VALOR DE ESTE NUMERO S/. 1.00

La Crónica Médica

APARTADO 2563 LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

L. Avendaño — Max González Olaechea — Eduardo Bello
Rómulo Eyzaguirre — Edmundo Escomel — Carlos Morales Macedo

DIRECTOR

CARLOS A. BAMBAREN

COMITE de REDACCION

Luis D. Espejo — Rafael M. Alzamora — Ernesto Ego - Aguirre.

Agentes exclusivos para anuncios de Francia.

Comptoir International de Publicité.—9, Rue Tronchet Paris.

Precios de suscripción { En Lima.....S. 1.50 al trimestre; En Provincias..,, 8.00 al año; En el Extranjero. 4.00dollars al año } AVISOS Precios convencionales

Año 51 - No. 847 Enero 1934

SUMARIO

Medio Siglo, por el Dr. Carlos A. Bambarén, pág. 3
El Cincuentenario de "La Crónica Médica", por el Prof. L. Avendaño, pág. 5
Cabos Sueltos, por el Dr. Eduardo Bello, pág. 9
La Leucocitolisis polinuclear en el esputo, síntoma precoz de Tuberculosis pulmonar, por el Dr. Edmundo Escomel, pág. 14
Observaciones sobre Tuberculosis Renal, por el Dr. C. Morales Macedo, pág. 18
La Oftalmia purulenta del recién nacido, por el Dr. Ernesto Ego Aguirre, pág. 32
Consideraciones sobre Narcolepsia o Síndrome de Gélineau, por el Dr. Luis D. Espejo, pág. 41
Apreciaciones médico-legales sobre traumatismos del Raquis Cervical, por el Dr. Carlos A. Bambarén, pág. 53
La Nipiología en marcha, por el Dr. Rómulo Eyzaguirre, pág. 64
Personal de redacción de "La Crónica Médica" desde 1884 a 1933, pág. 67

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

FERMENTOS LACTICOS VIVOS "FIDES"



Los FERMENTOS LACTICOS VIVOS "FIDES" contienen 560 millones de microbios por c. c.

Usos.—Por su marcada acción antiséptica, son muy indicados en la profilaxia y cura de las afecciones pútridas del aparato gastro-entérico y en las formas secundarias que de ellas derivan.

Dosis.—En las formas agudas: Para adultos 3 o más frasquitos por día; Para niños 2 o más frasquitos por día. En las formas leves, la mitad de la dosis; de preferencia por la mañana en ayunas y por la noche antes de acostarse.

Cajas de 12 frasquitos de 5 c c.

ENDONEUTRALIO

S.A.R.M
ROMA

Estimula la asimilación del calcio.

Indicado en Raquitismo, Linfatismo, Exzema infantil. Estados pretuberculosos.—Anafilaxia.—Disturbios gravídicos.—Hemofilia.—Espasmofilia.—Nefritis aguda.—Ulceras gastro-duodenales no específicas.—Trastornos consecutivos a las enfermedades infecciosas, (albuminuria y nefrosis).

S. A. R. M. (Societá Anónima Ritrovati Medicinali) Roma (140)

Muestras y literatura a disposición de los Señores Médicos

Representante: A. MERCURIALI

Mercaderes 486—Teléfono 33363—Apartado 2189—Lima

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

LA CRONICA MEDICA

APARTADO 2563 LIMA — PERU

COMITE CIENTIFICO

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

REDACCION

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

AÑO LI - 1934

SANMARTI Y CIA.
—IMPRESORES—

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

35325



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

Biblioteca Nacional de Lima-Perú

"La Crónica Médica"

AÑO 51 1934

MEDIO SIGLO

MEDIO siglo se ha cumplido de la aparición del primer número de **"La Crónica Médica"**, que, por acuerdo de la Sociedad Médica Unión Fernandina, redactase un grupo de jóvenes estudiantes de medicina, presididos por Leonidas Avendaño.

Es indudable que desde 1884 se vislumbraba la recia mentalidad y el tezón infatigable de quien había de ser maestro epónimo y es justo celebrar el acierto de quienes pusieron en manos de Avendaño, una obra que necesitaba su constancia ejemplar.

Con su ejemplo, con su austeridad y con su severa expresión, Avendaño hizo prosélitos y conquistó adeptos para la obra de **"La Crónica Médica."**

Entre los varios directores que se han sucedido en los cincuenta años de aparición ininterrumpida, dos nombres merecen recuerdo especial: David Matto y Eduardo Bello. El primero poseía arrogancia personal y gran influencia político-social; siempre dispensó a la Revista su apoyo y desde las esferas de Gobierno hizo que el Estado la fomentase, principalmente en los momentos de dificultades económicas. El segundo, modesto y laborioso, ha sido en buena cuenta quien dirigió **"La Crónica Médica"** desde 1896 hasta 1918, en que con generosidad que nunca agradeceré suficientemente me entregó la preciosa herencia. Siempre ostentó, modestamente, el título de Secretario de la Redacción.

