de Lima

Informe presentado

Por los Drs. ABEL S. OLAECHEA Y ALFONSO PASQUEL

Al frente de los altos guarismos que representa en la actualidad la labor de la asistencia hospitalaria en Lima, surge, naturalmente, averiguar, lo que dicha asistencia era en épocas anteriores. Si bien se ha reconocido que la población de Lima creció escasamente en los primeros tres siglos de su existencia y que sólo a mediados del siglo XIX se inició su lento pero constante aumento, pues el Padre Cobo le asigna a principio del siglo XVII 60,000 almas, a principios del siglo XVIII se le señala 52, 627 habitantes y los censos le fijan: en 1820, 64,000 habitantes; en 1857, 94,195; en 1862, 105,267; en 1876, 120,994; en 1904, 130,000; en 1908, 140,884; y en 1920, 173,007; contando en 1929, según cálculo del Dr. Eyzaguirre, con 203,000 habitantes; desde el mismo siglo de su fundación la ciudad dispuso de varios hospitales cuyo número aumentó en las centurias siguientes; de modo que parece que se está en lo cierto considerando que sus necesidades asistenciales estuvieron debidamente satisfechas.

Efectivamente, esos hospitales fueron: del de San Andrés (año 1552) con 236 camas para varones españoles; el de la Caridad para mujeres españolas (1562) con 149 camas; el de Santa Ana (año 1542) para indios, con 188 camas para hombres y 89 para mu-

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

jeres, o sea, en total 277 camas; el de San Lázaro (1563) para leprosos; el de Espíritu Santo para marineros, con 10 camas; el de San Pedro (1595) para clérigos; y los conventos de San Juan de Dios y de los Betlemitas dedicados para convalecientes, el primero, con 36 camas, para los enfermos de S. Andrés, y el segundo para las enfermas del hospital de Santa Ana; y puede estimarse, prudentemente, que ellos disponían en total de 900 lechos, ya que cuatro de los mismos, para los que hay datos, sumaban 771 camas, total que para una ciudad de 60,000 habitantes que eran los que tenía Lima en 1800, corresponde a una proporción de 15 camas por cada mil pobladores, la que es muy superior a la que se admite al presente como necesaria y a la que cuentan la generalidad de las poblaciones.

Pero, a mediados del siglo pasado los enfermos atendidos en los hospitales llegaban ya a cantidades considerables, habiendo ascendido en 1853 y en 1856 a 9,685 y a 9,118, respectivamente, los enfermos internados en San Andrés, y a 5,417 y 6,956 las asistidas en Santa Ana en los mismos años, estando para éste último establecimiento incluídos en esos totales las dementes, las parturientas y los niños. Por eso, desde 1862, en que los hospitalizados en San Andrés alcanzaron al promedio diario de 660, cuando el número máximo de los que podía albergar era de 350, se pensó en construir un nuevo hospital que lo reemplazara. En un importante documento relativo a esa iniciativa que figura en la memoria de Beneficencia de 1868, se hace notar que de 1858 a 1867 el promedio diario de enfermos hospitalizados en San Andrés subió de 295 a 561, es decir, que en nueve años se duplicó casi el número de ellos; que el 12 de abrill de 1868 la existencia de enfermos en San Andrés sobre pasó de 700, número casi doble del que correspondía a la capacidad del establecimiento, y se formula en él, como consecuencia, de esos y de otros datos que consigna, la conclusión de que era natural que hubiese aumentado la concurrencia de enfermos en una proporción considerable y peligrosa a los dos únicos hospitales existentes, ya que, por una parte, habían desaparecido cinco de los hospitales u hospicios que funcionaban al principio del siglo, y, por otra, se había duplicado en los últimos cincuenta años la población de esta capital.

Al presente el hospital "Dos de Mayo", que fué construído para 723 camas, cuenta con 817, siendo de advertirse que en 1922, no obstante de haberse levantado ya dos pabellones para enfermos de tuberculosis, no disponía sino de 598, habiendo, por lo tanto, desde ese año a la fecha aumentado en 219 lechos o sea en una proporción de 36,6 %; y el hospital "Arzobispo Loaiza" tienen hoy un total de 626 camas; de modo que si se compara, en relación con la capacidad de esos dos establecimientos para la asistencia, la población actual de Lima con la que tenía en 1853, se llega obligadamente ahora, a la misma conclusión que formulaba para 1868 el documento mencionado de dicho año, esto es, que la cantidad de lechos disponibles para la hospitalización no ha aumentado paralelamente a la del número de sus habitantes. Corrobora esta apreciación el hecho de que los asistidos en el hospital "Dos de Mayo" en los años de 1900 a 1930 no ascendieron a cifras semejantes a las

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

indicadas de los años 1853 a 1857, sino en los años 1926 (9,648), 1929 (9,053), y 1930 (9,305).

Debemos hacer, no obstante, dos salvedades:

1ª que con la construcción del Hospital "Arzobispo Loaiza", que ha sustituído al hospital de Santa Ana, se ha aumentado algo el número de camas para enfermas que sufren de afecciones agudas médico-quirúrgicas; y que, sobre todo, es con la creación de la Maternidad como Instituto independiente que la labor asistencial de la Beneficencia se ha ampliado considerablemente en los últimos años en favor de las madres, ya que el total de ellas asistidas en la antigua maternidad del hospital de Santa Ana en 1898 fué de 511, en 1902 de 844 y en 1929 ascendieron las atendidas en la nueva Maternidad a 5,040. Apoya esa afirmación también el hecho de que de los 10,551 nacimientos ocurridos en esta capital en 1930, 4,371 de ellos o sea el 43,49% tuvieron lugar en la Maternidad, cifra muy elevada que atestigua la tendencia de nuestra población para recibir la asistencia gratuita, siendo de notarse, sin embargo, que hay poblaciones en que tal proporción se eleva al 60 %;

2ª que la asistencia externa o la atención de los enfermos en los consultorios de los hospitales se ha desarrollado e incrementado a partir de los primeros años de este siglo, habiendo llegado en los últimos años el número de los pacientes que han recibido cuidados médicos y medicinas en dichos consultorios a las enormes cantidades de 29,5004 y 30,867, respectivamente, en 1929 y en 1930 en el hospital "Dos de Mayo", y a 28,961 en 1930 en el hospital "Arzobispo Loaiza". Pero estamos obligados a advertir cuán deficiente es la asistencia de los indicados consultorios, así, por el escaso personal médico de que disponen, como por su organización y por la carencia en ellos de los servicios auxiliares para el diagnóstico, como el laboratorio químico-bacteriológico y el gabinete de rayos X.

Si no ha aumentado o ha aumentado muy poco, en proporción con el crecimiento de la población, el número de camas disponibles en los dos únicos hospitales generales existentes en Lima, hay razones también que explican que pueda concurrir mayor cantidad de personas a solicitar los servicios de los hospitales, tales son: 1º la carencia absoluta de organizaciones, por parte del Estado, de lucha contra la tuberculosis y el paludismo, flagelos que diezman a los habitantes de la ciudad y de sus zonas agrícolas, recargando considerablemente las estadísticas hospitalarias en sus cifras de morbosidad y de mortalidad, pues la primera de esas enfermedades está representada para el hospital "Dos de Mayo" por un coeficiente de 12%, por término medio, para la morbosidad y de 4 % para la mortalidad, y la segunda por un coeficiente de morbosidad que ha variado para el mismo hospital del 11,3 % hasta el 25 % en los años de 1923 a 1930, y por un coeficiente de mortalidad variable también en los mismos años del 1 al 3 %; 2º que son muy pocos los establecimientos de asistencia existentes en el Perú, la mayor parte de los cuales son muy deficientes; que ésto y las facilidades de transporte a esta capital, sea por vía marítima o terrestre, de todas

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

partes del país, muy especialmente de los lugares más cercanos, determina que vengan a los hospitales de Lima enfermos a los que legalmente no les corresponde atención en ellos, siendo su porporción anual para el hospital "Dos de Mayo", por término medio, de un 12 % de la cifra del total de los asistidos; 3° que falta en nuestro pueblo absolutamente educación en el sentido de la previsión económica, de manera que no está preparado para hacer frente a las contingencias o riesgos corrientes de la vida, como es la enfermedad, para la asistencia de la cual lo espera todo de la caridad pública; 4ª, a que son más nominales que reales los beneficios que la sociedad redunda de la existencia de las agrupaciones obreras mutualistas, las que carecen de toda vigilancia y control por el Estado; 5° que no tiene estricto cumplimiento la ley de accidentes del trabajo, pues es de observación corriente que los accidentados se asistan en servicios gratuitos; 6° que en los últimos meses han de saparecido en esta ciudad las herbolerías chinas, que constituían una fuente de explotación y de daño para las clases populares; 7° que al presente en todas partes, merced a los progresos de la medicina, la organización de los hospitales se ha transformado, no siendo ya ellos, como eran anteriormente, un objeto de terror para la gran mayoría de las personas. Aún cuando entre nosotros por razones diversas, muy especialmente de órden económico, los establecimientos nosocomiales tienen delante un gran recorrido que realizar para llegar al nivel de progreso que los de otros países, no hay duda que su situación de hoy contrasta con la que tuvieron ahora 30 años. Las adquisiciones de la terapeútica y de la seroterapia en general, que tienen aplicación en ellos, la creación de los laboratorios de investigación biológica, de gabinetes de rayos X y de Fisioterapia, por una parte, y por otra, la introducción de la asepsia y de la antisepsia, la dotación de material quirúrgico y de locales apropiados para las intervenciones operatorias, todo lo cual da tanta seguridad al ejercicio de la cirugía, a la par que la mejora en los cuidados personales de los pacientes, con la introducción del personal de enfermeras y enfermeros, ha modificado en mucho los antiguos servicios hospitalarios, al punto que no sólo se ha perdido la repulsión que se tenía por ellos, sino que ésta se ha cambiado en atracción. La complejidad del exámen médico para poder llegar a un diagnóstico seguro, base necesaria para instituir la terapeútica eficáz, hace en todas partes del mundo que cada día sea mayor la concurrencia a los hospitales públicos o privados, que es donde se encuentran reunidos todos los elementos necesarios para ese fín y donde se dispone también de la colaboración obligada de los diversos médicos especialistas.

Si abundan las razones para pensar que hay deficiencia de camas en los dos hospitales generales existentes para la asistencia en Lima, y si es natural que continúe creciendo la población que demanda sus servicios, hay que concluir, forzosamente, que es obligatorio propender a ampliar dichos establecimientos. Aparece aquí obligadamente el lado económico del asunto, factor al que se liga estrechamente: *a*) la reorganización de la asistencia entre nosotros en cuanto a las personas a que debe prestarse, y *b*) la organización de

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

los institutos nosocomiales, tal como la exigen los adelantos de la época, el bien de los enfermos y los altos intereses sociales.

a) La asistencia en el Perú no tiene la organización que en los países adelantados, ni el Estado le dispensa la protección que corresponde a los nobles fines que ella debe satisfacer. Inspirada en conceptos arcaicos, no está sustentada sino por la ley de Beneficencias de 1893, que determina que éstas instituciones, que actúan en representación del Estado, tienen por única misión el apoyo y protección de los desvalidos. Las Beneficenias carecen de rentas y la generalidad de los habitantes del país se debate víctima de las asechanzas de todas las causas morbosas, sin tener en absoluto el amparo que la ciencia y las organizaciones asistenciales dispensa en los pueblos celosos de su bienestar, y por ello, a la vez, que por la falta de labor sanitaria preventiva, nuestra población permanece estacionaria o crece lentamente y a la raza le falta el vigor que es requerido para constituir un país fuerte y respetable.

Las disposiciones de la ley de Beneficencia no son hoy debidamente cumplidas porque falta la reglamentación correspondiente para reconocer a los desvalidos, que son los únicos que deben ser asistidos gratuitamente. Al amparo de esa falta de reglamentación, quienes pueden pagar algo ocupan en los hospitales los lugares que les corresponden a los indigentes, y los ocupan también quienes debían ser sostenidos por sus patrones, si el Estado cuidara de cumplir las disposiciones de la ley de profilaxia del paludismo.

La asistencia pública conforme a los conceptos que se han impuesto en el mundo desde la revolución Francesa y a los principios fijados en los Congresos Internacionales de Asistencia, no se otorga, como lo prescribe la ley francesa, sino a aquellos que se encuentran temporal o definitivamente en la imposibilidad física de proveer a las necesidades de la vida. La asistencia pública *es de esencia comunal*, es por la Comuna que deben ser designados los beneficiados de la asistencia, porque sólo ella está en condiciones de conocerlos. La organización de la asistencia debe ser siempre tal que la Comuna esté financieramente interesada en la limitación del número de sus indigentes. Las disposiciones de esa Ley han sido imitadas en todos los pueblos, y no obstante ellas al presente, no habiendo Nación suficientemente poderosa desde el punto de vista económico para hacer frente a sus necesidades asistenciales, en todos los principales países se ha implantado, a imitación de lo que hizo Alemania en 1883 y en 1889, la institución de los "Seguros Sociales" obligatorios, de invalidez, de enfermedad, de vejez, etc., mediante la cual se ha podido dar impulso a las organizaciones de asistencia. Mientras entre nosotros sea posible instituir los seguros sociales, pasando antes por la etapa obligada de la organización y control de las sociedades de mutualidad, es perentorio acojerse a la ley de 1893 para organizar la asistencia. Esto está de acuerdo, por lo demás, con una de las ponencias presentadas al *Primer Congreso Internacional de Hospitales* celebrado en Atlantic City en 1929, en la cual tratándose de los aspectos económicos de la Administración hospitalaria, se sostuvo "que era necesario hacer pagar a cada enfermo, según sus medios, una parte, cuando menos, de la suma que se gasta por él".

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

b). La organización de los hospitales exige al presente cuantiosos recursos económicos, lo que es explicable merced a las funciones importantes que ellos desempeñan. Como lo ha dicho el Dr. Smith, Director de la División de Hospitales de los Estados Unidos de América: "Las autoridades en la materia convienen que un hospital en la acepción más amplia tiene un cuádruple fín: 1° los cuidados a los enfermos y su tratamiento; 2° la enseñanza o instrucción de los médicos, de las enfermeras, de los agentes del servicio social, etc.; 3° los progresos de las ciencias médicas, merced a las investigaciones científicas; 4° la prevención de las enfermedades, comprendiendo la enseñanza de la higiene pública e individual. Es sólo el día en que un hospital realiza dichas cuatro funciones que él satisface todos sus deberes para la comunidad."

Todo lo manifestado hace ver que el cumplimiento estricto de la ley de Beneficencia, los principos que norman la asistencia en todas partes, los acuerdos de los Congresos Internacionales de Asistencia, la necesidad de colocar a los establecimientos hospitalarios de Lima en el nivel del progreso reclamado por la época actual, y las condiciones económicas mismas de la Sociedad de Beneficencia, exigen limitar la asistencia a los realmente indigentes, y otorgarla a los demás, que se encuentren en condición económica difícil, solicitando de ellos que coadyuven a su propia atención con una suma que esté en armonía con su estado económico.

Consideramos, pues, que no sólo debe cobrarse, una suma módica a los enfermos concurrentes a los consultorios y por los análisis que se practiquen a los mismos, sino que también conviene hacer saber al público que la situación de la Beneficencia la obliga: 1ª a establecer en sus hospitales "Dos de Mayo" y "Arzobispo Loaiza", en todas sus salas comunes, camas de paga para las personas que concurren a ellos sin ser verdaderamente indigentes, al precio de $. 1.00 diario por estancia; 2° a demandar a todos los enfermos que requieren una intervención quirúrgica y no resulten comprobadamente indigentes, merced a la investigación que se practique, el pago de los gastos de los materiales que se empleen en ella, el que se determinará en conformidad con el estado económico del paciente y la clase de operación, debiendo fijarse como maxímun del mismo la suma $.25.00 y como mínimun la de $.5.00; 3°, crear en el hospital "Arzobispo Loaiza" dos salas para enfermas pagantes, pobres, una de medicina y otra de cirugía, al precio módico de dos soles y tres soles por estancia, respectivamente; 4° solicitar de todos los hospitalizados que no comprueben su insolvencia, el pago de los servicios del Gabinete de rayos X, con arreglo a una tarifa que se establecerá determinando únicamente el valor de los materiales empleados; 5° solicitar de todos los hospitalizados que no contribuyan a su sostenimento con sujección a una tarifa, su cooperación económica, que se les demandará semanalmente por la Hermana de cada sala quien otorgará el respectivo comprobante talonario.

Conceptuamos que corresponde repetir: que los consultorios demandan muy serias reformas, tanto en lo que respecta a sus locales, que son sumamente estrechos y deficientes, como en sus elementos materiales de diagnóstico y tratamiento, y en su personal

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

técnico de médicos y enfermeras. Hasta hoy no se ha dado aquí al servicio que nos ocupa la importancia que reviste en todos los establecimientos nosocomiales, en muchos de los cuales están bajo la dependencia de un Director especial y disponen de laboratorios de investigación biológica, de gabinetes de rayos X y de Fisioterapia y de servicio de asistencia social. Sin entrar a pormenorizar lo que convendría que ellos fuesen entre nosotros, vamos a concretarnos a indicar la forma como concebimos que puede llevarse a la práctica el cobro de los servicios que ellos prestan, expresando solamente la esperanza que abrigamos de que la renta que ellos rindan se dedique a su mejora, a fín de que puedan tener la eficiencia que es reclamada.