Bello ha sido quien sostuvo la Revista durante veinte años: su talento, su cultura, su tiempo, su dinero, todo lo puso al servicio de la empresa noble y desinteresada que significa publicar una Revista, sobre todo en un ambiente donde no germinan las tendencias nobles que permiten la cooperación afectuosa y que hacen posible el progreso y adelanto.

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

Bello, luchando con la incomprensión, evitando el choque apasionado y poniendo bondad y dulzura donde existía maldad y acritud, mantuvo la publicación que conquistó al gran Decano de la Facultad de Medicina, que se llamó Ernesto Odriozola.

Deseando remozar la publicación, Bello trató en todo momento de incorporar a su Comité de Redacción a los elementos jóvenes más valiosos y siempre gestionó que escribiesen en sus páginas los trabajadores científicos más destacados de nuestro ambiente médico: Manuel O. Tamayo, que era toda una esperanza y que tenía simpatía por **"La Crónica Médica"**, fué uno de esos elegidos que desgraciadamente emprendió el viaje eterno, cuando ya brillaba con refulgente luz.

De 1918 al presente, que se inicia el quincuagésimo primer año de publicación de **"La Crónica Médica"**, me ha cabido la suerte de vijilar y asegurar la aparición de la Revista. Siguiendo la huella de Eduardo Bello, el profesional virtuoso por excelencia, he procurado no figurar como Director, máxime si tenía en cuenta que el nombre del maestro Avendaño no ha dejado de aparecer entre el personal del Comité Científico. Exigencias del Decreto Ley de Imprenta, expedido el año 1931, obligó a que asumiera oficialmente la Dirección de la Revista.

En el momento de conmemorar las bodas de oro de la mas antigua publicación periódica dedicada a la medicina, que aparece en el Perú, es justo rendir homenaje a sus fundadores y testimoniar a los que permiten que sus nombres figuren en el frontispicio de la Revista, el agradecimiento de su Director.

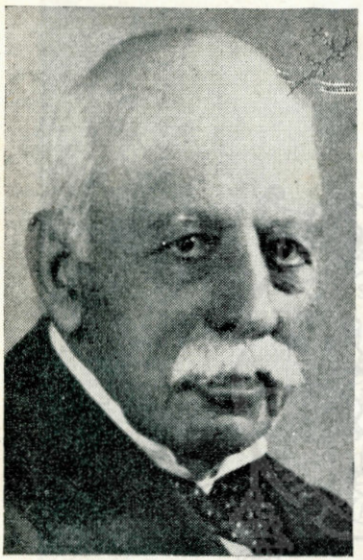
Este número contiene diversos trabajos de los que en alguna forma tienen que ver con **"La Crónica Médica"**; sus colaboraciones atestiguan su afecto a la publicación y son prenda segura que en el futuro le seguirán prestando su inapreciable concurso.

Dr. Carlos A. Bambarén.

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

EL CINCUENTENARIO DE "LA CRONICA MEDICA"

1884 — 31 DE ENERO — 1934



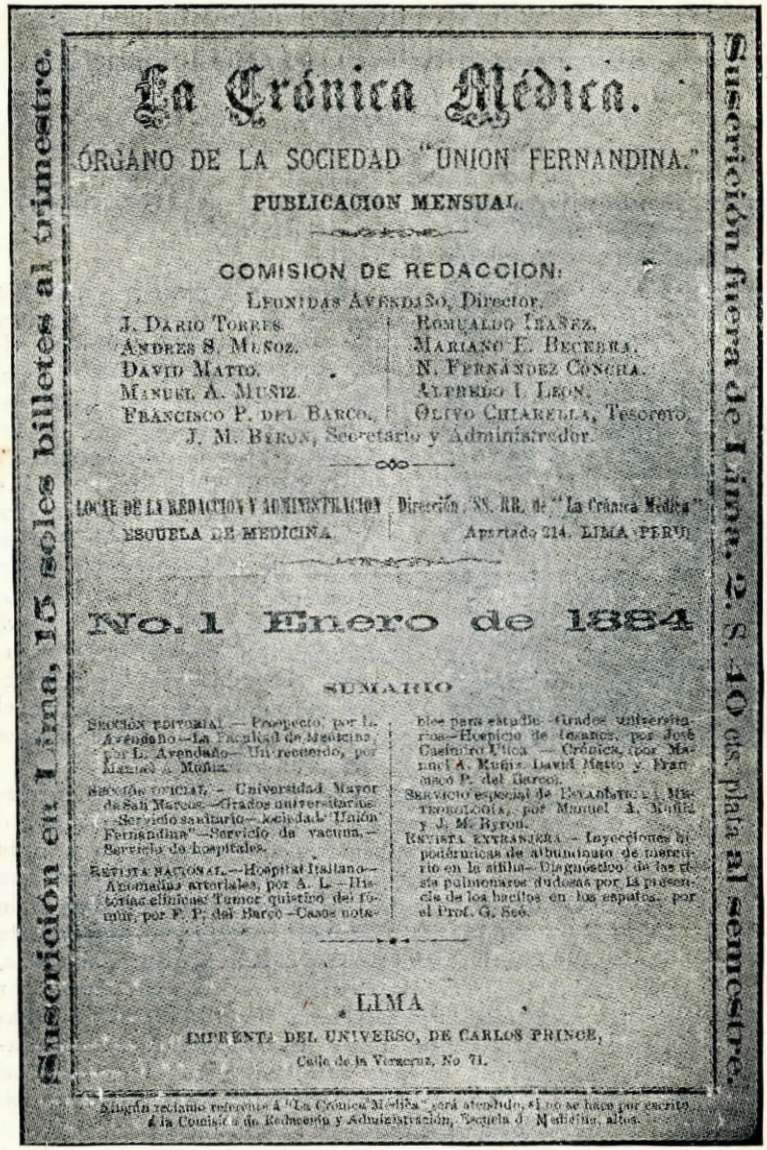
Por el Prof. L. AVENDAÑO

Hoy se cumplen cincuenta años del día en que se puso en circulación el primer número de "LA CRONICA MEDICA", el modesto periódico, nacido al calor del entusiasmo juvenil de los miembros de la recientemente creada Sociedad Médica "Unión Fernandina"; la benemérita asociación que, integrada por los estudiantes de la Escuela de Medicina, lanzó a todos los ámbitos del territorio nacional la sonora clarinada, que despertó la adormecida actividad de los intelectuales peruanos, silenciada por el estruendo fraticida de la inícua guerra del salitre.

Y no obstante que "LA CRONICA MEDICA" nació en circunstancia bien críticas, cuando recien se iniciaba el resurgimiento de la nacionalidad, cuando aún subsistían el estupor y la astenia consecutivas a nuestras inmerecidas desgracias; y, no obstante que la obra se acometió "sin un nombre eminente que prestigiara la empresa y sin apoyo económico alguno", sostenida únicamente por nuestra inagotable actividad, nuestra inextingible constancia, nuestra inquebrantable fé, y el sacratísimo anhelo de conservar puro y sin mancha el valioso legado de nuestros gloriosos antepasados, el éxito rotundo la coronó, desde los albores de su existencia hasta el momento actual, en que robusta, plena de vida, con media centuria de provechosa labor, ocupa orgullosa, lugar espectable en el rol de la prensa médica del Continente.

Y este alhagador resultado, se debió y se debe, a que, si bien fueron por demás exíguos los recursos materiales aportados para la creación de "LA CRONICA MEDICA", como fueron tan puros nuestros intentos, tan nobles nuestros deseos, y de tanta trascendencia para el cultivo de la ciencia y para el prestigio de la

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



Suscrición en Lima, 15 soles billetes al trimestre.

La Crónica Médica.

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD "UNION FERNANDINA."

PUBLICACION MENSUAL.

COMISION DE REDACCION:

LEONIDAS AVENDAÑO, Director.

J. DARIO TORRES. | ROMUALDO IBAÑEZ.
ANDRES S. MUÑOZ. | MARIANO L. BECERRA.
DAVID MATTO. | N. FERNÁNDEZ CONCHA.
MANUEL A. MUÑIZ. | ALFREDO I. LEON.
FRANCISCO P. DEL BARCO. | OLIVO CHIARELLA, Tesorero.

J. M. BYRON, Secretario y Administrador.

LOCAL DE LA REDACCION Y ADMINISTRACION: ESCUELA DE MEDICINA.

Dirección: SS. RR. de "La Crónica Médica" Apartado 214. LIMA, PERU.

No. 1 Enero de 1884

SUMARIO

SECCIÓN EDITORIAL.—Prospecto, por L. Avendaño—La Facultad de Medicina, por L. Avendaño—Un recuerdo, por Manuel A. Muñiz.

SECCIÓN OFICIAL.—Universidad Mayor de San Marcos—Grados universitarios—Servicio sanitario—Sociedad "Unión Fernandina"—Servicio de vacuna.—Servicio de hospitales.