Dentro del estado actual de ellos y con un sentido práctico, a fín de iniciar inmediatamente la transformación que requieren para aplicar las nuevas normas a que van a sujetarse, proponemos el siguiente plán de organización, que contempla: 1° los locales; 2° el material; 3° el personal técnico y auxiliar; 4° las tarifas por asistencia y 5° la vigilancia técnica y la administración de esta sección.

1° Para ampliar los locales de los consultorios actuales se cuenta en el hospital "Dos de Mayo" con dos habitaciones situadas en el patio principal del lado opuesto al que está ubicado el departamento de consultorios; y en el hospital "Arzobispo Loaiza", con el local que ha dejado el laboratorio, y puede utilizarse, además, por no tener aplicación para su objeto, los departamentos de la sección de pagantes situados del mismo lado que el antíguo laboratorio.

2°. Es prémioso adquirir para los consultorios el menaje, el instrumental, y los elementos de estadística que son precisos para su buen funcionamiento: naturalmente que debe aprovecharse todo el material apropiado que exista en los hospitales o en otras dependencias de la Beneficencia;

3° El principal defecto de los consultorios, el que los priva de que tengan mayor eficacia, proviene del escaso personal médico, bastando con señalar al respecto que en ocasiones no raras un facultativo está obligado a atender cifras de enfermos que exceden de toda capacidad normal de trabajo, como son 60,80 o 100 de ellos; constituyendo otra lamentable deficiencia de que adolecen la inexistencia de un jefe médico que coordine su acción, dando unidad a las actividades de todos, y que supervigile, a la vez, el funcionamiento de cada uno. Por eso, estimamos que para cada hospital deberá nombrarse un médico jefe de consultorios encargado de las funsiones esbozadas, y que cada consultorio necesita contar además de su médico titular, con tantos médicos asistentes como lo requieran las exigencias del servicio, evaluadas de manera que a cada uno le corresponda la atención cuando más de treinta pacientes. Igualmente debe disponer cada consultorio de los enfermeros o enfermeras que la práctica aconseja, en relación con sus actividades especiales.

Al lado del personal técnico debemos señalar el que ha de tener a su cargo la Administración y la estadística de los consultorios. La primera ha de confiarse a una hermana de Caridad, la que tendrá bajo su dependencia a una empleada controladora, encargada

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

de la máquina registradora, y la otra será encomendada a un empleado con aptitudes para el caso, que tendrá el título de oficial de estadística;

4°. La tarifa estimamos que no puede ser única para todos los concurrentes con posibilidad de pagar, y que, por ésto mismo, no pueden ser iguales todos los consultorios. De aquí nace obligadamente la creación de consultorios especiales de paga, los que, por ahora, pensamos que deben ser sólo dos en cada hospital, uno para medicina y otro para cirugía. Los enfermos que reciban atención en ellos abonarán cincuenta centavos, por consulta y curación y medicamentos. Muchos otros enfermos incapaces económicamente de oblar esa suma, estarán en la posibiidad de pagar una menor, que será de veinte centavos, para ser atendidos con carácter preferencial en los consultorios ordinarios de los gratuitos, proporcionándoseles también, junto con la consulta, curación y medicamentos.

Además se cobrarán los análisis de laboratorio, las investigaciones radiológicas y la administración de medicamentos específicos, o de ciertos medicamentos, como el neosalvarsan.

Los análisis de laboratorio se abonarán con arreglo a la siguiente tarifa: análisis de orina $. 0.50, todo otro análisis $. 0. 1.00. Las investigaciones radiológicas se cobrarán a los no indigentes inscritos en los registros de Consultorios con la misma tarifa a que nos hemos referido ya, que se establecerá para los hospitalizados. El neosalvarsan se cobrará a razón de $. 1.00 por ampolleta, e igual cobro se hará a los hospitalizados no indigentes.

Todas las medidas puntualizadas y las demás que la experiencia de la aplicación del nuevo regímen demuestre necesarias, serán incorporados en el Reglamento que oportunamente hemos de formular.

Para facilitar en el público en general y especialmente en la clase social de concurre a los hospitales la aceptación del nuevo régimen que vá a implantarse en ellos, es indispensable y premioso que se realice tanto en los diarios locales, como mediante hojas sueltas que se repartan en esos institutos y avisos que se fijen en los mismos, la propaganda justificativa de las medidas que dicho régimen implica y el llamamiento de cooperación que hace.

Por fín, la obra por realizarse de que tratamos quedará en mucho estéril si no se adoptan al mismo tiempo otras medidas que fluyen naturalmente de las ideas manifestadas al principio de este informe. Por eso nos permitimos sugerir que se acuerde;

1°. solicitar del Gobierno el cumplimiento inmediato, en lo posible, de la ley de profilaxia del paludismo;

2° solicitar también del mismo la iniciación de la campaña contra la tuberculosis, en la forma que la preconiza la ciencia y en armonía con el dictámen de la comisión especial que nombró la Beneficencia el año próximo pasado;

3° que se amplíe la reglamentación de la ley de accidentes del trabajo de modo que la Prefectura esté obligada a comunicar a la Sociedad de Beneficencia los casos de accidentes declarados ante ella, y se declare que la Beneficencia tiene acción coactiva para

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

cobrar a los patrones las estancias que los accidentados causan en sus hospitales;

4°. que se gestione la dación de una ley de mutualidades en la que se confiera a la Beneficencia la vigilancia y control de ellas en Lima, la que ejercerá por intermedio de una sección *ad-hoc*;

5°. que se reorganice sobre bases que sean convenientes la Caja de Previsión que se fundó hace algunos años;

6°. que se procure dar a los hospitales todo el desarrollo que requieren en lo técnico y en lo administrativo para que alcancen el grado de adelanto de que depende la eficencia que necesitan tener para que correspondan a los postulados asistenciales, a cuya observancia el nuevo régimen obliga ahora más imperiosamente;

7°. que en conformidad con los datos de la estadística administrativa y los principios que norman en otras partes la Administración económica de los establecimientos asistenciales, se proceda en el más breve plazo a estudiar y llevar a cabo la organización técnica económica que corresponde a las oficinas denominadas Proveeduría y Depósito de Medicinas, y al Economato de los hospitales, por ser en dichas oficinas donde puede conseguirse ahorros muy importantes, mediante su sometimiento a un régimen científico y la labor y dedicación especial que reclaman.

Bibliografía

LA VIDA DE LAS PLANTAS por EMILIO GUINEA. —*Editorial «Cuadernos de Cultura»*.—Valencia (España) 1931.—Pesetas 0.60.

El doctor D. Emilio Guinea ha sabido plasmar en este cuaderno toda su ciencia y sus vastos conocimientos en rama tan compleja como la Botánica.

Leyendo este verdadero tratadito asistimos al nacimiento, desarrollo y reproducción de las plantas; la formación de la raíz, su estructura y funcionamiento; el tallo, las hojas y sobre todo la maravilla de su fecundación.

El capítulo dedicado a la explicación del sexo en las plantas, el fruto, la germinación y el misterio de la coloración y vida de las flores es lo más interesante e instructivo. Lleva también una acertada síntesis sobre la clasificación de los vegetales y una somera introducción al estudio de la Botánica.

Su mayor acierto está en haber condensado en tan breves páginas lo más interesante y útil del estudio del mundo vegetal.

Este cuaderno lleva abundantes y magníficas ilustraciones del autor.

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

Cuestiones de medicina pública peruana

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN
Profesor en la Universidad Nacional de San Marcos.
Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Lima.

I. — Directivas generales

Los problemas médico-sociales del Perú, se encuentran aún sin resolver, no obstante el tiempo trascurrido, las diversas voces de alarma que han dado los técnicos en diferentes ocasiones y la penetración en la conciencia colectiva, del concepto que la salud y la vida constituyen en las sociedades contemporáneas, el capital más valioso, la fuente más saneada de los recursos que hacen el engrandecimiento nacional.

En el Perú reina la dispersión más censurable en lo que a asistencia médico-social se refiere; perdura, por un lado, el concepto medioeval representado por las instituciones caritativas; por otro lado existen los organismos de la época moderna denominados Dirección de Salubridad Pública y Servicios Sanitarios del Ejército, de la Marina y de la Policía. Pero en todas estas reparticiones los problemas básicos de la defensa de la salud pública, no se encaran de modo integral, malgastándose esfuerzos, desperdiciándose dinero y lo que es mas grave todavía, dando la impresión de que no existe un cuerpo de doctrina única, que resuelva, de acuerdo con la ciencia, los problemas vitales del país.

La faz curativa, la primera que nació, monopoliza aún el criterio de la multitud, llegando a desviar las actividades médicas.

La mayor parte de las enfermedades que afectan al agregado social, ofrecen entre el sin número de factores que las originan, elementos morbógenos de actuación social. La tuberculósis, la avariosis, el abandono infantil, etc., resultan en gran parte de los factores del mundo social, que dan un aspecto particular a las enfermedades y que atestiguan la posibilidad de luchar contra ellas, sin recurrir a procedimientos exclusivamente médicos.

La ciencia no haría nada contra estas dolencias, si únicamente se pusiese a concurso para luchar contra ellas los procedimientos técnicos; ellos resultarían insuficientes si no se eliminasen los factores sociales, si la cultura no viniese a reforzar las recomendaciones médicas, si no se aniquilase el pauperismo y la ignorancia, causas de muchos de los males que afligen a la humanidad.

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

En el Perú se asiste al enfermo con las insuficiencias derivadas del escaso número de lechos que contienen los pocos hospitales que hay en el territorio patrio, creyendo muchos que esta es la función primordial de la asistencia. Se ignora que mas vale prevenir que curar; se desconoce que mientras subsistan condiciones insalubres en el país, los gastos que ocasione la asistencia de los enfermos sólo tienen un rendimiento exiguo, porque curado el hombre vuelve de nuevo a los focos donde existen las causas de las enfermedades, repitiéndose ininterrumpidamente un círculo vicioso, que origina desembolsos y va menguando la vitalidad individual.

Sería preferible dedicarse a aniquilar las fuentes de donde provienen las enfermedades; sería preferible realizar obra preventiva, que impide enfermar al hombre, evita los gastos de su curación, anula las pérdidas que ocasiona la falta de trabajo durante la enfermedad y disminuye las posibilidades de muerte, que son más inminentes cuando el hombre se encuentra enfermo.

El cálculo de las probabilidades permite afirmar *a priori*, que los riesgos vitales son más efectivos, cuando la salud se ha quebrantado y los coeficientes vitales aumentan, cuando las posibilidades de enfermar han disminuído.

No podrá el Perú ser un país fuerte, mientras existan los miles de enfermos que ambulan por el país, dando la prueba fehaciente de sus naturalezas carcomidas por el morbo, la falta de una obra profiláctica debidamente llevado a cabo y, lo que es más, presentándonos como un país en el cual los técnicos no tienen a su cargo la solución acertada de los problemas demográficos.

Vivimos todavía en el período empírico cuando se trata de resolver los problemas médico-sociales del Perú, no porque los técnicos escaseen, sino porque generalmente se encomienda la resolución de estas cuestiones, a los que no poseen el adoctrinamiento necesario para resolver los problemas sanitarios del país. Todos los médicos no son iguales; todos no se encuentran igualmente capacitados para las complejas funciones de la defensa del capital humano. Hay algo más; las instituciones docentes del país se preocupan preferentemente de inculcar la medicina curativa, la medicina tradicional, que nació con Galeno, que floreció con Hipócrates y que dominó antes del advenimiento de Luis Pasteur, aquel francés genial que echó las primeras bases de la medicina preventiva, como que fué el descubridor de los microbios productores de las enfermedades.

Por los instantes que atraviesa la Nación y por los momentos que nos ha tocado vivir, estamos obligados a dejar oír la palabra técnica, ya que la profesión médica no puede dejar de emitir su opinión en las cuestiones que fundamentalmente le atañen. Ninguna profesión, ninguna ciencia, más vinculada con la política y el gobierno de los hombres, que la medicina; conjunto de conocimientos que ilumina el presente y el futuro de la humanidad y que como ningún otro contribuye a la felicidad del hombre.

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

II.—Carrera sanitaria y deontologia profesional.

Cuando el Primer Congreso Nacional de Medicina, celebrado en Lima en diciembre de 1927, declaró que era conveniente la creación de la carrera sanitaria, a base de concurso y de escala de ascensos, sentó un postulado de la más alta importancia, ya que quiso sugerir a los Poderes Públicos, que se considerase la función médica en la Administración Pública con caracter técnico, libre de los vaivenes de la administración gubernamental, libre de las veleidades de circunstancias ocasionales, libre de los favoritismos y de los empeños de cualquier régimen personalista.

La obra de los técnicos necesita rodearse de las garantías necesarias, para que ellos puedan ejercitar su actividad sin las dificultades de los convencionalismos o de los intereses creados, que amenguan la majestad de la ciencia, que limitan los alcances y los beneficios de las disposiciones sanitarias, que entorpecen el libre juego de la medicina aplicada al bienestar de la colectividad y que también tuercen las normas que canalizan la actividad profesional, desviándola del sendero honesto, el más difícil de seguir en el ejercicio de la actividad individual, por el sinnúmero de concausas que perturban y aminoran la austeridad profesional. Concausas que nacen de la vida social misma, que germinan como resultado de la concurrencia vital, que fructifican en cerebros poco equilibrados y en corazones donde no existen la verdadera tradición Esculápica, que hace ver en el compañero de labores, el hermano de profesión, que persigue los mismos ideales y que mantiene la misma lámpara votiva en el altar sacrosanto del sacerdocio médico.

Ya el maestro Avendaño, con la claridad y energía con que sabe exponer sus pensamientos, dijo alguna vez al desarrollar el tema de las "medidas que es necesario poner en practica para evitar la desnacionalización de la medicina peruana", que el respeto a la propiedad de los colegas, tanto a la propiedad literaria, cuanto a los cargos rentados, constituía elemento de esta obra de peruanización médica.

La permanencia del facultativo en el puesto que desempeña, significa por una parte la buena contribución a la marcha ordenada de todo el complicado mecanismo de la máquina administrativa y, por otra, la subsistencia del profesional que le dedica toda su actividad, todas sus energías. Despojar a un médico del 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 imprescindible el concurso de los conocimientos técnicos del destituído. En lo que a la medicina se refiere es obstaculizar las investigaciones que aumentan el prestigio de la medicina nacional, dentro y fuera del país.

Y ahora bien, ¿qué calificativo merece la conducta del facultativo que no solo se presta a servir de dócil instrumento para reemplazar a un colega a quien una autoridad ignorante, inconsciente o

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

mal intencionada, destituye del cargo que ha desempeñado con toda corrección, sino que él mismo usufructua 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 pretención, su desmedida ambición, o su sed de lucro?

Después de estas frases del maestro, que son como un fuetazo contra la impudicia y el arribismo, dice Avendaño, que deja la respuesta correspondiente, a la conciencia de los que han incurrido en tan grave infracción de los preceptos de la deontología profesional, limitándose a hacer presente que no hay diferencia alguna entre penetrar al domicilio de un colega y apropiarse de los objetos ahí 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 ajena.

El maestro Avendaño comprendió al tratar el tema, que era un complemento obligado a lo trascrito, la propiedad del cargo, la inamovilidad, pues, como facilmente 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.

Varios fueron los ejemplos que el autor de la ponencia al Primer Congreso Nacional de Medicina, formuló en apoyo de su tésis, recalcando la obra modesta y eficiente que los médicos titulares llevan a cabo en la nacionalización de la medicina, pues llegan a acumular datos de excepcional valor sobre las características de los procesos morbosos en cada provincia, sobre la utilización de los recursos terapéuticos que en cada una de ellas existen, llegándose a formar la Geografía Médica Peruana, si se hubiese respetado la inamovilidad de estos funcionarios.

El maestro Avendaño, agregó, que se vislumbraba un porvenir mejor para el ejercicio de los puestos técnicos de los médicos, por cuanto los profesionales que desempeñan los cargos de médicos militares y navales y los que ejercen las funciones dependientes de la Dirección de Salubridad, disfrutan de la propiedad del empleo. También dijo el maestro que para respetar esta propiedad, la justicia y la conveniencia recomendaban que todos los cargos desempeñados por los profesionales de la medicina se provean por el concurso, sea por las pruebas correspondientes o por la apreciación de las obras realizadas y de los méritos contraídos por los solicitantes.

Esta recomendación del concurso para la provisión de los puestos técnicos desempeñados por los médicos, debe reclamarse enérgica e imperiosamente, porque es una forma de elevar el nivel técnico de los que desempeñan funciones en la administración pública y de conseguir que los servicios encomendados a ellos adquieran el grado de

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

eficiencia que el país tiene derecho de exigir y que la colectividad toda demanda, ya que con su trabajo se cautela y se defiende la vida de la población, se llevan a cabo los menesteres técnicos de la convivencia contemporánea y se realizan los empeños más nobles del apostolado profesional.

No conviene a los intereses del país, a las espectativas de la colectividad y a los perennes propósitos de la medicina, que los puestos técnicos se distribuyan sin tener una norma o pauta científica, sin escuchar la voz del agregado social que califica la competencia anticipándose al veredicto de la obra realizada, que juzga desapasionadamente la capacidad profesional y que quiere ver borrado para siempre el favoritismo y la prebenda, donde debe reinar la justicia y el reconocimiento de los bien entendidos intereses de la Sociedad.

Es urgente que se cree la carrera sanitaria en el Perú, no sólo para cautelar los intereses profesionales, para atender las exigencias del cuidado del capital humano, sino para que haya ocasión de respetar los dogmas del sindicalismo médico, que quiere elevar la ética interprofesional y que deben cumplir todos los que ejercen la medicina, satisfaciendo las convicciones íntimas de su espíritu y los preceptos de la moral social. Los que propagan las ideas sindicalistas y los que ejercen la dirección de las instituciones gremiales, deben dar con su ejemplo, la más pura lección corporativa, que siempre quiere ver el paradigma de sus propósitos en los actos realizados por los que al vestir la toga Esculápica, pusieron sobre sus hombros la promesa de cumplir el juramento del anciano Cos.

III.—La genesis de los organismos sanitarios del Peru. — El proyecto de ley organica de Sanidad de 1917.

La defensa de la salud ha obligado a buscar las fórmulas más precisas y acertadas, como consecuencia del deseo de realizar lo más práctico y lo más eficaz del acervo de los conocimientos humanos.

El tanteo, la improvisación y el ensayo, fueron, al principio, los procedimientos seguidos para realizar la función sanitaria; después, la experiencia proporcionó un conjunto de conocimientos y de nociones que se fueron articulando poco a poco, que se fueron sistematizando y que con el correr del tiempo se estructuraron en organismos definidos y en orientaciones o leyes precisas.

En el Perú todo lo que se refiere a Sanidad, se presenta como algo, que si no es impreciso, está desarticulado, inconexo, huérfano de la acción vinculadora, que asegura la eficacia y permite el éxito en la gestión.

Las diversas leyes y reglamentos de carácter sanitario, que comentadores afortunados han estudiado a la luz de las doctrinas sanitarias contemporáneas, ofrecen más que un valor actual, un significado histórico, que manifiesta la forma como nuestros predecesores, desde los albores republicanos, enfocaron las cuestiones de la salud pública.

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

El actual profesor de Higiene de la Facultad de Medicina, es el que ha puesto en esta obra crítica, las prestancias de su saber y las gallardías de su análisis. En sus libros y opúsculos se puede encontrar las principales resoluciones administrativas y legislativas que se han dado en nuestra patria, pero en todas ellas se observa la visión unilateral, el concepto restringido y, en muhas ocasiones, los factores circunstanciales que las dieron orígen.

Era una epidemia que había que combatir, la que daba motivo a una ordenanza; era una necesidad local, la que hacía formular disposiciones sanitarias; era el propósito de sistematizar la asistencia curativa gratuita, la que dió orígen a la Ley orgánica de Beneficencia; etc. etc.

La creación de la Dirección de Salubridad Pública, significó un acontecimiento trascendental en la vida de las instituciones públicas nacionales que se dedican al cuidado de la vida humana. Fué la aparición de la peste bubónica la que originó la creación de este departamento técnico en el engranaje administrativo. La presencia entre nosotros de tan terrible flagelo, demostró a los hombres de gobierno que el país estaba indefenso en materia sanitaria; que faltaba el organismo directivo y orientador de la defensa de la salud pública nacional y que era necesario poner a los médicos dentro de las funciones gubernamentales.

Pero esto no era todo; creada la Dirección de Salubridad no se disponía de la pauta necesaria para su gestión y para su labor; las circunstancias, los diversos momentos epidémicos, las necesidades sanitarias, canalizaban la actividad de ese sector de la administración pública y en muchas ocasiones la falta de Ley fué el principal escollo para el éxito de una campaña, porque los hombres de leyes presentaban cortapisas jurídicas a los arrestos sanitarios de los que estaban encargados de velar por la salud colectiva.

Comprendiendo la urgencia de una Ley orgánica de sanidad, el Dr. Abel S. Olaechea que se encontraba al frente de la Dirección de Salubridad en 1917, confeccionó el primer proyecto de Ley de organización sanitaria, en el cual existen compendiadas y ordenadas una serie de disposiciones ya vigentes, que necesitaban articularse, y una serie de nuevos conceptos, que vendrían a orientar la futura marcha del Departamento Sanitario.

En la exposición de motivos del citado proyecto de Ley Orgánica de Sanidad, se encuentran expresiones, que bien merecen reproducirse, para que se vea cómo se ha pensado en otras épocas sobre estas cuestiones, dada la tendencia iconoclasta que hoy está dominando.

En esos documentos que están publicados en el "Boletín de la Dirección de Salubridad Pública", se dice lo siguiente: "Necesidad intensamente sentida en la República es la de propender por medios de eficacia real, a incrementar el número de sus habitantes, base primordial de todo progreso y condición esencial del afianzamiento de la nacionalidad. En todas las épocas se ha reconocido entre nosotros, que al factor población se vincula en primer término la solución de todos los problemas de los que depende el porvenir venturoso del país. La manera más fácil y menos costosa de lograr el aumento de nuestra población, consiste en procurar su crecimiento vegetativo, en conseguir que a la inversa de lo que acontece hoy, el tributo que pa-

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

gamos anualmente a la muerte sea inferior al rendimiento de la vida, a la natalidad".

Estas expresiones constituyen todo un programa y toda una doctrina sanitaria, que está tan adherida a la mente de las gentes de gobierno, que un genial estadista ha dicho que "gobernar es poblar". Para poblar gobernando se necesita apreciar y proteger todo lo que se refiere a la salubridad pública, todo aquello que los técnicos indican como bueno para salvar la población y que ellos con su competencia lo enuncian, libres de propósitos secundarios y sin sospechar que la petulancia ignorante discuta sus recomendaciones.

En el mismo documento se declara que para llevar a la práctica la campaña sanitaria, es necesario que la Sanidad pública esté organizada en forma que asegure su unidad de acción. Esto quiere decir que se reconocía en esa época la necesidad de un Código de Sanidad, que diese organización definida a esa repartición pública, que permitiera la vinculación cooperadora de las distintas entidades que existen en el país y que tienen a su cargo diversos menesteres de la función asistencial, para preparar la organización futura que nacionalizase todos los organismos que en el Perú se dedican al cuidado, defensa y asistencia del capital humano.

Mientras el Estado adquirió el desarrollo necesario, mientras se preparaban los técnicos que debían reemplazar a los empíricos, mientras el concepto de caridad subsistió, para ser sustituído por el concepto de la obligación estadual frente al enfermo, se explica que existiese en el Perú organizaciones fruto de la filantropía, instituciones resultado de la caridad, que más piensan en las ideas éticas y en los conceptos de la vida futura, que en la defensa del capital actual, en la protección del hombre.

El proyecto de Ley mencionado, que yace, seguramente, empolvado en los archivos legislativos, declara en su primer artículo que el cuidado de la salud pública corresponde al Estado y que se efectuará mediante los servicios de sanidad. La declaración no puede ser más paladina y más terminante en lo que se refiere a la doctrina y a la práctica; a la doctrina, porque declara un concepto hoy involucrado en todas las legislaciones del mundo, que significa la más grande conquista de la ciencia médica, por cuanto se le eleva a la categoría de función pública; prácticamente, sostiene el referido proyecto que los servicios de sanidad tendrán que ser nacionales, dado que es el Estado a quien corresponde el cuidado de la salud pública.

Declara, también, que incumbe al Estado el fomento de la asistencia social mediante la protección de los servicios correspondientes sostenidos por las instituciones de Beneficencia oficial, protección que no puede conceptuarse únicamente en el sentido económico, sino en la influencia doctrinaria y técnica, la más importante de todas las protecciones.

Que esta interpretación es la cierta, lo asegura el artículo segundo que dice a la letra: "La Dirección de Salubridad, creada por la Ley de 3 de noviembre de 1903, es la dependencia gubernativa encargada de ejercer la dirección y vigilancia de todos los servicios de sanidad.

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

Le corresponde, también, la dirección de los servicios de asistencia social que dependen directamente del gobierno y la vigilancia de los servicios de la misma naturaleza dependientes de las instituciones de beneficencia pública, en conformidad con la Ley orgánica de beneficencias".

La trascripción de los dos primeros artículos del proyecto de Ley de Sanidad de 1917, constituye la prueba más elocuente del acierto con que la redactó su autor y la visión genial que se ponía para uniformar en el país las obras de asistencia médico-social, ya que no es posible que vivan desarticuladas las instituciones que se dedican a la función curativa y aquellas que tienen por objeto la función preventiva. Al curar es menester no olvidar la función profiláctica, porque aniquilando un foco morboso se evita la difusión del mal, se esterilizan las fuentes de donde pueden partir nuevas infecciones, se siega los reservorios de donde los trasmisores de las enfermedades toman el microbio patógeno para difundirlo después. Por no curar bien, por no aniquilar definitivamente a la enfermedad, se hace un gran daño; los enfermos se engañan con una fementida curación; las dolencias pueden transformarse en crónicas y, lo que es peor, las enfermedades se difunden y se propagan por los portadores de microbios patógenos, que, sin saberlo, van esparciendo las plagas donde viven.

No es propósito analizar en este breve espacio con criterio eurístico el proyecto de ley sanitaria de 1917. Contiene tantos aciertos y encierra tal caudal de nociones sanitarias, que bien podría tenérsele presente en el momento en que se confeccione el Código de Sanidad que necesita el Perú. Seguramente que en muchas secciones ha envejido, no en valde ha trascurrido el tiempo con su acción gerontológica, pero de todas maneras el documento existe para demostrar a todos las preocupaciones de los que dirigieron en esa época la Salubridad Pública, preocupaciones fruto de competencia técnica que en necesario reconocer y enaltecer, para elevar el nivel de nuestra historia sanitaria, ya que ella resulta exponente de la capacidad científica de los funcionarios que han tenido a su cargo las cuestiones de Salubridad en nuestro país.

Estamos casi seguros que son muy pocos los médicos que en el Perú conocen el proyecto de Ley orgánica de Sanidad de 1917 y es casi seguro que ignora el resto del país la existencia de este empeño de legislación sanitaria, que hubiese dado buenos frutos, tanto en lo que se refiere a la gestión administrativa, como a la consideración que merecen los profesionales encargados de sus funciones, porque en ella existen diversas disposiciones de carácter profesional que se anticiparon a ideas gremiales venidas después, a conceptos deontológicos nacidos más tarde y a leyes aisladas que se dieron hace poco para asegurar goces de cesantía, jubilación y montepío a los servidores de la sanidad nacional.

Honrar la obra del pasado, es hacer justicia a los que iniciaron el surco y la brega, que hoy alcanza niveles mayores por el concurso de nuevos factores y por la evolución dinámica de la Sociedad.

En el incesante progreso social y en el ininterrumpido escalar de las alturas, la obra pasada significa la formación de estratificaciones sobre las que debe asentar sólidamente el progreso y

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

sobre las que hay que edificar el edificio futuro. Por eso hemos querido dedicar un comentario a este proyecto de Código Sanitario de 1917 que ojalá pudiera reeditarse y difundirse, para aumentar nuestra cultura e intensificar los prestigios sanitarios del Perú.

IV.—El proyecto de Codigo de Sanidad de 1920.— Necesidad de un Codigo sanitario en el Peru.

La necesidad de poseer un texto de legislación sanitaria, dió origen para que se encargarse en 1920 al Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, autor de "Las bases médico-sociales de la legislación sanitaria del Perú", la redacción de un proyecto de Código de Sanidad.

La obra fué llevada a término y existe publicado el referido proyecto, que atestigua el entusiasmo y el esfuerzo desplegado por su autor.

Al igual que otras cosas nacionales, este proyecto ha corrido la misma suerte que el redactado en 1917. Se le desconoce, se ignora su existencia y los que lo han hojeado pusieron acaso poco empeño en revisar su articulado y en penetrar en la médula de su concepción.

Su autor, Profesor de Higiene en nuestra Facultad de Medicina, inicia el trabajo con una nota de remisión en la cual brevemente apunta algunos datos de la historia sanitaria del Perú, dejando constancia que en otras publicaciones suyas, anteriores, se encuentran los motivos del proyecto del Código Sanitario que presenta, dejando entrever con esta afirmación, que su Código Sanitario es la terminación de uno de los sectores de su actividad profesional.

En el texto de la nota ya indicada se encuentra este acápite, lleno de ecuanimidad y de justicia. Dice así: "No se trata de una obra ideológica y de improvisación, calcada o traducida de los diversos Códigos y legislaciones sanitarias que he tenido a la vista para la redacción del Código de Sanidad del Perú; ni menos de una adaptación hecha con premura, de reglamentos, leyes y disposiciones exóticas. La obra que entrego al gobierno—con todas sus imperfecciones, vacíos y deficiencias—puedo asegurar, que está inspirada en la tradición, en los usos, costumbres y prácticas legales de nuestro país y que responde a las exigencias de la realidad nacional, vistas con el auxilio de la ciencia y a los postulados que se aceptan hoy en el mundo, en materia de legislación de sanidad".

Comienza el proyecto de Código de Sanidad, que rápidamente analizaremos, por declarar en su artículo primero que la protección y tutela de la salud pública es función del Estado. No podía ser de otro modo el artículo de introducción de un Código de Sanidad moderno, que se inspira en los dictados de la medicina social y en las imperativas exigencias de defender la salud y la vida colectivas. Agrega, después, que el Estado podrá delegar las atenciones de la administración sanitaria local y las de asistencia social en las sociedades públicas de Beneficencia, actitud pragmática, que sin perder de vista la sistematización del centralismo sanitario, transige con las realidades del ambiente y con las imposiciones de la tradición.

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

Después crea un Consejo Superior de Higiene, Asistencia y Previsión Sociales y una Dirección de Sanidad y Beneficencia Pública, precisando para cada uno de estos organismos sus atribuciones y el papel que les compete en las funciones directivas de la defensa y tutela de la salud pública. Estas disposiciones hacen ingresar al dinamismo sanitario nacional a las Sociedades de Beneficencia Pública, que tienen a su cargo importante papel en la asistencia médico-social.

Sería interesante releer el artículo del referido proyecto de Código de Sanidad, en el cual se establece la formación del Consejo Superior de Higiene, Asistencia y Previsión Sociales, porque contiene más de un atisbo acertado y feliz. Las funciones propias de este Consejo se especifican con bastante detalle, fijándose en el importante papel que le cabría desempeñar en la política sanitaria del país.

Las funciones de la Dirección de Sanidad y Beneficencia ocupan el capítulo tercero del proyecto mencionado, tratando después de los servicios centrales de sanidad y de las inspecciones centrales de sanidad y beneficencia, que se analizan y enumeran con un deseo de abarcarlo y comprenderlo todo, ya que se habla de una inspección médico-escolar, industrial y del trabajo, como la encargada de supervigilar todas las cuestiones que se relacionan con la salud individual de los escolares, los maestros, los trabajadores y los industriales, así como la vigilancia de escuelas, talleres, fábricas y demás locales que interesan a la salud pública.

La doctrina dominante en el mundo concede autonomía a los servicios médico-escolares, que caen bajo la dependencia de las reparticiones públicas encargadas de la Instrucción, dándoles a ellas el papel de vigilar bioantropológicamente al escolar, ya que él es la materia prima y la finalidad suprema de su existencia.

Creación simpática es la que contiene el proyecto de Código de Sanidad ya indicado, cuando habla de la existencia del Cuerpo de Sanidad Civil, denominación genérica muy usada en España, que agrupa y reune a todos los funcionarios encargados de ejecutar y llevar a cabo, en beneficio del progreso médico-social de la república, todas las disposiciones y providencias de carácter sanitario. Los médicos sanitarios, los médicos rurales, los médicos de puerto, los farmacéuticos titulares, la policía de salubridad, etc. constituyen esta vasta colmena de trabajadores sociales, que laboran silenciosamente defendiendo al país y a sus habitantes de la acción morbosa y letal de los infinitamente pequeños, de los seres microscópicos que realizan en la naturaleza empresas y labores del más grande significado y máxima trascendencia.

En el capítulo dedicado al Cuerpo de Sanidad Civil, se señalan sus jerarquías, los requisitos para ocupar los puestos, la renta de que disfrutará cada uno de sus miembros, así como lo relacionado con los goces de jubilación, cesantía y montepío.

Ocupándose del funcionamiento de la Sanidad Pública, el Código Sanitario de 1920 divide a la República en varias regiones, asignándole a cada una los elementos con que contará para la eficiencia de sus labores, tales como un laboratorio de pesquizas bio-

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

lógicas, un desinfectorio central, un hospital de aislamiento y el personal auxiliar necesario.

El Código de Sanidad de 1920, como cuerpo de doctrina y como elemento de orientación técnica, comprende entre sus disposiciones aquellas que se refieren a los médicos municipales, especificando en una serie de artículos sus atribuciones, las funciones que les corresponde efectuar, así como los diversos menesteres que le señala la ley de 19 de agosto de 1872. Se establece en el mismo Código la existencia de médicos rurales encargados de asegurar las funciones propias del Servicio de Sanidad y Beneficencia nacional en los campos y ambientes rurales, tratándose después de los médicos de puerto, de los inspectores de naves, de las estaciones cuarentenarias, de los farmacéuticos titulares, de las obstetrices oficiales, de los vacunadores y del personal sanitario.