REVISTA NACIONAL.—Hospital Italiano—Anomalías arteriales, por A. L.—Historias clínicas: Tumor quístico del fémur, por F. P. del Barco—Casos notables para estudio—Grados universitarios—Hospicio de locanos, por José Casimiro Ulloa.—Crónica, por Manuel A. Muñiz, David Matto y Francisco P. del Barco.

SERVICIO especial de ESTADÍSTICA: METEOROLOGÍA, por Manuel A. Muñiz y J. M. Byron.

REVISTA EXTRANJERA.—Inyecciones hipodérmicas de albuminuto de mercurio en la sífilis—Diagnóstico de las tisis pulmonares dudosas por la presencia de los bacilos en los esputos, por el Prof. G. Sée.

LIMA

IMPRENTA DEL UNIVERSO, DE CARLOS PRINCE,

Calle de la Verónica, No 71.

Suscrición fuera de Lima, 2 s. 40 cts. plata al semestre.

Alguna reclamo referente á "La Crónica Médica" será atendido, si no se hace por escrito á la Comisión de Redacción y Administración, Escuela de Medicina, altos.

Facsimil de la carátula del primer número de "La Crónica Médica"

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

Patria la labor efectuada, era imposible que no nos favoreciera la fortuna, que si bien es veleidosa a veces, sabe también premiar a los que trabajan con altruísmo, con desinterés, y sin prematuros o cobardes desfallecimientos. Aunque se ha dicho en varias ocasiones, conviene repetirlo hoy en esta fecha memorable: la fundación de la Sociedad Unión Fernandina y de "LA CRONICA MEDICA", constituyeron el primer paso firme y seguro dado en la senda del resurgimiento de la labor científica, literaria y artística en el Perú; pues no debe olvidarse que al advenimiento de la Sociedad Unión Fernandina a la vida intelectual de la nación, se siguieron el de la Academia Libre de Medicina (convertida años después en Nacional), el de la Sociedad Geográfica, el del Ateneo de Lima y de tantas otras instituciones que mantienen en alto el acervo cultural del país; y, que después de la aparición de "LA CRONICA MEDICA", comenzaron a publicarse "El Monitor Médico", el "Boletín de la Academia de Medicina", el de la Sociedad Geográfica" y las innúmeras revistas de toda índole — científicas, literarias, artísticas, ilustradas, satíricas, etc., — que hacen conocer en todas las demás naciones la fecunda y provechosa obra de los estudiosos nacionales.

Es innecesario que me detenga a reseñar cómo ha cumplido "LA CRONICA MEDICA", en los cincuenta años de su existencia, la misión que sus fundadores se propusieron realizara. Ante la evidencia de los hechos huelgan los comentarios. "LA CRONICA MEDICA" ha sido, es y continuará siéndolo, el más autorizado vocero de los vitales intereses del gremio médico nacional; el más genuino heredero de la labor cultural de la antigua prensa médica peruana, en cuyos anales refulgen los nombres de **Unánue, Sánchez Almodovar, José Casimiro Ulloa, Celso Bambarén, Manuel Adolfo Olaechea**, etc.; el más verídico exponente de nuestro progreso médico, ya que en sus columnas se registran, no sólo los geniales estudios practicados y los grandes descubrimientos realizados por los médicos peruanos, de 1884 a 1934, sino que también se han insertado en ellas algunos antiguos trabajos originales de indiscutible mérito, injustamente olvidados; "LA CRONICA MEDICA", es la única revista nacional de índole literaria o científica que ha alcanzado cinco lustros de vida; y, como comparte con las similares de su género en Latino América el cetro del progreso médico en el Mundo de Colón, es un organismo de significativo valer en el acervo cultural médico peruano.

Intimamente regocijado al evocar el 31 de enero de 1884, de la fundación de "LA CRONICA MEDICA", que es un acontecimiento digno de grata recordación, no sólo en los fastos de nuestras tradiciones médicas, sino también en las páginas de la Historia Patria, me congratulo anunciando al público todo, que están inscritos en el **Cuadro de Honor de los fundadores y excelsos colaboradores de " La Crónica Médica",** los siguientes nombres: los socios de la Unión Fernandina, **Manuel Antonio Muñiz** y **Mariano Alcedán,** que en la sesión del 7 de setiembre de 1883 propu-