El título segundo del proyecto de Código de Sanidad de 1920, trata de la administración local y sus relaciones con el Servicio Nacional de Sanidad y Beneficencia. Contiene las directivas técnicas para la actividad médico-social de los municipios, así como la forma como debe hacerse la vinculación entre las Sociedades de Beneficencia y el Servicio Nacional de Sanidad. Muchas de las disposiciones contenidas en ese título ofrecen acierto y merecen tomarse en cuenta para la redacción del futuro Código de Sanidad que tan urgentemente necesita el país, ya que es necesario canalizar debidamente la actividad de esa repartición pública, enmarcándola dentro de rumbos definidos y dentro de orientaciones científicamente elaboradas.

Todo lo que se refiere al ejercicio de las profesiones sanitarias y a su control por el Estado, se encuentra comprendido en el título tercero del tanta veces mencionado Código Sanitario de 1920. Es indudable que el ejercicio de las profesiones médicas necesita el control del Estado, porque de ese modo se protege al profesional debidamente capacitado y se le defiende de los diversos elementos concurrentes que nacen del ambiente social y viven como resultado de su mentalidad. El Estado debe garantizar la idoneidad de los que se dedican al ejercicio del arte de curar y le interesa tanto más este control, cuanto que tiene que defender la salud y la vida de la sociedad, librándola de la acción nefasta de la taumaturgia y del charlatanismo.

Muchos creen que el charlatanismo es el gran rival del médico, pero desconocen u olvidan que aquel es uno de los principales factores de la letalidad y de la explotación de la gente crédula.

En esta parte del proyecto del Código de Sanidad se echan las primeras bases de la deontología y de la ética médica, puntualizándose que la Academia Nacional de Medicina confeccionará un Código de moral médica que trace las reglas generales del ejercicio profesional y norme la conducta de la clase. Esta disposición es una de las primeras enunciaciones del sindicalismo médico en el Perú, que se anticipó en muchos años a las ideas que vinieron después en forma atropellada y que a pesar del tiempo trascurrido no han cristalizado en algo concreto y definitivo, por culpa de los que han guiado a la profesión médica. La sindicalización de la clase

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

médica, no se hace únicamente con buenas intenciones y conceptos mesiánicos, sino con adoctrinamiento, hecho carne y médula de la acción, por habérsele incorporado al dinamismo de la medicina nacional.

En el título cuarto del proyecto de Código de Sanidad del Perú de 1920, se dá cabida a casi todo el Reglamento de Sanidad Marítima que existe en el país, ocupando porción considerable del texto del proyecto en cuestión. Buena prueba de ello es que abraza desde el artículo 128 hasta el artículo 247.

La Ley de declaración de las enfermedades infectocontagiosas se incorpora en el título quinto, tratándose después en forma más o menos amplia de la profilaxia de la viruela, de la vacunación y revacunación, indicándose por último, que la profilaxia específica de las diversas enfermedades trasmisibles se hará de acuerdo con las instrucciones dictadas por la Dirección de Sanidad y Beneficencia, previa refrendación por el Consejo Superior de Asistencia y Previsión Sociales, que les daría fuerza legal para los efectos de su cumplimiento.

El proyecto de Código de Sanidad de 1920 constituye una obra perfectamente arquitecturada y perfectamente concebida y como todas las obras de los hombres, particularmente las facturas notables, es pasible de análisis y comentarios, que no pueden ser totalmente de elogio para el autor, porque casi siempre existe discrepancia entre los técnicos, ya que la Ciencia no es un edificio inmutable, único, sino una perpetua construcción que responde a los momentos en que se hace y al avance del progreso humano, cada vez más variable y más complejo, a medida que se perfecciona la técnica, se multiplican los elementos de investigación y nacen nuevas doctrinas como fruto del trabajo del hombre. Si la discrepancia viene, si la crítica se produce, ella no es óbice para reconocer la parte de acierto que hay en toda obra humana, que ya no se mira como el resultado del trabajo de un artífice sobrenatural, sino como la elucubración humana, que aprisiona la realidad y trata de interpretarla.

Si Voltaire ha dicho que no es delito pensar de modo distinto a otro hombre, puede afirmarse, también, que no encierra ofensa, ni lastima la dignidad humana, el análisis y la crítica de la obra de los hombres.

Hay que finalizar estos comentarios, brevemente expuestos, celebrando la obra de los trabajadores intelectuales de nuestra patria, que en 1917 y en 1920, prepararon dos proyectos de Código Sanitario del Perú y declarando que es necesidad vivamente sentida la existencia de una norma definida y legal que oriente la función de la Sanidad Pública en nuestro país, que señale los derroteros que conviene seguirse, que puntualice los deberes y derechos de los profesionales que se dedican a la salubridad pública y que abarcando panorámicamente todo lo que se refiere a la conservación y defensa del capital humano, indique el camino que hay que seguir para alcanzar el aumento de nuestra población, la vigorización de nuestra raza y la defensa de todos los componentes del agregado social.

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

Si existen códigos que reglan las relaciones y la convivencia social; si la vida industrial y el comercio ha exigido leyes especiales; si la industria, la minería y el trabajo tienen sus normas tutelares; si para atender a la defensa social se han dictado los códigos penales; es obvio recalcar la importancia y urgencia de un Código Sanitario en el Perú, que trate de cautelar y defender el más vital de los intereses del país y el más preciado tesoro de la nacionalidad: el capital humano.

V.—La creacion de la Direccion de Salubridad Publica en 1903.—Su desvinculacion administrativa.

Las cuestiones que se refieren a la protección de la salud y a la defensa de la vida, no se han enmarcado aún en el Perú con criterio definido. Acostumbrados, doctos y profanos, a escuchar una terminología que no está de acuerdo con el léxico científico y con las convenciones que los técnicos han adoptado para entenderse entre sí, y a mencionar organismos e instituciones que nacieron hace muchos siglos y que hoy se han transformado sustancialmente o que han sido reemplazados por otros nuevos, se han formado conceptos inexactos y apreciaciones erróneas que será muy difícil desarraigar.

La idea de caridad y la institución que la representa, la Beneficencia, ha sido y es el cuerpo de doctrina que más se ha arraigado en nuestro país, dominando conciencias y conquistando prosélitos. Entre los hombres de gobierno, en las diversas entidades nacionales y particulares que existen para la profilaxia y la curación, entre los mismos profesionales de la medicina, así como en las clases cultas, no ha penetrado aún con la solidez debida, el concepto moderno de la asistencia médico-social, la idea clara y precisa de las instituciones que deben llevar a cabo esta obra, lo mismo que las orientaciones que conviene dar a todos los elementos del *organismo sanitario nacional*, ya que con esta expresión genérica, debe concebirse y calificarse el armamento con que cuenta el Perú para defenderse de la enfermedad y para luchar por la vigorización racial.

Como las instituciones de asistencia y de profilaxia han nacido sucesivamente, creándose a medida que se han lanzado ideas nobles y generosas, pero siempre dispersas; como las obras asistenciales en el país, lejos de perfeccionarse y evolucionar, han aumentado su complejidad y su número, sin que la doctrina unifique la técnica y totalice la acción, es posible observar en el panorama sanitario de la nación, elementos desarticulados, con eficiencia disminuída por falta de cohesión, por falta de vínculos administrativos o técnicos y muchas veces en situación de beligerancia, de oposición, de lucha, con mengua de los prestigios de la ciencia y con escasos resultados para la colectividad.

Todo aquel que estudie y analice desapasionadamente el funcionamiento de ese vasto mecanismo de defensa y protección de la salud pública, todo aquel que estudie serenamente y a la luz de la ciencia, el armamento del Perú contra la enfermedad, puede darse

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

cuenta que casi todos los elementos están dispersos, y no obedecen a un cuerpo de doctrina, porque falta un Código Sanitario, que al vincularlos regule sus actividades, y en muchas ocasiones observará criterios contrapuestos, situaciones hostiles y disminución en los rendimientos.

¿Se dirá acaso que han faltado los técnicos en el Perú? No. Unanue y Ulloa son los dos ilustres varones, que permiten afirmar que en dos períodos de tiempo bastante distantes en nuestra vida republicana, se enunciaron conceptos y planes sanitarios de la mayor envergadura, del mayor acierto, de la más clara comprensión, a tal punto que pueden servir de ejemplo, de derrotero y de defensa de la clase médica, que cuando trabajó gubernamentalmente sin reatos y sin encadenamientos, supo dar lustre a la patria, glorias a la profesión y hegemonía a la medicina peruana dentro del Continente descubierto por Colón.

La situación actual es el resultado de la obra inconexa del pasado; se sufren en la actualidad las consecuencias del ensayo y de la improvisación; el malestar que existe en la organización sanitaria y asistencial del país, se debe a la creación de diversos organismos que se han denominado caprichosamente, que no se han articulado por satisfacer conveniencias personales o exigencias de círculo y que por nacer con estos vicios originales no han contribuído al engrandecimiento sanitario del país, sino a crear un concepto erróneo en la mentalidad colectiva y un espejismo de grandeza, deleznable porque nació sin cimientos, porque se desarrolló sin doctrina y porque casi siempre estuvo de espaldas a la realidad médico-social del país y a los dictados de la ciencia.

En medio de estos conceptos generales, que no por generales dejan de ser exactos, es preciso hacer un acápite especial para decir cómo nació la Dirección de Salubridad Pública en nuestro país y cuáles fueron las ideas y doctrinas de Manuel Camilo Barrios, médico prestigioso que en 1903 desempeñó el portafolio de fomento.

La peste bubónica había invadido por primera vez en ese año al Perú y ante el peligro inminente que ella significaba y el peligro futuro y presente que significa, fué necesario recurrir a los técnicos en demanda del consejo científico y de la solución acertada. En la nota que acompañó al proyecto de Ley de creación de la Dirección de Salubridad Pública en el Ministerio de Fomento, se encuentran los siguientes conceptos que conviene trascribir, a fin de enaltecer la memoria de los desaparecidos y referir a las generaciones presentes las noticias históricas más culminantes de la evolución de la sanidad pública en el Perú.

La nota mencionada decía así: "Los adelantos de la ciencia y una más perfecta perfección de las necesidades de los pueblos en orden a su bienestar y felicidad, han establecido como principio administrativo, que uno de los primeros deberes de los poderes públicos es atender a la conservación y mejoramiento de la salud pública. Y este deber que ha de cumplirse en todo tiempo, reviste, en los momentos actuales en que el país se halla invadido por una de las enfermedades pestilenciales más temibles, un carácter de excepcional importancia y trascendencia para el desarrollo y ventura de la

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

nación. No es únicamente cuando aparece una epidemia mortífera o una enfermedad exótica desvastadora, que la acción de los poderes públicos debe manifestarse en guarda de la salud y vida de los habitantes. También debe exteriorizarse en las épocas normales, cuando sólo actúan las causas patógenas comunes».

"Para alcanzar este fin ha sido preciso organizar numerosísimos cuerpos técnicos encargados exclusivamente de estudiar y dirigir la labor profiláctica o preventiva, en armonía con la legislación sanitaria, incesantemente ampliada y perfeccionada por los adelantos maravillosos de la medicina. Y sin embargo, no se considera alcanzado aún el *desideratum* de la organización sanitaria moderna, que exige, para ser completa, según la opinión de respetables instituciones científicas de Europa y Estados Unidos, *la creación de un Ministerio de Salud Pública.*"

"En ningún país, sin duda, se hará sentir con más fuerza que en el Perú, la falta de una dirección superior de salud pública. Sin unidad en la concepción, sin métodos en el plan, sin oportunidad en la ejecución, los procedimientos profilácticos seguidos en el país, no han dado sino muy escasos resultados prácticos. De aquí que el Estado se haya encontrado siempre en la necesidad de remediar, hasta donde ha sido posible y mediante grandes sacrificios, males que no se supo o se pudo prevenir".

Los párrafos trascritos atestiguan, de modo indiscutible, los conceptos de los técnicos que estuvieron al frente del Ministerio de Fomento en 1903. Manuel Camilo Barrios, ministro de fomento en esa época, era, sin disputa, un médico preparado, inteligente y conocedor de muchos de los importantes problemas de la sanidad pública. Contaba como amigos predilectos a muchos de los connotados profesionales de esa época, entre los que se destacaban sin lugar a dudas, el doctor Julián Arce, que una vez que fué aprobada la Ley creando la Dirección de Salubridad Pública, ocupó tan elevado cargo hasta 1911, dejando huellas imborrables por su rectitud y honorabilidad profesional.

Los fundamentos de creación de la oficina sanitaria nacional no pueden ser más acertados, ya que enuncian como uno de los primeros deberes de los poderes públicos la conservación y mejoramiento de la salud pública, declarando, después, que es necesario organizar permanentemente una oficina técnica que se ocupe de todos los menesteres de la salubridad nacional. Admira, también, en ese mismo documento, que se declare que la organización sanitaria moderna exige para ser completa la creación de un Ministerio de Salud Pública o de Higiene, como se ha dicho después.

La idea que se expusiese al Parlamento Nacional en 1903, ha sido, sin embargo, después muy combatida. Cuando posteriormente se ha dicho entre nosotros que es necesaria la existencia de un Ministerio de Higiene, muchos han dicho que era una iniciativa prematura, otros que no se necesitaba, algunos que obedecía a sugerencias con finalidad personal y no ha faltado quienes la han juzgado idea exótica, trasplantada del extranjero, sin compulsar las exigencias del ambiente nacional. ¿Qué se diría hoy a Manuel Camilo Barrios si se reprodujese su bella iniciativa contenida en la nota cuyos párrafos se han trascrito?.....

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

Hay que admirar los conceptos de este notable médico peruano; hay que admirar la forma anticipada como los ha vertido; hay que celebrar que su cerebro dilecto haya elucubrado ideas geniales en épocas tranquilas, serenas, propicias para la obra duradera y para el esfuerzo inmortal.

Ante el análisis del técnico, la Ley de creación del departamento de Sanidad Pública en el Perú, significó un paso decisivo y trascendente en el progreso de las instituciones sanitarias del país; pero es oportuno anotar que esta institución apareció en el país desvinculada de otras reparticiones similares existentes, que en alguna forma cautelaban la salud colectiva o que propendían a la asistencia de los enfermos.

En efecto, entre las atribuciones señaladas a la Dirección de Salubridad no se indica la relación que debía guardar con la Beneficencia Pública, por ejemplo, cosa muy importante porque hubiese establecido desde el principio la estrecha relación que debe existir entre la organización profiláctica y la organización asistencial. Estas dos funciones que no pueden vivir desvinculadas dentro del criterio técnico, han existido y existen separadas, desconectadas, sin mantener contacto para coordinar sus esfuerzos y conseguir el progreso demográfico del país.

Esta desvinculación ha producido inmensos males en el Perú, ha esterilizado muchos y muy felices propósitos, que de otro modo se hubiesen convertido en beneficios incalculables para la nacionalidad, y, sobre todo, ha creado un estado espiritual erróneo y un falso concepto muy difícil de desarraigar, como todos los errores cuando se apoderan de la mentalidad individual y llegan a formar parte del patrimonio colectivo.

Nada es en efecto más difícil de vencer y destruír que el error; parece que el hombre cuando se apodera de una idea y la hace suya, pretende haber conseguido aprisionar una parte de la realidad y cuesta trabajo demostrarle que ha sido error lo que ha adquirido. Por otra parte, las cuestiones de técnica médica son las más propicias para la discusión y el debate y no falta mucha gente, culta o inculta, o con media ciencia, que pretenda discutir a los médicos los principios y las doctrinas que propugnan, sobre todo cuando las ideas y doctrinas vienen a modificar conceptos adoptados por la mayoría. Alguien dijo, con mucho acierto, que de poeta, de médico y de loco todos tienen un poco. Sí. La mayoría de las personas discuten con gran facilidad de cuestiones médicas, cuando muchas veces los médicos tienen que reflexionar y meditar bastante antes de dar su opinión.

Así ha sucedido entre nosotros, nacida la Dirección de Salubridad como un organismo sin vinculación con las demás reparticiones sanitarias del país, éstas no han querido recibir la dirección técnica de aquella y muchas veces han rechazado con energía una pretendida intromisión que venía a quitarles su autonomía. En otras ocasiones, la Dirección de Salubridad no ha deseado penetrar en la parte técnica de las instituciones sanitarias del país que no dependían de ella, porque no se encontraba con la fuerza suficiente para hacerlo, porque temía el comentario de la colectividad que lo anticipaba adverso y porque los intereses creados y las

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

situaciones existentes aniquilan aquí, como en todas partes, los buenos propósitos y los anhelos generosos.

Como prueba de estas afirmaciones, es oportuno referir algunos hechos producidos entre nosotros, que demuestran la forma como ha existido la vinculación entre las distintas instituciones sanitarias del país.

Es el primero, el de la implantación de una Escuela de Enfermeras en la Clínica de Bellavista, allá por los años de 1905 a 1906. El entonces Director de Salubridad doctor Julián Arce, concibió la necesidad de preparar técnicamente al personal secundario de asistencia que se necesitaba en los hospitales, creando para el efecto una Escuela de Enfermeras. Como su iniciativa no pudo llevarse a cabo contando con el apoyo de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, fué necesario encomendar esta labor a la Clínica de Bellavista. Desde esa época ha funcionado dicha escuela de Enfermeras, que el Gobierno ha subvencionado anualmente. Sólo muchos años después, en 1915, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, creó su Escuela de Enfermeros, por el esfuerzo tesonero y por la enérgica defensa que de este organismo asistencial llevó a cabo el doctor Wenceslao F. Molina, a quien se deben muchas y muy buenas iniciativas de esa institución.