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

sieran la fundación de un periódico médico que sirviera de órgano a la institución;—los socios **José Darío Torres** y **Francisco P. Barco,** que junto con los proponentes, suscribieron el informe aprobado en la sesión del 21 de setiembre, en el que se aceptó como de gran interés y de positiva oportunidad la idea de **Muñiz** y de **Alcedán,** pero se indicaba la conveniencia de aplazar la resolución definitiva hasta diciembre, en cuyo día 17, se la adoptó por unanimidad de votos;—y, la Comisión de Redacción, encargada también de la organización de la empresa, nombrada en 24 de enero de 1884, e integrada por **José Darío Torres, Andrés S. Muñoz, David Matto, Manuel Antonio Muñiz, Francisco P. del Barco, Romualdo Ibáñez, Mariano Becerra, Nemesio Fernández Concha, Alfredo I. León, Juan M. Byron** (secretario-administrador) y **Olivio Chiarella** (tesorero). De todos estos queridos y meritorios compañeros, a cuya memoria dedico el más sentido recuerdo, sólo vive **Chiarella,** con quien, aunque alejado él por completo de la medicina, comparto la actividad científica, ya que ocupa cargo de primera clase en la Sociedad Geográfica, añorando los felices, pero laboriosos momentos de nuestra florida juventud.

Como lo dije otrora, en 1884, me cupo la honra de ser el Director de "LA CRONICA MEDICA", esbozando los propósitos y la finalidad de la publicación; — después, en 1909, al celebrarse las bodas de plata, de la revista, cumplí con el placentero deber de resumir la labor ejecutada y de saludar a los colegas de la prensa médica: — hoy a los cincuenta años, de ejercicio profesional, todavía en la brega, ha querido el destino que sea yo, va en el descenso de la vida, el que entone la oración recordatoria de los inolvidables compañeros, que ya no existen; el que agradezca a todos los colegas que en tan largo lapso de tiempo, nos han favorecido con sus interesantes trabajos, que, finalmente, salude muy cordialmente a los ilustrados colegas de la prensa médica nacional y extranjera. Puedo, pues, repetir lo que dijera ahora cuatro años en solemne ceremonia, que ha dejado recuerdo imperecedero en mi ánimo: — "bendita vejez que ha permitido disfrutar de tan inefable gozo".

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

CABOS SUELTOS

Por el Dr. EDUARDO BELLO



Se han vencido cincuenta años desde que un grupo de profesionales jóvenes fundara con la "Sociedad Unión Fernandina", su órgano de publicidad **"La Crónica Médica"**, período de evolución violenta y cambio radical de orientaciones en las ciencias y práctica médicas.

Largos años fecundos tuvo la "Unión Fernandina" sirviendo el ideal colectivo de la medicina peruana con brillo y empeño; decayó luego quedando en manos de solo una parte de sus afiliados, los estudiantes, entregados de preferencia a labores de solidarización y defensa colectiva, y hoy, adormecida, espera una reacción de actividades que va tardando. Tuvo esa asociación al formarse influencia suprema en la reorganización de la medicina nacional después del paréntesis obligado que padeció su vitalidad en los aciagos días del desastre de la República; la virilisaban energías jóvenes maduradas en la desgracia, complementándola estudiantes noveles y casi adolescentes recién entrados en las aulas; más tarde, distanciados los mayores por mas imperiosas obligaciones, quedaron casi solos los elementos en formación con nuevos adherentes, ilustrándola empeñosos varios años más, para al fin inquietos por ideales nuevos, fatigados o desilusionados, abandonar sus salones dejándola mortecina y silenciosa. No ha muerto, descansa y estamos seguros la despertará hombres que están por llegar, los estudiantes de mañana, hastiados de política, huelgas y quimeras.

"La Crónica Médica" primitivamente órgano de la "Unión Fernandina" ha tenido mejor suerte. Viendo apagarse las actividades de su matriz, espíritus previsores la desvincularon de ésta, convirtiéndola en publicación independiente, dirijida por su per-

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

sonal redactor. El muy recordado y meritísimo doctor **David Matto,** primero, y después de él otros espíritus entusiastas, sostuvieron la publicación que era entonces, y fué por bastantes años más, único exponente gráfico de la medicina nacional. Cabe a esta modesta revista el mérito de ser entre las de su género la que sobreviviendo a todo inconveniente, cumple bodas de oro, ¡50 años de continuada edición.!