El segundo caso que vamos a referir es el que corresponde a la construcción del Asilo Colonia de alienados de Magdalena, hoy denominado Hospital "Víctor Larco Herrera" y a la instalación del primer Dispensario Antituberculoso por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Estas dos obras, la primera paralizada, y la segunda aplazada en su construcción, se llevaron a cabo por la acción ejercida, desde el punto de vista técnico, por el director de Salubridad Pública de 1914, doctor Abel S. Olaechea, uno de los más peritos y competentes médicos nacionales en asistencia médico-social. Por su insistencia la Sociedad de Beneficencia de Lima reanudó las obras del nuevo Manicomio, que se encontraban paralizadas, y que por sugerencias del Ministerio de Fomento se habían dedicado a una Escuela de Economía Doméstica. El director de Salubridad doctor Abel S. Olaechea, demostró a la Sociedad de Beneficencia lo urgente que era construir un nuevo Hospital de alienados, dado que el Manicomio del Cercado reunía muy pocas características de Hospital.

La construcción del primer Dispensario Antituberculoso se llevó a cabo, igualmente, por la influencia del mismo Director de Salubridad, que supo hacer valer su autoridad sanitaria sin lastimar las prerrogativas de la Beneficencia, que con muy buen agrado construyó el local del cual hoy se enorgullece, porque significó la primera obra de prevención que se ha efectuado entre nosotros, contra tan terrible enfermedad.

Los casos referidos son buena prueba de nuestra afirmación, a saber que la Dirección de Salubridad Pública apareció en el escenario institucional sin vinculación con las entidades con las que debió estar en inmediato contacto, para ir preparando la coordinación sanitaria en el país, la unificación de la técnica empleada para defender el capital humano, *la elaboración de un frente único contra la enfermedad y la muerte*, que hoy se proclama como una de las me-

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

didas más acertadas para conseguir eficiencia y éxito en la lucha contra las enfermedades evitables.

Por la desvinculación entre las instituciones sanitarias mucho dinero se malgasta, muchas vidas se pierden, muchos hombres dejan de ser elementos eficientes para la nacionalidad y muchas empresas de carácter médico-social se desacreditan en el Perú, cuando consiguen éxito indiscutible en otros países del mundo.

VI.—Lo que se llama Asistencia Publica en el Peru.

Cuando se analiza científicamente la organización sanitaria del Perú, se descubre inmediatamente la falta de unidad de doctrina y la aparición intermitente, esporádica y circunstancial de los diversos elementos que hoy la integran.

Una obra rinde tanto más provecho, cuanto más se ajusta a la realidad y más obedece a un plan definido, que evoluciona y se perfecciona a medida que el desarrollo de la colectividad lo exige, que la aparición de nuevas doctrinas lo modifican, sucediéndose todo esto sin que los lineamientos del edificio sufran en lo menor.

Entre nosotros, la sanidad pública no ha sido desde el principio organismo debidamente arquitecturado, debiéndose esto no a falta de preparación técnica de los que la han dirigido, sino a las tiranías del ambiente, a las limitaciones que siempre se ha puesto a la función sanitaria, a las cortapisas administrativas, legales, económicas y políticas que han aparecido en nuestro escenario gubernamental, esterilizando el esfuerzo y el empeño de los técnicos, aminorando el rendimiento de sus obras y en muchas ocasiones matando la iniciativa y destruyendo el entusiasmo, factor primordial en toda empresa y principalmente en aquellas que se refieren a la defensa de la estirpe y que se traducen por coeficientes demográficos, que sólo aprecian los técnicos.

La salvación de vidas, la disminución de los estragos de la enfermedad, aunque tienen el valor que poseen por sí mismas, son hechos que sin embargo no aprecia fácilmente la multitud; ésta se impresiona con los que enferman y con los que mueren, pero de la misma manera no experimenta idéntico movimiento afectivo ante la conservación de la salud y ante la prolongación de la vida. De aquí que los resultados conseguidos por la salubridad nacional, no merezcan comentarios favorables y sólo se hagan los adversos, cuando la muerte diezma o azota las poblaciones.

Estas consideraciones doctrinarias de un alto valor científico, no sólo deben ser disquisiciones para los técnicos; conviene divulgarlas a fin de formar poco a poco la conciencia sanitaria, que da facilidades para la obra, que aniquila obstáculos para la empresa y que, sobre todo, va formando el concepto de la colectividad, que debe ser preciso, exacto y definido por la acción educativa de los técnicos, sea con sus hechos o con sus aprestos por la organización y por el esfuerzo.

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

Desgraciadamente en el Perú no se comprende de modo cabal el concepto de las funciones asistenciales, tanto en las esferas gubernativas, cuanto en aquellos organismos que les toca actuar directa o indirectamente.

Prueba esta afirmación, lo sucedido con lo impropiamente llamado hasta ahora "Asistencia Pública".

En todas parte se conoce con el nombre de "Asistencia Pública" a los servicios nacionales o locales que se dedican a funciones preventivas o curativas. Los Hospitales, los Asilos, las diversas obras de preservación general y de amparo infantil, etc., forman parte de ese vasto organismo que cuida y defiende la vida humana y que es el armamento con que se lucha contra la enfermedad y la muerte. Dentro de él existe una sección, más o menos amplia según los recursos, que se denomina «*Servicio de primeros auxilios*» servicio de accidentados o departamento de emergencia, que tiene por objeto atender a los que sufren percances en la vía pública o a los que necesitan ser trasladados a los centros de asistencia hospitalaria.

En el Perú, donde rige el sistema de las Beneficencias, sistema muy parecido al de Chile, siendo éste más evolucionado que el nuestro, todo lo que se refiere a los primeros auxilios se ha denominado y se le denomina aún Asistencia Pública, pensándose que por realizarse en la vía pública los acontecimientos que demandan esta clase de asistencia, corresponde a estos servicios ese nombre. Habría que preguntarse si quien propuso esta denominación errónea, tuvo *in mente* para hacer la calificación, que el accidente se producía en la calle o que al accidentado se le asistía en la vía pública.

Al lado de esta confusión nominativa, no ha existido criterio definido para colocar esta repartición dentro del engranaje administrativo.

Cuando en 1911 se creó por Decreto Supremo la Asistencia Pública de Lima, se dijo entre sus considerandos que era "necesario atender a la profilaxia de las enfermedades contagiosas que diezman a las poblaciones y degeneran las raza" y "a la asistencia inmediata de los accidentes que puedan ocurrir en lugares públicos". Según el Decreto debía contar con dispensarios para la profilaxia de la tuberculosis, de las enfermedades venéreas, y de las enfermedades de la infancia; con una oficina para la lucha contra el alcoholismo y con un puesto de socorro para los accidentes. El mismo Decreto encomendó a la Dirección de Salubridad Pública la organización de ese nuevo elemento de asistencia médica.

En 1923, pretextándose que «era necesario ampliar y reorganizar los servicios que actualmente presta la Asistencia Pública de Lima, a fin de que sus beneficios alcancen la mayor extensión posible y desarrollar igualmente la campaña de defensa contra las enfermedades venereas, cuya propagación no constituye solamente un mal físico, sino que trae peligrosas consecuencias para la población del país», se resolvió que bajo la dependencia del Ministerio de Gobierno existiese un *Departamento de Asistencia Pública*, que «tendría por base la Asistencia Pública de Lima, y los sifilicomios que actualmente funcionan en Lima y Callao».

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

Un mes después se expidió un nuevo Decreto Supremo en el cual se expresaba "que era urgente proveer a la reorganización de los diversos servicios de la Asistencia Pública, como un medio de propender a la extinsión de los males sociales que trae consigo la degeneración de la raza y de fomentar la educación del pueblo inculcándole hábitos de templanza, mediante una atinada propaganda contra dichos males". La parte resolutiva del Decreto dispuso que el Departamento de Asistencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobierno y Policía, comprendiese un servicio de primeros auxilios y otro de profilaxia de las enfermedades venéreas.

Cuatro años después un nuevo Decreto Supremo disponía que el Departamento de Asistencia Pública pasase a ser dependencia del Ministerio de Fomento, fundándose en que este Ministerio es la repartición administrativa que se ocupa de la salubridad en la república.

Por la enumeración escueta de las disposiciones administrativas, así como por los fundamentos que las sustentan, se puede inferir el concepto que se ha tenido de las funciones de esta repartición pública y las directivas que se le han asignado.

Al crearse en 1911 la Asistencia Pública, se hace hincapié en la profilaxia de las enfermedades contagiosas que diezman las poblaciones y degeneran la raza y la necesidad de atender inmediatamente a los accidentados que se presenten en los lugares públicos. Estos considefandos atestiguan y explican el nombre dado a esta repartición sanitaria; se le llamó Asistencia Pública por que atendía a los accidentes que ocurren en los lugares públicos de la ciudad, pero además, se le asignó papel en la profilaxia de ciertas enfermedades contagiosas, ya que se creó en ella Dispensarios para la profilaxia de la tuberculosis, enfermedades venéreas, y enfermedades de la infancia, y oficina de propaganda contra el alcoholismo.

Estas diversas funciones que se asignaron a la primitiva Asistencia Pública de Lima, que al poco tiempo se ensancharon con un Consultorio para enfermedades de los ojos, significó un paso muy encomiable e interesante si se le analiza serenamente y a la luz de los principios de la técnica asistencial.

En efecto, Asistencia Pública es asistir enfermos, cualquiera que sea la naturaleza de la dolencia que los afecte y cualquiera que sea la clase de la asistencia que se prodigue, bien entendido que tienen superlativo interés sobre la asistencia curativa, los consejos y prácticas profilácticas. Es seguro que careciendo la Asistencia Pública de sección de hospitalización, tuvo que atender de preferencia a enfermos en los cuales, el grado y la intensidad de su doencia, les permitía convivir con los sanos, es decir, no hospitalizarse. Por este motivo la Asistencia Pública se colocaba en condición ventajosa a los hospitales, que casi siempre atienden enfermos con procesos morbosos avanzados, con pocas expectativas de curación o con escasas posibilidades de recuperación para el trabajo.

La asistencia curativa, tal como está organizada entre nosotros, casi siempre prodiga sus cuidados a enfermos cuyos males están avanzados o que se han hecho incurables. Sea por el grado de cultura de nuestro país, sea por las tiranías del ambiente, los hospitales se parecen mucho a los Museos de Paleontología, donde se exhiben

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

fósiles y donde actúan los paleontólogos. El médico que convierte en un paleontólogo, ya que observa procesos morbosos cristalizados, incurables, en los cuales no puede conseguirse la salud para alegría del enfermo, para satisfacción de la Sociedad en que se vive y para la mejor utilización de los inmensos recursos económicos que se emplean en el sostenimiento de los hospitales.

Si la Asistencia Pública hubiese continuado la marcha evolutiva que debió seguir a su iniciación, a ella le hubiese estado encomendado desarrollar esa parte de la asistencia médico-social que se orienta hacia la profilaxia, hacia la prevención de las enfermedades. La creación de los Dispensarios con que fué dotada, debió constituir el principio de la asistencia profiláctica que entre nosotros se ejercita en muy poca escala. Si desde 1911 se le hubiese ordenado y sistematizado debidamente, ella habría adquirido papel importante en la prestación de los servicios médico-sociales de nuestra urbe, obteniéndose positivos resultados e inculcándose en las masas las ideas de prevención o profilaxia, en vez de las de cura o asistencia que tienen menos importancia. Conseguida esta ilustración de la colectividad, fácil hubiera sido el ingreso a nuestro medio de la necesidad del *examen periódico del individuo*, que no por creerse sano deja de ser examinado por los médicos, que así pueden despistar a tiempo un proceso morboso que se inicia, una dolencia que ha pasado inadvertida o un trastorno funcional, que de pasajero puede tornarse con el correr del tiempo en algo orgánico, definido, incurable.

Desgraciadamente la primitiva Asistencia Pública de 1911, no siguió una marcha evolutiva, que por la ampliación del radio de sus actividades, hubiese llegado a constituir una verdadera Asistencia Pública. Parece que entre nosotros existiese un *sino* maléfico en todo lo que se refiere a la función sanitaria, parece que se cerniese sobre la vida de nuestros pobladores todo lo que puede significar menoscabo para su valor y regateo para los recursos con que hay que dotar a los organismos que tienen por misión defenderlos de la enfermedad y la muerte. Si esto no sucede, se presenta otra contingencia, otro hecho que el que analiza serenamente la evolución sanitaria del país, sorprende con pena y pesimismo. Las doctrinas bien concebidas pronto se abandonan, se reemplazan por otras que no satisfacen los postulados científicos y que lejos de hacernos progresar en materia sanitaria, nos hacen retroceder en el camino recorrido. Por eso es dable sorprender que muchos problemas sanitarios que se han debatido hace muchos años, continúan sin habérseles solucionado y los conceptos expresados hace mucho tiempo, resultan de actualidad inmediata, cuando se les revisa. Leyendo las publicaciones médicas peruanas de fines del siglo pasado o de principios del actual, se encuentra con que las ideas sostenidas en esos trabajos corresponden a necesidades del momento presente, atestiguándose con esto que no se ha avanzado con paso firme en el camino de defender la salud pública y que en nuestro organismo asistencial no se han incorporado todavía los modernos elementos de la técnica curativa y preventiva.

¿Porqué, se preguntará alguien, sucede esto en el Perú? La respuesta la daremos inmediatamente; porque los técnicos, los médicos capacitados, no han dirigido en el país las cuestiones sanita-

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

rias y porque no han gozado de toda la independencia y latitud, que ya han alcanzado en otros países.

La Asistencia Pública no ha escapado al *sino fatal* que persigue a todas las instituciones sanitarias del país. Su organización de 1911, fué destruida en 1923, colocándosele bajo dependencia del Ministerio de Gobierno y reduciéndole sus actividades a la curación de los accidentados y a la profilaxia de las enfermedades venéreas.

En el decreto de esa época, modificado en el trascurso de un mes, se pensó únicamente en la asistencia de los accidentados en la vía pública y en la curación y reglamentación del meretricio. Es inexacto hablar de profilaxia de enfermedades venéreas, llevándose a cabo únicamente la vigilancia de la prostitución y la asistencia de los enfermos atacados de dolencias provenientes de Venus.

La profilaxia de estas enfermedades no se realiza únicamente con estas dos actividades; ellas solo son dos aspectos del vasto plan que conviene desarrollar para defender al individuo y a la raza de ciertos padecimientos que atacan a la humanidad, en medio de la civilización, de la cultura y del progreso.

En el decreto que coloca a la Asistencia Pública bajo la dependencia del Ministerio de Gobierno, se habla de la necesidad de comenzar la educación del pueblo inculcándole hábitos de templanza, mediante una atinada propaganda. No hay duda que por desconocimiento del lenguaje, los que redactaron el Decreto se refirieron equivocadamente a la *templanza* en lugar de la *continencia;* templanza es la difusión de las prácticas contra el alcoholismo, la propaganda de todo aquello que contribuya a disminuir el uso de las bebidas alcoholizadas; continencia es la morigeración y educación del instinto sexual, por medio de una orientación que sublimiza los apetitos psicosexuales y que encamina dentro del celibato hacia la realización de una Venus íntegra fuera de la prostitución.

Reducida a su más simple expresión la Asistencia Pública de Lima, fué colocada de nuevo en el Ministerio de Fomento el año 1927, sin especificarse en el Decreto su relación con la salubridad pública. Desde esa época se han creado nuevas asistencias públicas en diversas ciudades del país, limitándose todas a la curación de los accidentados en la vía pública.

Como se ve se ha perpetuado en el Perú, un concepto erróneo de lo que es Asistencia Pública, adjudicándosele labor limitada, circunscrita a una parte, a la más pequeña en el conjunto de las funciones que desempeña en casi todos los países. Se le ha añadido labores antivenéreas, más que con criterio profiláctico, con pensamiento policial de vigilancia y contralor del meretricio, dado el predominio entre nosotros de la vigilancia de la prostitución, que tiene muchas falacias, que no satisface los fines que trata de conseguir y que cada vez ofrece más fracasos ante el análisis de los hombres de ciencia y de los trabajadores sociales.

Esta rápida enumeración histórico-administrativa de lo que se llama entre nosotros Asistencia Pública, revela que en el Perú no existe un concepto cabal y científico de este organismo sanitario, que al creársele no se tuvo presente la terminología científica, los acuerdos de los hombres de ciencia y los dictados de las grandes organizaciones mundiales, que tratan de uniformar el criterio de los

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

que se dedican a las cuestiones de la salud pública y de generalizar en todas partes un tipo de organización, mudable en sus detalles según los países, pero siempre el mismo en sus aspectos doctrinarios y técnicos. La vida humana debe apreciarse en todas partes con igual interés, suscitando idénticos esfuerzos para defenderla de todo aquello que signifique menoscabo, enfermedad, degeneración o muerte.

La mortalidad infantil y los certificados de defunción

Por el Dr. ENRIQUE L. GARCIA

Las informaciones suministradas por nuestras estadísticas oficiales acerca de las causas de la mortalidad de nuestros niños, son notoriamente deficientes e inadecuadas, para permitir al higienista deducir de ellas conclusiones y reglas de defensa contra esas causas de muerte.