Sabemos lo que cuesta á sus tenaces conductores este prodigio de longevidad, y algo hemos contribuído a ello; por eso nos es gratísimo felicitar hoy al doctor **Carlos Bambarén,** gestor principal de la publicación desde bastantes años hace, por haber mantenido firme esa bandera de cultura secundado por corto número de valiosos auxiliares. Dinero, estímulo, cooperación, tan necesarios en empresas abnegadas de este género, por desgracia no abundan entre nosotros, y sin ellos solo tenacidad invencible y asíduo trabajo de un obstinado soñador han intervenido logrando el éxito del colega **Bambarén.**

En los tiempos últimos varias publicaciones similares han surgido compartiendo con **"La Crónica Médica"** la tarea de recojer y archivar los resultados de las actividades peruanas en clínicas, laboratorios y sociedades profesionales; de ellas unas fueron accidentales y efímeras desapareciendo al vencerse su período de utilidad o lograrse el objetivo de sus patrocinadores; otras subsisten gallardas y llenan importante papel en el terreno limitado de la especialidad o en el amplio de voceros de instituciones nuevas: especialidad o en el amplio de voceros de instituciones nuevas; entre ellas la revista decana nuestra conserva su caracter primitivo, pretende y consigue ser archivo fiel y exponente ponderado del adelanto progresivo de la medicina preuana, llenando sus páginas con trabajos seleccionados; sigue a distancia, imparcial, observando las contiendas de hombres e ideas que, entre nosotros como en todas partes, perturban y temporalmente oscurecen la luminosidad del camino ascendente de las ciencias y práctica médicas, para recojer después tranquilamente los resultados finales, el fruto definitivo derivado de contiendas y oposiciones, y anotándolo guardarlo para el porvenir, cuando será punto de partida de trabajos nuevos y nuevas controversias. Lo muy discutible o en formación no nos interesa porque como el verdadero maestro hacemos cátedra de certezas, si merecen ese nombre las verdades relativas accesibles al intelecto humano.

En el decurso de los 50 años de vida de la vieja **Crónica Médica,** como la califica justamente en su interesante publicación un joven contemporáneo de ella — probándonos que juventud es sensación interna — los progresos de las ciencias médicas, como sabemos, han seguido curso ascendente muy rápido; se han formado especialidades extensas de los que fueron capítulos escuetos de las patologías médica y quirúrgica, con cultores nacionales idóneos, adaptándose nuestra práctica al portentoso movimiento contemporáneo: los modestos estudiantes de otrora, que fundasen la "Unión Fernandina", son ya unidades desaparecidas o graves

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

maestros jubilados; de sus sucesores muchos cayeron también y otros descienden camino del descanso, dejando reemplazos dignos de sus meritorias actividades docentes y clínicas. Renovación fatal de hombres y de conceptos que requiere el eterno perfeccionamiento; pero el adelanto médico como toda obra humana tiene hondas raíces sumergidas en el pasado, en la captación original del día intervienen como orientadoras ideas y esfuerzos de muertos y retirados. Eslabones somos, ellos, nosotros y los que vendrán de cadena sin fin, porque evolución o ideal novísimo nace de lo viejo, está solidarizado con el pasado y es punto de arranque de lo venidero. Nada hay verdaderamente nuevo bajo el sol, se ha dicho; nosotros profesionales de la medicina quedamos siempre en deuda con los que nos precedieron, dándonos enseñanzas y bases de donde surgen nuestras adquisiciones.

Los maestros de ayer educados en escuela con resabios medioevales y carentes de elementos de objetivación, teorizaban mucho multiplicando lecciones de verbalismo para suplir carencias de medios y llenar con ingenio lagunas y vacíos en los conocimientos rudimentarios de entonces: y sin embargo formaron alumnos eficientes con ese cultivo filosófico, jóvenes que auxiliados en las incipientes clínicas de la época se completaban, haciéndose más tarde profesores y clínicos de factura moderna. En realidad como se seguía en nuestra Facultad la orientación y métodos franceses, adaptados especialmente a la mentalidad latina en general, que ponen desde el primer día al alumno en contacto con enfermos, quedaba correjido el defecto de teoricismo de las cátedras con la multiplicación simultánea de visiones realistas de patología y terapéutica farmacológica y quirúrgica, recojiendo en suma el estudiante enseñanzas completas.

Por entonces, hacen veinticinco años, escribiendo para la primera etapa de "**La Crónica Médica**", sus bodas de plata, pedíamos mayor esfuerzo clínico, más orientación práctica de los estudios médicos; hoy dada la excesiva tendencia al mero practicismo, nos creemos obligados a pugnar en sentido contrario.

Precisa que nos expliquemos, justificando esta evolución de criterio en radicales cambios de la enseñanza en nuestra Escuela, que parece cada vez más empeñarse en formar unidades enteramente clínicas, trasladando al hospital toda docencia, anulando los valores sintéticos primordiales de las cátedras basales de patología y terapéuticas, y gregarisando así los conocimientos de los profesionales futuros, que sabrán de enfermos y operaciones, no de enfermedades ni de técnicas en general.