Hoy vamos a considerar un solo punto de vista: se refiere al alcance de los datos que sirven de base a esas informaciones; al rubro que debe llenar el médico asistente en la papeleta de defunción que dice: "*Enfermedad causa de la muerte*". El médico contesta: tal enfermedad. Está bien. Pero no se le debe admitir la papeleta cuando emplee sólo un término genérico, por ejemplo, enteritis, bronco-neumonia, sin especificar cuál bronco-neumonia, etc., etc.

Computando los datos obtenidos con esas papeletas sólo se puede llegar a saber que en las poblaciones hay muchas enteritis y muchas bronco-neumonias mortales, es decir, que se trata de una población malsana y descuidada; pero seguiremos ignorando cómo se generaron esas enfermedades, cómo evolucionaron, y lo que es primordial, cómo sería posible evitarlas en el porvenir.

Lo más que podría afirmarse es que se trata de infecciones a las que habría que oponer una labor antiinfecciosa; pero este concepto unilateral ha pasado de moda ante un examen profundo y ante la realidad de los hechos. Sin negarle su valor al gérmen, la nueva Patología constitucional, está fundada sobre la multiplicidad de los factores etiológicos; tanto el "causalismo" de Martius como el "condicionalismo" de Verworn son partes ineludibles en la obra profiláctica moderna.

Entonces hay que profundizar más la investigación. Sigamos los ejemplos citados. Cuando se escribe bronco-neumonia, no se sabe si fué primitiva (cosa muy cuestionable) y si fué secundaria, como es la regla; ignoramos si fué gripal, post coqueluchosa, tuberculosa, morbillosa, etc. etc.; así, pues, habrá que agregar a la

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

denominación genérica, la específica bronco-neumonia gripal, tuberculosa, etc., si se trata de una enteritis, se escribirá: enteritis amebiana, estival, gripal, etc., etc. Pero, para llegar a conclusiones formales, no basta con estas especificaciones, porque esas mismas enfermedades bronco-neumonia y enteritis, por ejemplo, se presentan mucho más frecuentemente y ofrecen mucho mayor gravedad cuando los gérmenes encuentran un terreno propicio a su recepción; las distrofias por alimentación, por constitución o por infección anterior, la sífilis y la tuberculosis en primera fila, no solamente abren francamente la puerta a otras infecciones, sino que las precipitan hacia una crisis fatal, al punto que puede decirse que, en la mayoría de los casos, la defunción no es ocasionada por la bronco-neumonia o la enteritis sino por el estado distrófico o infeccicso anterior. Igual cosa se puede repetir respecto a casi todas las enfermedades.

Por esto sería conveniente que el médico, al expedir la papeleta de defunción, anotase siempre el estado anterior del fallecido, sus taras, y, en cuanto fuese posible, las infecciones crónicas anteriores, particularmente, la sífilis y la tuberculosis.

La papeleta debe ser concebida así: "Enfermedad" (diagnóstico genérico y específico de la enfermedad terminal).

Distrofia? — Si es posible, peso del fallecido.

Raquitismo?

Estado anterior:

Lues? — No emplear la palabra sífilis.

TBC? — No emplear la palabra tuberculosis.

Otros datos anteriores.

Duración de la enfermedad terminal.

Al hacer los cómputos estadísticos con estos datos y los demás que registra la papeleta, estaría el demógrafo en la posibilidad de descubrir y apreciar la influencia que han tenido los diversos factores etiológicos combinados, no solamente en la generación sino en el curso de la enfermedad que ocasionó la defunción.

La participación de cada uno de esos factores puede ser expresada numéricamente, conforme a la fórmula de von Scht y Pfaundler, y se puede construir curvas que registran lo que los mismos autores llaman sintropias, neutrotopias y distropias, que expresan el índice de complicidad de los factores etiopatológicos, su neutralidad y su oposición. Se comprende el valor que tendrán en la profilaxia, estas investigaciones seriamente recogidas en la localidad.

"Dios le ampare a usted, hermano", es una bendita frase cuando el que la pronuncia no puede amparar al que la implora, cuya pena compadece; pero suele ser una fórmula hipócrita que se aplica con los labios y se desmiente con el corazón.

CONCEPCION ARENAL.

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

La protección maternal y la puericultura en la Argentina

Por el Dr. LEOPOLDO BARD

Docente Libre de Higiene en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

Existe en materia de protección maternal y puericultura, una verdadera anarquía en la Argentina; instituciones de toda clase y de toda índole, cuyo mérito y cuya preocupación, es digna del mayor elogio, pero que no ralizan una acción uniforme e inteligente, pululan en nuestro ambiente; en su casi totalidad perciben sendas sumas de los presupuestos nacionales, provinciales, municipales y de instituciones para cuyo funcionamiento leyes y ordenanzas, establecen que deben contribuir al sostenimiento de las entidades llamadas de beneficencia.

No discutimos la buena voluntad que se pone al servicio de una obra, tan trascendental y fundamental en la vida de una nación, su preocupación por la maternidad y la puericultura; pero es el caso, que este género de preocupación necesita, no solamente buena voluntad, sino preparación en esta materia, una orientación clara y una unidad de pensamiento y de acción; de otra manera se malgastan energías, ingentes sumas de dinero, y solamente se obtiene un beneficio relativo. Para satisfacer imperativos claros y precisos, las instituciones de asistencia social, deben tener una estructura científica; cualquiera no puede dirigirlas y orientarlas; no discutimos los antecedentes personales y la honestidad de quienes manejan o dirigen obras de Asistencia Social; sus propósitos son dignos de respeto y admiración, pero cuánto se ganaría, si se aprovechara esta buena voluntad de quiénes, con propósitos tan plausibles, quieren contribuir en el esfuerzo de la obra, orientándolos, dirigiéndolos, y unificando todo ello en una senda, para poder obtener de tal manera una eficencia técnica dentro de postulados científicos, y tratando que gradualmente se llegue al mayor perfeccionamiento.

El Estado no puede, bajo ningún punto de vista, delegar funciones que le son inherentes, por la importancia fundamental en la vida de una nación; puede sí aceptar, pero siempre dirigiendo y fiscalizando, a toda institución privada que trate de orientar sus actividades en la preocupación de los problemas de la Asistencia Social, en sus distintos aspectos. Es el Estado, el que debe hacer primar criterios claros, definidos, y por procedimientos que se orienten dentro de una estructura científica.

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

Uno de los proyectos con que me inicié como diputado nacional en el Congreso Argentino, fué la creación del *Departamento Nacional de Protección Maternal y de Puericultura*, dependiente del Ministerio del Interior.

Recalqué en esa iniciativa que en la Capital Federal todas las instituciones que reciban subsidios o asignaciones del presupuesto nacional destinados a la infancia y realicen en forma directa o indirecta la protección maternal, pasarán a depender de este Departamento, a los efectos de su contralor técnico y administrativo.

El Departamento Nacional de Protección Maternal y de Puericultura tendría por fín: 1ª. El amparo moral y materialmente a la mujer durante el período del embarazo, del puerperio y a su hijo creando las instituciones que sean convenientes;

2ª. La asistencia médico-obstétrica de aquellas embarazadas, parturientas y puérperas que por su situación necesitan ser ayudadas, para lo cual se crearán las instituciones convenientes;

3ª. La defensa jurídica de estas mismas, así como también la profilaxia e intervención judicial en los casos sospechosos de aborto criminal.

El Departamento Nacional de Protección Maternal y Puericultura propenderá a la creación de las instituciones que estime conveniente en el sentido de dar amparo moral y material al niño desde que nace, difundiendo y aplicando los principios y métodos científicos de higiene de los niños, ya sea en las familias o bien en los establecimientos públicos o privados de educación, de asistencia y previsión.

El amparo moral y material para la madre y el niño, comprende los mismos derechos, a la madre soltera y a la casada, al hijo ilegítimo y al legítimo.

El Departamento Nacional de Protección Maternal y de Puericultura creará o ampliará lo que se refiere a la asistencia médico-obstétrica, consultorios externos, hospitalizaciones, maternidades comunes, maternidades especiales, primeros auxilios obstétricos y asistencia domiciliaria de partos.

Las instituciones que se crean con los fondos de la presente ley, pasarán a depender de las municipalidades respectivas, las que también recibirán las subvenciones necesarias para su mantenimiento.

Josephie Baker en su obra: *Puericultura municipal e higiene infantil en los Estados Unidos*, refiere que el Negociado de Higiene Infantil de la ciudad de Nueva York fué el primero que se estableció dentro de su clase. Cuatro o cinco años tuvieron que pasar después de su establecimiento, antes que se organizara el segundo Negociado de Higiene Infantil que fué el del Estado de Nueva York. Ahora hay 30 Estados que poseen oficinas de esta naturaleza y casi no hay ciudad de importancia de los Estados Unidos que no tenga algún método por el cual el municipio cuide el bienestar de los niños. La base fundamental de los negociados de higiene infantil es la idea de conservar bien a los niños. Su organización obedece a dos pensamientos: primero, que debemos conservar a los niños en buen estado de salud y sólo en segundo término intentar la cura de

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

los enfermos; y segundo, que debemos siempre considerar al niño como un niño y no como una serie de incidentes o de enfermedades. En otros términos, debemos trabajar desde el niño como centro hacia sus actividades y no de las actividades del niño hacia el niño mismo.

Los departamentos de salubridad tienen por lo común divisiones de enfermedades contagiosas, de saneamiento, de hospitales, de laboratorios y de alimentos y medicinas. Todos ellos trabajan dentro de planes definidos con funciones específicas. Las divisiones de higiene infantil se diferencian en que su especialidad esencial es la vida misma, y sus funciones abarcan un grupo humano de una edad determinada. Incluyen todas las actividades de las otras divisiones.

Entre las funciones que tienen los servicios sanitarios infantiles, señalados por Baker en esta publicación, están:

1ª. Vigilar a las madres en cinta durante la preñez, el parto y durante un mes después del nacimiento del niño.

2º. Aconsejar a las madres con respecto al cuidado y a la alimentación de los niños.

3º. Promover, obtener y sostener, completa o parcialmente, el amamantamiento que es la medida esencial para salvar la vida de los niños.

4ª. Proporcionar, siempre que sea necesaria, la alimentación artificial, leche limpia, sana y de buena calidad, a un precio más bajo que el del mercado a quienes no pueden pagar los precios corrientes.

5º. Evitar por medio de medidas educativas y profilácticas de higiene infantil, las enfermedades de la infancia, causadas por errores dietéticos o vida insalubre, y por medio de enseñanzas tendientes a aumentar la resistencia de los niños y reducir a un mínimum las posibilidades de enfermedad.

6º. Servir como centros de información o centros comunales, donde puedan ír los habitantes de las cercanías en busca de ayuda, con respecto a la salud y bienestar físico de la familia entera.

7º. Llevar al hogar reglas de vida sanitaria tendientes a efectuar no sólo una reducción de las enfermedades y mortalidad infantiles, sino también a promover indirectamente la salud y el bienestar general de la familia entera.

8º. Proporcionar lugares donde durante todo el año pueda suministrarse vacuna, ahorrando así al público los gastos y las incomodidades de viajar a las distintas oficinas municipales para obtener dicho servicio.

9º. Examinar a los niños de edad preescolar (dos a seis años) para determinar los defectos físicos que no se hayan descubierto y que sean obstáculo para su bienestar y procurar la corrección necesaria.

10º. Cooperar con otros departamentos de la ciudad, tales como el de limpieza de las calles, el de casas de vecindad, el de incendios, el de provisión de agua, el de gas y electricidad, etc. llamándoles la atención por medio de los conductos debidos hacia cualquier infracción de sus medidas reglamentarias respectivas que descubran los empleados de las estaciones sanitarias infantiles.

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

11°. Conservar un cuerpo de inspectores de emergencia, día y noche, para visitar niños enfermos.

12°. Organizar "Ligas de madres pequeñas", de niñas de doce años de edad o más, para enseñarles los principios fundamentales de la dieta y el cuidado de la infancia y prepararlas para el cuidado de sus hermanitos y hermanitas y para ser madres competentes en lo futuro.

13°. Obtener la pronta admisión de los niños enfermos en los hospitales.

14°. Obtener la pronta admisión de las madres encinta en las instituciones de maternidad.

15°. Obtener la pronta admisión de los niños en asilos temporales durante la enfermedad de sus madres o durante los períodos en que las madres sufran operaciones en los hospitales.

16°. Obtener la pronta admisión de niños en las casas dedicadas al cuidado de la infancia durante el día (*day nurseries*) cuando las madres estén obligadas a trabajar.

17°. Obtener la pronta admisión de madres y niños en establecimientos veraniegos o de convalescencia.

18°. Obtener excursiones para niños durante el verano.

19°. Obtener hielo gratis para familias pobres que lo merezcan, para la conservación adecuada de la leche.

El profesor de Pediatría de nuestra Escuela de medicina, Doctor Mamerto Acuña, señala en una interesante publicación hechos que merecen ser comentados: la asistencia particular a las parturientas pobres como la que se les presta en los consultorios de los hospitales, demuestran que entre las personas menesterosas, la confirmación de un embaraza engendra en ellas, inmediatamente, la idea de interrumpirlo. Y cuando se resuelven a ingresar en un establecimiento hospitalario por temor a las consecuencias de un aborto provocado, lo hacen con el pensamiento de permanecer en ellos mucho más del tiempo necesario.

En uno y otro caso no disimulan, esas infelices, la desesperación que les produce su estado de embarazo a causa de la indigencia en que viven y lloran la desgracia de ser madres como si estuviesen condenadas a no sentir el más noble, el más tierno, el más leal de todos los afectos.

Como no les es posible permanecer asiladas más del tiempo necesario, porque en ese constante movimiento de renovación es indispensable dejar sitio a las que esperan, vuelven con su hijo al hogar sin poder reingresar en él, al trabajo que les aseguraba los medios de subsistencia, porque no son admitidas.

Todo es sombrío, en este cuadro de miseria; el padre incapacitado para toda labor, o mendigándola sin encontrarla; la madre ansiando libertarse de los cuidados que le reclama el recién nacido o abandonándolo para atender todas las demás exigencias del hogar, sin dejar una sola; y los otros hijos, cuando los hay, mostrando en sus caritas pálidas y en sus ojeras pronunciadas, las huellas del padecimiento y del hambre.

En cuanto a las madres solteras, Pinard ha dicho: "Rechazadas de la fábrica, el taller o la tienda porque su hijo no les permite llenar

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

cumplidamente las exigencias del trabajo encomendado y porque serían ejemplo deplorable para sus compañeras, y arrojadas de la familia porque constituyen una vergüenza para sus padres y parientes, esas desgraciadas son echadas a la vía pública como si fueran pestíferas".

He aquí porque las madres indigentes que no se han resuelto a interrumpir un embarazo, hacen después abandono de sus hijos, entregándolos precozmente a una alimentación artificial; causa de trastornos intestinales, que engrosan la estadística de la morbilidad primero, y de mortalidad después.

Nobecourt, en sus *Lecciones prácticas sobre alimentación de los niños de pecho*, dice: "La madre tiene el deber de criar a su hijo, su papel no termina en el parto; así como asegura el desarrollo del nuevo ser durante la vida intrauterina, debe asegurarla después del nacimiento, susministrándole el único alimento que le conviene. Es esta una ley natural a la cual no le es permitido substraerse".

El niño precozmente destetado va directamente al raquitismo, la escrófula o la muerte. Este es el principal origen de la mortalidad en la primera infancia.

El ilustre higienista doctor Emilio Coni, en sus libro sobre *Asistencia y Previsión Social*, en el capítulo que trata de la protección a la primera infancia, dice: Antes de la oficialización de los servicios de protección a la primera infancia, sucumbieron en Buenos Aires, por cada mil nacimientos diarios, ciento dieciseis de un año y 220 por cada mil defunciones generales. Desde el año 1913 hasta el presente (1916) la mortalidad fué en 1913 de 102 niños menores de un año por mil nacimientos y 200 por cada mil defunciones generales; en 1914, de 96 y 198; en 1915, de 98 y 175, y en 1916, de 92 y 167".

Significarían estos datos estadísticos que después de ocho años de lucha, se ha reducido la mortalidad infantil relacionada con la mortalidad, en 18 niños por mil, y en 42 por mil la comparada con las defunciones generales; en otros términos: en el año 1916 hubo sobre el de 1908, una economía de 800 vidas infantiles y los 4,079 fallecimientos de menores de un año que se produjeron representan una diferencia a favor del año 1916 de 1.198 niños sobre la totalidad de las defunciones generales, que ascendieron a 26.153.

Es de observar que esta apreciable reducción de la mortalidad infantil no se ha operado sobre las cifras de las enfermedades del aparato respiratorio, sino sobre las del aparato digestivo que en todos los países constituyen el factor por excelencia de la mortalidad infantil del niño menor de un año, ocasionada comúnmente por la ignorancia de las madres acerca de los procedimientos de la higiene, alimentación de sus hijos, por la escasez, por regímenes dietéticos defectuosos, etc.

Se desprende de esta estadística que el porcentaje de la mortalidad en la primera infancia es aún elevado y se hace necesario reducirlo. "Ese es el fin a realizar; el resultado que hay que esperar y para ello es necesario no separar al niño de la madre, que es la verdadera protección de la infancia".

Así lo ha dicho el mismo Pinard en su obra ya recordada. Sergi, en *Los deberes actuales de la eugenia*, dice: "Pero un período de la

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

vida humana interesa particularmente a la eugenia; la infancia; esto es, aquel estado inicial de la vida desde el nacimiento en adelante, que es el más delicado, el más peligroso, respecto de la vitalidad y de las relaciones con las varias condiciones de existencia. Y este estudio de la vida interesa tanto mayormente cuanto que la infancia debe suministrar el adulto, y de una infancia mejor conservada en las condiciones normales, podemos esperar un desarrollo igualmente normal". (Versión española de Víctor Delfino).

El distinguido profesor Ubaldo Fernández señala respecto a la mortalidad infantil, los siguientes datos: "La Argentina, con sus treinta y seis por ciento de natalidad y su quince y dos por ciento de mortalidad general, ocupa un lugar bien honroso entre los demás pueblos de la tierra; pero su mortalidad infantil en el primer año de la vida registra cifras (21 por ciento) muy poco halagadoras, casi tan elevadas como las dadas por los pueblos de mayor mortalidad".

En nuestro país nacen al año alrededor de 287 mil niños viables y mueren 45 mil antes de cumplir dos años de vida. (Censo nacional de 1914). De modo que en todo el territorio de la República muere un niño menor de dos años cada doce minutos.

Y si tenemos presente que en Buenos Aires mueren al año 4.500 niños menores de un año, (censo Nacional de 1914), resulta que en el perímetro de la Capital, y solamente en la categoría de los lactantes, muere un niño cada dos horas. Y si no tratáramos de remediar esta triste situación, nuestro despoblado país perdería en el porvenir, cada treinta años, sólo a causa de su mortalidad en la primera infancia, un número tan considerable de habitantes de (1.500.000) que ellos solos nos alcanzarían para poblar una nueva Buenos Aires actual.

Considerando todas las edades de la vida, la mortalidad infantil ofrece cifras tanto más elevadas cuanto más nos acercamos a la menor edad.

Es, pues, en ese primer período de la vida, cuando debemos apartar a la madres de la indigencia, para que puedan prestar a su hijo todos los cuidados que éste reclama, y alejarla de la necesidad de buscar el sustento aprovechando el estado de lactancia, que le permite criar a otros hijos mientras abandona el propio en manos extrañas.

La "nodriza mercenaria" es un peligro real que debemos conjurar y es también otro de los resultados de esa situación anormal en la que la madre, el ser amantísimo, capaz de todas las ternuras, de todas las abnegaciones y de todos los sacrificios, termina negando a su hijo el derecho de prolongar su existencia. Ella constituye un doble peligro: para su propio hijo, porque le retira sus cuidados y el solo alimento que le conviene, y para el niño que cría, hijo de otros padres.

El primero, como el segundo, caen en los riesgos de esa sustitución que es casi criminal; y en uno y otro caso quedan jirones del amor maternal preparando el espíritu para situaciones anormales que más tarde se desarrollan y provocan acontecimientos que la humanidad repudia y condena.

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

"Es ya tiempo — decía Pinard en 1890—, de comenzar la cruzada en favor de la desaparición de la "nodriza mercenaria".

Mientras las madres lacten a sus hijos, los peligros de muerte para estos últimos serán menores; el amor maternal se desarrollará y el abandono se hará más raro.

Esta cruzada de oposición a la nodriza mercenaria no dará resultado mientras no desaparezca el principal factor que la produce.

Ninguna madre, por propia inclinación, retira el alimento a su propio hijo para entregarlo al hijo de otros padres. Lo hacen porque ven en esto el único medio de obtener ventaja que las aparte de la miseria. Las necesidades, cuando son impostergables, tienen mandatos imperativos a los cuales no es posible sustraerse.

Está así demostrado:

1°.—Que la indigencia de los padres es, casi siempre, la que determina a interrumpir el embarazo.

2°. Que ese mismo estado de indigencia es el que lleva a la madre al abandono del hijo o al crimen.

Bertillón, en la *Revue d'Hygiene*, de París, dice: "Estudiando la mortalidad de París, lo más a menudo el crimen no interviene en el momento del nacimiento, sino antes", y que "la miseria es la causa determinante".

3°. Que el abandono del hijo por la madre es el factor principal en la mortalidad de la primera infancia.

4°. Que la necesidad del sustento es la verdadera productora de la nodriza mercenaria.

En resumen: es el estado de pobreza el principal origen y causa de los males enunciados.

¿Cómo combatirlos?

Suprimamos la causa y habremos suprimido los efectos.

Pinard ha dicho: "Quitad a esas mujeres las preocupaciones del mañana, más por sus hijos que por ellas mismas, y ellas esperarán tranquilas el tiempo necesario para reponerse después del parto".

Una buena institución de Buenos Aires es el "Club de Madres" que realiza dentro de la medida de su alcance una interesante obra. "Los clubs de madres son instituciones de cultura con un objeto primordial, que casi está demás señalar después de haberlo nombrado: el bienestar de los hijos".

Con el deseo de ayudarse unas a otras en la difícil tarea de criar a sus niños, las madres se unen para resolver entre todas las cuestiones más o menos graves, pero siempre muy importantes, puesto que se refieren a lo más valioso que poseen, que se les presentan a cada paso en el seno de los hogares. La mayor parte de entre ellas no han recibido una educación especial que las habilite eficazmente para el desempeño de su misión; las más afortunadas que han podido adquirir conocimientos de puericultura y nociones de pedagogía antes de casarse, se encuentran con harta frecuencia obligadas a dar solución a dudas que no habían sido previstas en sus estudios técnicos. Reuniéndose, comunicándose sus observaciones y sus dudas, estudiando juntas los diferentes aspectos de cada cuestión, leyendo en común libros escritos por especialistas en la materia, y en todas las diversas formas a que se presta la cooperación, facilitan su tarea en gran beneficio de sus pequeños.

Universidad del Perú. Decana de América

Ocurre entonces que, ensanchando su espíritu por el estudio y la observación de la naturaleza del niño y de todos los problemas sociales que se relacionan con él, sienten la necesidad de llegar hasta sus hermanas menos favorecidas por la suerte para hacerles palpar las ventajas de estar preparadas para preservar a sus hijitos de cuantos peligros los amenazan. Acercándose a ellas para trasmitirles aquellos conocimientos que consideran indispensables, se encuentran en presencia de los anacronismos de la organización social y de las tiranías de la miseria; de aquí que muy a menudo que lo que empezó siendo obra de divulgación científica, por decirlo así, termina completándose con una obra de caridad. La dificultad está precisamente en estos casos, en no desviarse demasiado de la verdadera ruta y descuidar lo permanente por atender lo transitorio.

En los Estados Unidos de Norte América es donde se han fundado los primeros clubs de madres. La iniciativa fecunda en buenos resultados, para la familia y para la colectividad, se ha extendido muy rápidamente en aquel inmenso territorio tan densamente poblado y tan ávido de mejorar y de perfeccionarse.

La protección a la madre, es el fundamento de toda propaganda, y de toda acción a favor de la salud y de la vida del niño; si queremos que el niño viva, debemos prestar a la madre, todo el apoyo necesario, para que ella llene su misión de acuerdo con la naturaleza en todos los momentos de la gestación y después en todo el período de la lactancia.

Tenemos exclusivamente en cuenta a la madre menesterosa, que es la que ofrece contingente más importante de morbilidad y de mortalidad en el recién nacido, generalmente imputable a la miseria y el abandono.

Si pueden mirarse como exageradas y hasta inconvenientes a la misma conservación del ser, las leyes restrictivas al trabajo del hombre, consideramos que la mujer debe ser garantida a este respecto de acuerdo con su naturaleza e inferioridad fisiológica; cuando la circunstancia la obliga a buscar en el trabajo y en el taller, los medios de subsistencia, debe protegérsele en forma que no resulte perjudicada la maternidad, que es el fin de la mujer, desde el punto de vista social.

Las leyes que limitan al trabajo de la mujer, que imponen el descanso obligatorio antes del parto y después del parto, completadas con las indemnizaciones correspondientes, no pueden ser miradas sino con grandes simpatías, porque al mismo tiempo que llenan una necesidad humana, benefician al pequeño ser, que es, el porvenir de la raza.

Cuando la mujer para ganar la vida debe ser obrera, la maternidad peligra y sobre todo peligra la vida del hijo.

La sociedad y el Estado, están comprometidos en que este mal resulte, lo menos mal posible. La ley sancionada en Francia en 1913, llamada Ley Strauss, puede servir de modelo; por ella se establece que la mujer durante las cuatro últimas semanas de su gestación, y las cuatro semanas que siguen al parto debe interrumpir su trabajo. El patrón está obligado a una indemnización diaria que aumenta si ella cría su hijo. La mutualidad maternal es una institución muy generalizada que tiende al mismo fin previa una pequeña

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

retribución de tres francos por año; la madre recibe durante las seis semanas que siguen al parto doce francos por semana.

En Norte América, se ha obtenido una considerable disminución de la mortalidad infantil, con la protección maternal a domicilio de la madre pobre, y asistencia bajo la dirección médica, de nurses especiales, que vigilan los cuidados de la madre y del hijo, durante las tres o cuatro semanas primeras, que siguen al nacimiento. Otras instituciones públicas y privadas, buscan realizar la protección de la mujer, pero vamos a referirnos especialmente a la madre soltera, porque es la que ofrece interés desde el punto de vista que nos ocupamos, recordando que el aborto, el infanticidio, el abandono del niño, la mortalidad del recién nacido, son hechos que le están esencialmente vinculados. Es ésta la consecuencia en primer término del repudio familiar y social y en segundo lugar de la falta de medios de defensa. No trataremos de discutir lo primero, que eso está en las costumbres, en la educación y en las exigencias de una buena organización familiar, como base del bienestar social; pero producido el hecho debemos extender la mano a esas desgraciadas víctimas de la ignorancia o del error, para salvar a ella y salvar a sus hijos, al mismo tiempo que debemos procurar que se repare el daño producido, responsabilizando al autor del hecho, en la forma posible.

Las instituciones que permiten el refugio de la madre soltera durante todos los momentos del embarazo, llenan una necesidad de primer orden; organizadas en forma de disciplina y de trabajo redundan en beneficio y en comodidad para las asiladas. Las maternidades secretas tienen indicaciones más limitadas pero ellas completan la obra de protección maternal. La existencia de estas instituciones debe ser ampliamente conocida, para que la ignorancia, como ocurre con frecuencia, no sea un motivo para que el embarazo se mantenga dentro de la mayor violencia para ocultarlo y que llegados los momentos del parto se busque en el infanticidio, la manera de borrar la falta cometida.

Producido el parto, la madre soltera debe conservar su hijo, lo que no es fácil dado el completo aislamiento en que generalmente se encuentra; como consecuencia el hijo va al asilo y ella vuelve a sus tareas de servicio para reincidir en breve término. Es el momento en que deben ponerse en práctica los medios de evitar el abandono del niño buscando la conservación de la madre y del hijo como acción moral y como acción humana. Este desideratum puede realizarse con el auxilio pecuniario a la madre de acuerdo con la fórmula de Lagneau. La madre pagada como nodriza de su hijo, que es salvadora cuando es solo la miseria la que determina la separación de la madre y del hijo pero, que es insuficiente y sin resultados en la mayoría de los casos de madre soltera por el aislamiento en que se encuentra. El procedimiento húngaro llena finalidades esenciales con resultados prácticos de los más satisfactorios; consiste en la colocación en familia como pupila del Estado o de la Asistencia Pública durante un año, de la madre con el hijo. El Sauglinsheim de Berlín, es una institución admirable que satisface esta exigencia filantrópica, dando albergue y mantenimiento a la madre durante

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

un año. En París la fundación Lanelongue tiene también por objeto proteger a la madre soltera, a fin de estimular la maternidad, con la lactancia de su hijo, durante el período más necesario.

Un ilustre Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de Montevideo, ha señalado la obra que se ha realizado en la República Oriental del Uruguay, a propósito de la protección maternal y las ventajas y fallas de la misma; datos que reputo de gran valor por la autoridad indiscutible de quien las emite.

Dice el profesor Morquio, de Montevideo:

Entre nosotros algo se ha hecho también en este sentido y aún queda mucho que hacer; es conveniente señalar este progreso esperando que sirva de estímulo para proseguir en una obra tan altamente humanitaria. Nuestra maternidad inaugurada hace pocos años, ha venido a llenar una necesidad muy sentida. Sus instalaciones amplias, su organización rigurosamente científica, son una garantía para la madre y el hijo. Esta hermosa institución se complementa con el servicio de asistencia secreta, con policlínicos y con el servicio de protección maternal a domicilio.

El servicio de protección maternal que funciona desde Mayo de 1915, tiene por objeto la defensa y el amparo de las madres desvalidas abandonadas o temporariamente imposibilitadas para atender a su cuidado y subsistencia durante su embarazo, el parto y el post parto. La institución Pro Mater, anexada al servicio de protección maternal constituye una obra de protección a la mujer próxima a ser madre, continuando esta protección mientras dure la lactancia del niño. Los fines principales son los de facilitar los medios de evitar el abandono del niño, oriéntandola hacia el camino del bien y proporcionándoles la protección moral y material.

Desgraciadamente los casos son numerosos y los recursos limitados; la mitad poco más o menos de estos niños van a formar parte de la cuna del Asilo Dámaso Larrañaga (Expósitos y huérfanos). Finalmente la Bonegarde, que tiene a su cargo un obrador dependiente de la Asistencia Pública y cuyo fin es proteger a las jóvenes y madres solteras, proporcionándoles un refugio temporario, hace gestiones a fin de que en casas de familias recomendables las tomen con sus hijos en calidad de sirvientas. En el caso de que la madre desee colocarse de ama o de sirvienta sin el hijo, corre por cuenta de la institución la crianza y vigilancia del niño. La cuna del Asilo Dámaso Larrañaga, es el refugio de los niños abandonados y es allí donde tenemos ocasión de apreciar las consecuencias de todas las miserias, representadas por el niño defectuoso, frágil, mal cuidado, enfermo. La aspiración verdaderamente humanitaria sustituir la cuna por procedimientos que la hicieran innecesaria porque la separación de la madre y la del hijo debe ser siempre considerada como una gran injusticia, pero mientras las causas subsistan debemos abrir ampliamente los brazos para que el niño no sufra y debemos rodear estos servicios de aquellas garantías que se le deben exigir en beneficio de la conservación de la vida del niño. En este sentido luchamos constantemente procurando vencer dificultades y deficiencias que nunca faltan y nuestros esfuerzos quedan compensados con resultados satisfactorios representados en una

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

mortalidad de 15% sobre la existencia total. Sin embargo, el número de niños es considerable; la medida anual es de mil, los niños quedan un mes término medio en el servicio y después salen a domicilio para continuar la lactancia a pecho por una ama. Resulta que las amas son cada vez más escasas y como consecuencia los niños se acumulan en la cuna en proporciones indebidas y peligrosas, lo que obliga al mismo tiempo a recurrir a las mamaderas complementarias para satisfacer las necesidades alimenticias.

Es una razón que hace pensar en la necesidad de restringir el ingreso.

Aún cuando el torno no está definitivamente clausurado, lo que hace poco favor a nuestra cultura y progreso, felizmente su funcionamiento es insignificante, además de su proceder inhumano, su principal obstáculo a la salud física y moral del niño es que considerándose hoy de una manera indiscutible que la protección del niño radica en la protección a la madre, mal puede realizarse esta aspiración si desconocemos la existencia de aquella y si ignoramos las causas del abandono; la profilaxis de su mal puede ser tanto más eficaz cuanto mejor se conozcan las causas que lo provocan y la forma en que se producen.

Siempre hemos creído y lo hemos practicado de acuerdo con esta manera de pensar, que una oficina de admisión bien organizada con elementos propios, recursos necesarios e independencia suficiente para evitar el abandono del niño en cuanto sea posible, procediendo siempre dentro de su mayor conveniencia, reduciría el ingreso a la mitad.

Nuestro eminente maestro, el profesor doctor Gregorio Araoz Alfaro, en una conferencia dada en la sesión plena del segundo Congreso Americano del Niño (Montevideo), decía con justa razón, respecto del problema de la infancia:

"Sabemos que esa obra de protección debe iniciarse por la acción ejercida sobre la madre, desde antes de ser madre y aún sobre el padre, procurando que los dos elementos de cuya unión ha de nacer el niño, sean sanos, vigorosos, sin taras físicas ni mentales, capaces de trasmitirse al hijo; procurando, además, que la madre sea atendida durante el embarazo de manera que su trabajo sea ligero y fácil, sin fatigas ni esfuerzos, que su alimentación sea racional y suficiente y que en los últimos meses el trabajo propiamente dicho cese por completo, asegurándosele empero los medios necesarios a su subsistencia y su higiene corporal". ¡Cuán lejos estamos de todo esto! La protección legal a la mujer obrera en nuestra industria es incipiente.

Recién el año 1928 la Honorable Cámara de Diputados de la Argentina ha legislado sobre el reposo de la mujer durante la última fase del embarazo!

Reconocemos unánimemente, higienistas y médicos, que la puericultura debe continuar — una vez nacido el niño — con los cuidados adecuados prestados a la madre para salvar a ésta, manteniéndola sana y apta para amamantar al hijo, primera condición para el crecimiento fisiológico de este, y para asegurar a uno y otra durante el período de lactancia la posibilidad de la vida en común y

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

en las condiciones de higiene necesarias para que el hijo crezca sano y fuerte.

Los problemas de carácter económico y social no han sido abordados en la forma como ellos debieran serlo.