Se dijo antes, no hay enfermedades sino enfermos; hoy se reacciona reconociendo la enfermedad síntesis, esquema si se quiere, como noción necesaria para comprender las variantes individuales de los estados morbosos, los enfermos; revalorización, pues, del teoricismo previo, de las patologías magistrales médica y quirúrgica como preparación a las clínicas respectivas.

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

Para aplicar en clínicas las terapéuticas farmacológica y quirúrgica se afirma también ahora la indispensable necesidad de estudios previos sintéticos de esos conocimientos en cátedras especiales, que entre nosotros han perdido fuerza, terapéutica fundamental antes que aplicada, medicina operatoria o técnica quirúrgica general antes que visión clínica o aplicación de determinada intervención quirúrgica a un enfermo dado. Desvalorizar o suprimir esas cátedras de síntesis previa es erróneo; los formados sin ellas serán inducidos al practicismo enervante, vecino del empirismo y distanciado de la medicina científica, que invita a la rutina y la aplicación irreflexiva de novedades desadaptadas al caso, solo por ser novedades.

Mucho nos interesa el desarrollo de nuestras clínicas, su incrementación y perfeccionamiento; pero pretendemos que sus educandos lleven suficiente preparación para aprovechar en ellas de la sabiduría de sus maestros; queremos que las patologías y terapéuticas vivificadas por sus respectivos catedráticos, los instruyan previamente en ideas generales de las enfermedades, fármacos y técnicas que verán usar en casos determinados, dándoles el clínico la razón de elejirlos en ese paciente si se trata de medios terapéuticos, o de encuadrar el caso clínico dentro del marco de una enfermedad dada, explicándoles las diferencias individuales que en ese enfermo personalizan el estado morboso.

Muy laudables son los esfuerzos actuales de fortificar los estudios clínicos constituyendo centros de esas enseñanzas amplios y bien dotados; pero ello no justificaría desmedrar o suprimir las enseñanzas fundamentales que deben precederlos y servirles de basamento indispensable. Este no es parecer aislado ni pueril concepto conservador mío, todas las escuelas latinas con Francia a la cabeza, siguen esa ordenación, que aunque con defectos ha sido siempre la nuestra, y que corresponde bien a la mentalidad de los neolatinos de que formamos parte; cambiarla bruscamente encuadrándonos en los métodos sajones — no de todos los sajones — que enseñan casi solo por objetivación y análisis, nos desorientaría produciendo nuevas unidades profesionales de dudosa eficiencia.

Además, sabemos que de esas escuelas sajonas salen solamente los que ellos designan prácticos, verdaderos minoristas de la profesión; los especialistas y maestros, para serlo, deben quedar muchos años mas sirviendo en clínicas de renombre, completarse con visiones y prácticas muy extensas, para del análisis que significa la simple clínica llegar a las síntesis omitidas antes, el conocimiento de la patología integral y la terapéutica integral, con la verdadera eficiencia y la capacidad de docentes.

Podríamos nosotros realizar algo semejante? Ciertamente; pero solo con unidades selectas y trabajadores tenaces; los más, aquellos que ejercerán en pueblos y aldeas, los ávidos de lograr medios de subsistencia, con la orientación sajona quedarán casi empíricos con diploma, clínicos sin doctrina.

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

Los extremos siempre son defectuosos, mantengamos pues el justo medio perfeccionando las clínicas y robusteciendo al mismo tiempo las cátedras preparatorias a ellas. En esta gloriosa efemérides de **"La Crónica Médica"** que conducimos bastantes años, abogamos por el equilibrio sabio de docencias teóricas y prácticas, que se complementan en la formación del profesional verdaderamente científico, recordando que la medicina es una ciencia con mucho de aplicación práctica, no un arte u oficio simplemente.

Hacemos votos porque sea imperecedera la duración de esta querida revista, renovándose como hasta ahora su vitalidad con la adición en su comité redactor de trabajadores jóvenes y entusiastas, que, como el doctor **Bambarén** en el momento actual, la sostengan y ensanchen. Lo mismo deseamos ocurra en nuestra ilustrada Facultad de Medicina para que siga desarrollándose armónica y eficiente, evitándose apreciaciones truncas de la realidad que puedan apartarla del rumbo seguro de progreso que ha seguido constantemente.

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

LA LEUCOCITOSIS POLINUCLEAR EN EL ESPUTO, SINTOMA PRECOZ DE TUBERCULOSIS PULMONAR.