"Falta aun — dice el profesor Araoz Alfaro — un complemento indispensable para que esa protección a la primera infancia fuera eficaz en lo posible cuando no pueda hacerse lactancia materna exclusiva o cuando sea preciso ya practicar la lactancia mixta por la edad del niño: la provisión de leche higiénica irreprochable y, por consiguiente, de derivados de leche, mezclas y modificaciones de la misma que reunan todas las condiciones deseables".

A ello ha ido a remediar el proyecto de ley que he presentado a la Honorable Cámara, respecto a la necesidad de impedir la lactancia mercenaria en los primeros meses de la vida del niño, donde su vida está expuesta a tantos peligros y donde la mortalidad infantil acusa cifras aterradoras.

"Es este justamente uno de los puntos más débiles en nuestra organización. Por grandes que sean los progresos hechos en materia de lechería, apenas si llega a la buena calidad para una cantidad mínima; la casi totalidad de la leche que consume la población es menos que mediocre y en buena parte decididamente mala, inclusive la que se provee a los dispensarios, asilos y hospitales de niños".

Se necesita no sólo una legislación y reglamentación prolijas, sino una policía sanitaria eficaz y enérgica que asegure la salud de las vacas, pureza de la leche, el ordeñe en condiciones de limpieza, por lo menos, sino relativa asepsia, la cuidadosa limpieza de los envases, la refrigeración inmediata y el trasporte en frigoríficos o por lo menos fuera de la acción del Sol, que tan rápidamente altera el producto durante nuestros largos meses de calor.

Por lo menos necesitamos exigir tales condiciones a la leche que ha de suministrarse a los niños pequeños, los más sensibles a las más insignificantes alteraciones de aquella, y no hay duda de que es en la calidad inmensamente superior de ese alimento que radican en buena parte los buenos resultados de la lactancia artificial en los países del norte de Europa y en los Estados Unidos, que en los últimos años han extremado los cuidados y multiplicado sus "milk laboratories".

Es preciso formar un personal especial, apto, inteligente, abnegado, capaz de llevar, con amor y empeño, a las mujeres ignorantes y a veces mal dispuestas a escuchar consejos, imbuidas de prejuicios y preocupaciones, los preceptos y las normas salvadoras de la higiene infantil y llevándolas no como una imposición de funcionarios oficiales — que siempre se recibe mal — sino como observaciones amistosas, hechas dulcemente, casi de igual a igual, en pláticas familiares frecuentes.

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

Prensa Médica Francesa

SOCIEDAD DE CIRUJANOS DE PARIS

Sesion del 6 de Noviembre de 1931.

SOBRE UNA FORMA RARA DE FRACTURA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DEL RADIO. — Dupuy de Frenelle hace un informe sobre una observación de Montant (de París) que muestra el papel que desempeña el carpo y principalmente el escafoide y el semi-lunar en el mecanismo de las fracturas de la extremidad inferior del radio. El caso que cita el autor es el de una caída sobre la mano medio-extendida; tres líneas de fractura longitudinales de la extremidad inferior del radio que limitan dos fragmentos; uno medio que parece provocado por el empuje del semi-lunar; el otro lateral y póstero-externo, por empuje del escafoide.

ANESTESIA PERIDURAL SEGMENTARIA.—Victor Pauchet hace un informe sobre un trabajo de Giordanengo (de Turín). El autor explica con todo detalle la técnica de este modo de anestesia. Esta es diferente: 1°. de la raquianestesia habitual porque la solución no se inyecta en el espacio subaracnoideo sino en el espacio peridural comprendido entre la cara externa de la dura madre y el canal osteo ligamentoso del raquis; 2°. de la paravertebral porque la acción anestésica se produce sobre las raíces raquídeas antes de su salida de los orificios de conjugación. Esta anestesia peridural presenta las ventajas de la raqui y de la paravertebral sin ninguno de sus inconvenientes.

A PROPOSITO DE UN NUEVO CASO DE CALCIFICACION DEL NUCLEO PULPOSUS.—Roederer recuerda la rareza de las calcificaciones nucleares vertebrales, de las que ya ha observado siete casos de los veinticinco o treinta actualmente descritos. La radiografía sobretodo del perfil, es casi siempre exacta; lenta densa, a igual distancia de las caras vertebrales, a nivel del tercio posterior del espacio, casi siempre en la región lumbar o dorsal inferior. Pero los síntomas clínicos son casi nulos. Por el contrario, en el caso de hernia nuclear en el canal medular los síntomas clínicos están muy acentuados y la radiografía es negativa.

CALCULOS BILIARES DE LA AMPOLLA DE VATER. — Victor Pauchet describe la técnica operatoria que se debe emplear en estos casos. Si el cálculo es móvil se debe intentar rechazarlo

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

hacia el colédoco: extracción por coledocotomía. Si el cálculo está fijo — lo que es la regla — extracción por duodenotomía posterior; sutura del duodeno.

TRATAMIENTO DE LAS DEFORMACIONES RAQUITICAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES.—A. TRELLES expone su práctica en las diversas variedades de deformaciones; deformación por cayado ántero-externo de la extremidad inferior del femur: osteotomía cuneiforme; genu valgum: en el niño, escayolado con cámara libre, en el adolescente y el adulto, osteotomía linear supracondilea externa; deformaciones por concavidad interna de la tibia: enderezamiento forzado u osteoclasia manual; deformaciones con convexidad antero-externa del cuarto inferior de la tibia: osteotomía cuneiforme. Cuando las deformaciones están constituídas, la corrección debe preceder siempre al tratamiento activo-médico, si no se quiere que se consoliden las lesiones.

NUEVO FIJADOR EXTERNO (FIJADOR-REDUCTOR) PARA LAS FRACTURAS DE LA PIERNA. — BARBARIN presenta este aparato que, en todos los períodos del tratamiento permite controlar y corregir la reducción. Es de una concepción nueva y está provisto de tornillos que actúan sobre dos planos perpendiculares uno de otro y puede aplicarse a todas las fracturas de la pierna, estando particularmente indicado en las fracturas oblícuas, los retardos de consolidación, etc.

Necrológica

JUAN A. MONTEVERDE.—Víctima de un accidente ha perecido ahogado el día 22 de noviembre el Dr. Juan A. Monteverde.

El único trabajo que publicó **"Patogenia del acceso palúdico"**, apareció en nuestra Revista, que lamenta sinceramente su trágica muerte.

Noticias

LA ACADEMIA DE MEDICINA Y LA ENFERMEDAD DE CARRION.—Esta institución ha pasado la siguiente nota sobre el contagio que están sufriendo los obreros que trabajan en la llamada "Carretera Central".

Lima, 21 de Noviembre de 1931. — Señor Ministro de Fomento: S. M.

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

Cumpliendo acuerdo de la Academia Nacional de Medicina tenemos a honra dar a usted cuenta del debate habido en la última sesión celebrada por la Academia, el día 20 de Noviembre, que puede interesar al Ministro de Fomento encargado de tutelar la salud pública y de garantizar las seguridades para el trabajo humano.

Se trata Señor Ministro de una comunicación sometida al examen nuestro sobre las condiciones en que se llevan a cabo los trabajos de la carretera central que, prolongando la de Lima a Chosica, va hacia la Cordillera. Según los datos concretos traídos a la Academia, los obreros que viven en los campamentos de Carachacra, en plena zona verrucógena, en medio de los terrenos removidos, están sufriendo las consecuencias de una peligrosa epidemia de Enfermedad de Carrión. Algunos ya han fallecido, otros han sido traídos a Lima y muchos se atienden en sus domicilios, de tan prolongada dolencia.

Para apoyar aún más las afirmaciones hechas han venido acompañadas de las fotografías que adjuntamos a la presente nota de los campamentos primitivos que sirven para el personal de obreros empleados en esta labor. Se aprecia en ellas el doble problema sanitario y de trabajo que el asunto que llevamos a su conocimiento, plantea a la consideración de los poderes públicos y de esta Academia encargada de estudiar todo cuanto se relaciona con el bienestar sanitario de la población.

No hay porqué sorprenderse de que la verruga haga extragos entre estos trabajadores, ya que siempre la remoción de terrenos y la realización de toda clase de obras en esta zona vinieron acompañadas de la aparición de la Fiebre de la Oroya en forma epidémica. La experiencia la tiene adquirida, dolorosamente y desde antiguo, el Perú; y nada justifica que necesitándose realizar esta carretera no se adopten las medidas de seguridad sanitaria que se han demostrado anteriormente eficaces, entre ellas, alejar durante la noche a los obreros de tal lugar para que pernocten ya en Chosica o en otra zona no peligrosa, Ricardo Palma, por ejemplo.

Como la aparición de la verruga en forma epidémica puede servir para que los trabajadores científicos que seguramente tiene a sus órdenes ese Ministerio, lleven a cabo nuevas pesquizas y observaciones que tal vez contribuyan a aclarar los numerosos enigmas de esta enfermedad, la Academia ha creído interesante noticiar de su estallido a su despacho segura de hacer obra previsora y útil.

Desde el punto de vista del trabajo insalubre, la Academia cree necesario insistir sobre la conveniencia que habría de rodear a estos obreros de las garantías a que tienen derecho y que seguramente están previstas y puntualizadas en las leyes vigentes sobre el particular.

Aprovechamos la oportunidad para presentar al Señor Ministro la seguridades de nuestra leal cooperación.

Dios guarde a Ud. — MIGUEL C. ALJOVIN, Presidente. — CARLOS ENRIQUE PAZ-SOLDAN, Secretario Perpetuo.

SE ESTABLECE EL CONTROL SANITARIO AEREO EN LIMA, TALARA Y TACNA.—La junta de Gobierno Con siderando:

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

Que el tráfico internacional de aviones se ha intensificado haciéndose necesario controlar las condiciones sanitarias en que se efectúa ese tráfico.

Que asimismo, es deber del Estado prevenir y evitar la importación al país de epidemias que pudieran introducirse por falta de una adecuada reglamentación en el despacho y recepción de aviones;

Que esta reglamentación puede y debe hacerse en armonía con las disposiciones vigentes sobre sanidad marítima;

Decreta: 1°.—La recepción y despacho de aviones se hará con la intervención de un médico encargado de efectuar el control sanitario prescrito por el Código por el Gobierno del Perú en 9 de julio de 1925.

2°.—La visita de sanidad a los buques aéreos será hecha por el médico encargado del control sanitario aereo en la forma determinada por la resolución suprema de fecha 2 de marzo de 1906 sobre visita de naves marítimas.

3°.—El control sanitario de buques aéreos se efectuará a la salida y llegada de aviones en Lima, Talara y Tacna.

4°.—La Dirección de Salubridad del Ministerio de Fomento queda encargada de designar el personal médico para este servicio.

5°.—Los gastos que origine el sostenimiento del médico sanitario de control aéreo se abonarán por las mismas compañías en partes proporcionales en la forma y cantidad que determinará el gobierno al hacer el nombramiento.

6°.—El personal sanitario de control aéreo se compondrá:

a)—En Lima: de un médico jefe y de los funcionarios necesarios que serán destacados de la dirección de salubridad y en las diversas localidades de la república donde existan campos de aviación de los médicos titulares respectivos.

Dado en la casa de gobierno en Lima, a los dieciocho días del mes de noviembre de mil novecientos treinta y uno.

David Samanez Ocampo—José Gálvez— J. F. Tamayo—G. Garrido Lecca— Gustavo A. Jiménez—Emilio Gómez de la Torre—Ulises Réategui M.— Federico Díaz Dulanto.

Por tanto: mando se publique, circule y se le dé el debido cumplimiento.

D. Samanez Ocampo. —U. Reategui. M.

Bibliografía

PATHOLOGIE DU FOIE ET DU PANCREAS por el Dr. M. Brule.—1 vol. de 145 páginas.—*Ch. Masson et Cie., editeurs.*—París, 1931.

Siguiendo el plan general trazado a los volúmenes de esta colección, el presente opúsculo de iniciación al estudio de las enfermedades del Hígado y del Páncreas, ha sido dividido en tres partes.

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

Primera parte: Descripción de los trastornos funcionales o generales que presentan los enfermos atacados de afecciones del Hígado y del Páncreas.

Segunda parte: Está dedicada al examen físico del enfermo y a las investigaciones elementales de laboratorio.

Tercera parte: Estudio de fisiopatología del Páncreas, encontrándose también una descripción elemental de los principales sindromes mórbidos.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE MANIFESTATIONS PLEURO-PULMONAIRES ET THERAPEUTIQUE. por los Dres. G. CAUSSADE et A. TARDIEU.— Un volumen en 4°., de 170 páginas.—*Gaston Doin et Fils*, editeurs. —París 1931.

La presente obrita tiene por objeto reunir y coordinar los diferentes trabajos que sobre esta materia han publicado los autores y que se encuentran dispersos.

Es de esperar que el práctico, a quien se dirige este trabajo sabrá aprovechar las sustanciosas sugestiones clínicas y terapéuticas que su lectura sugiere.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS por el Prof. EMILIO FEER. — Un volumen de 940 páginas.—*Editorial Médica de Manuel Marín*.—Barcelona. 1931.

La obra de Feer es considerada por todos como un tratado magistral de enfermedades de la infancia. Toda la obra respira un amplio espíritu práctico y docente que la hace insustituible, lo mismo para el estudiante que por primera vez se ocupa del estudio de la patología infantil, que para el médico práctico.

Las adiciones que registra la parte general, sobre todo en la parte terapéutica, están ajustadas a las nuevas adquisiciones científicas.

En esta nueva edición muchos capítulos han sido cuidadosamente redactados de nuevo, se han mejorado las figuras y muchos de sus clisés son nuevos, verdaderas fotografías que dan una idea exacta de los casos, algunos como si se vieran en la clínica.

La medicina no es el arte de curar los males, sino más bien el arte de tratarlos con la esperanza de curarlos, satisfaciendo las expectativas y aliviando los dolores de los enfermos.

Corvisart.

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

Indice de Materias

Páginas

Atrofia tabética del nervio óptico ... 41
Arce Julián (Necrología). ... 78
Autoridades de la Facultad de Medicina ... 113
Asistencia de los alienados en el Perú.—Datos para la ... 220

Bibliografía 36-74-112-142-172-205-242-278-305-352-392-419-432
Blastomicosis secundaria nasal incipiente ... 145
Berruga de los Conquistadores del Perú 313

Campaña antipestosa en el Perú 155
Conferencia Panamericana de Directores nacionales de Sanidad 232
Características de la asistencia en los hospitales de Beneficencia de la ciudad de Lima.. ... 384
Campaña antileprosa en el Perú ... 185
Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones ... 25
Cuestiones de medicina pública peruana ... 393

Duelo de la medicina peruana ... 77
Desinfección.—Aspectos actuales del problema de la ... 193
Defensa del niño en el Perú.—Orientaciones médicosociales 212
Difteria nostras.—Algunas observaciones sobre ... 353
Difteria en los niños de Lima.—Algunas consideraciones ... 361

El problema sexual en las Prisiones 9-49-98 132
Extrofia vesical incompleta, con imperforación del ano, deformación del pene y epispadias.. ... 285

Hipertensión arterial en los enfermos de vías digestivas 3
Herencia mendeliana de los grupos sanguíneos ... 114
Higiene mental y toxicomanías ... 147-177

Inflamación 17-59-124-260- 372
Infección tuberculosa del niño en Lima ... 226

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social 34-110-239- 271
Lavorería Daniel Eduardo (Necrología) 93- 97
Lucha universal contra los estupefacientes. ... 273

Monteverde Juan A. (Necrología) ... 430
Mortalidad infantil de Lima. Causas y medios para evitarla ... 298

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

Páginas

Mortalidad infantil y certificados de defunción 415

Noticias 36-73-108-140-170-203-277-303-349 430
Notas nipiopaidológicas 67
Notas terapéuticas 73 107

Prensa Médica francesa 32-160-230-269 429
Plan para la enseñanza de la medicina 200
Primer caso de Sprue señalado en el Perú 245
Presentación de hombro, con ausencia de líquido amniótico 294
Pinta o ccara en el Perú. 367
Protección maternal y puericultura en la Argentina 417

Reglamento de las inspectoras sanitarias escolares.. 346

Sociedad de Naciones.—Comisión del Opio 163
Sexo y deporte 196
Sociedad Peruana de Pediatría 209
Sanidad Nacional en Chile.. 281

Tratamiento de las enfermedades mentales por el trabajo 255
Tifoidea en Lima, los abastos de agua y la contaminación de las sustancias alimenticias 44

Virulencia e inmunidad en el Paludismo 251

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

Indice de Autores

		Paginas
Altmann Smythe, Julio	9–49–98	132
Arce Larreta Jorge		114
Anchorena Ismael		41
Bazul Victor		285
Bambaren Carlos A.	77	393
Bard, Leopoldo		417
Caravedo Baltazar	220	255
Diaz Lorenzo		284
Estrella Ruiz J. A.		185
Ego-Aguirre Ernesto	44–67–97–147–177–193–212	298
Escomel Edmundo	145	367
Eskey C. R.		155
Gonzalez Galvan Jose M.		3
Guzman Barron E.		200
Garcia Enrique L.	209–353	415
Hercelles Oswaldo	17–59–124–260	372
Krumdieck Carlos F.	266	361
Kraus Rodolfo		281
Long John D.		155
Mostajo Benjamín		155
Montes Armando		185
Molla R.		196
Monge Carlos		245
Maldonado Angel		313
Olaechea Abel S.		384
Pasquel Alfonso		384
Rebagliati Raul		251

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