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL



La determinación precoz de una tuberculosis pulmonar que se inicia, antes aun de la aparición de los primeros síntomas clínicos perceptibles a la auscultación y de la posible comprobación del Bacilo de Koch en el esputo, debe ser considerada de la mayor trascendencia, pues permite desarrollar un tratamiento enérgico y precoz de los mayores beneficios para el enfermo, con el que se bloquea a los primeros bacilos, que habiendo franqueado las barreras linfoides iniciales que les presenta el organismo para resistir: las vegetaciones adenoideas, granulaciones faríngeas, amígdalas hipertrofiadas o folículos entericos, avanzan por las vías linfáticas hacia los ganglios defensivos bronco pulmonares, segunda barrera de resistencia que el organismo opone a la invasión, llegan a estabilizarse en el parénquima pulmonar y a cultivarse, expeliendo las sustancias polinucleolisantes, con anticipación a la edificación anatómica del tubérculo y al disgregamiento que permita la caída de bacilos en el esputo y su comprobación microscópica patognomónica.

Desde hacen varios años hemos podido comprobar esta acción lísica de los primeros bacilos de Koch, sobre los polinucleares que avanzan a combatir el sembrío bacteriano y su hallazgo en el esputo, ha sido confirmado algunas veces por la aparición secundaria de bacilos y otras por su no aparición, concomitando ésta con la disminución progresiva del número de polinucleares disgregados; estando este aminoramiento, casi siempre en relación directa con la mejoría clínica del paciente.

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

Síntomas clínicos del enfermo con esputo polinucleolizado.— En general, se trata de dolientes (adultos y sobre todo niños), con síntomas de astenia muscular y psíquica marcadas, debilidad general, anemia, hipotensión arterial, hipohemo globinemia, anorexia, presentando una pequeña y reiterada febrícula, que podría hacer pensar en una invasión de fiebre de malta, o de la familia tifoidea, o de paludismo anormal de formas ambulatorias, los que ademas se quejan de catarros frecuentes, con deficiencia respiratoria, por hipertrofía de los cornetes, de ardor en la cara superior del velo del paladar, del cavum y de la faringe, la que presenta granulaciones linfoideas más o menos abundantes, ostentan así mismo amígdalas crípticas y con tejido rojo semi transparente (en actividad flogósica), en las cuales, con gran frecuencia se encuentra el bacilo de Koch, al hacer una biopsia, tomada en pleno tejido reaccional.

Algunas veces el aumento de rudeza respiratoria en uno de los vértices, comprobable más por sutileza del oído que por ostensibilidad de la lesión, sin producción aun de chasquidos, es el que nos conduce en el camino de las probabilidades de diagnóstico.

La radiografía denota lesión ganglionar de los hilios néumicos, la que es muy frecuente observar, en Lima en un amplio porcentaje de personas.

El esputo.—Después de tos seca, más o menos prolongada, comienzan a presentarse esputos, primero hialinos y después opacos, a medida que los elementos figurados se van presentando sucesivamente en él.

Entonces, muy lejos aún de encontrar los bacilos de Koch, ni las granulaciones dispersas, cocciformes que algunas veces se presentan teñidas de rojo, en las coloraciones clásicas al Ziehl y que representan la **dehiscencia semillar de los bacilos granulares, a la manera del esparcimiento de semillas que se observa en las leguminosas, por ejemplo, cuando las vainas llegan a su madurez,** y la naturaleza dispone la contracción expulsiva para hacer el sembrío expontáneo de los granos, se vé lo siguiente en la preparación:

Entre otros elementos celulares, se observan leucocitos polinucleares con aspecto particular. El protoplasma es apenas coloreable, su periferia en vez de ser homogénea, es irregular, fragmentada y aun festonada. Los dos o más núcleos casi siempre unidos por puentecitos protoplásmicos entre sí varían entre su tamaño normal y el más pequeño que simula un simple coccus, separándose unos de otros, pudiéndose contar 10, 12 o más macitas, en el interior del protoplasma desquiciado, como efecto de la desintegración del polinúcleo primitivo del glóbulo blanco.

Los fragmentos más grandes encierran en su interior diversas vacuolas en número variable, disminuyendo estas en cantidad y en tamaño a medida que son más pequeñas las masas que las encierran.

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

La forma de las vacuolas es redondeada ú ovalar y parece que este proceso de vacuolización, precede a la fragmentación nuclear.

Mientras que las vacuolas permanecen incoloras, las macitas se tiñen muy intensamente con el azul de metileno más aún que los núcleos normales.

Por disgregación sucesiva las macitas se van separando y no es raro encontrar que una de ellas ocupe la zona cóncava de un gran mononuclear que la ha fagocitado, hecho que solo se produce porque estas macitas ya representan segmentos muertos del polinuclear disgregado.

En unos casos se encuentran bacterias en los cadáveres de los leucocitos en cuyos despojos hallan sustancioso nutrimento.

En otros, ningún parásito ocupa el protoplasma enfermo o muerto del polínuclear, por consiguiente, su fragmentación solo depende de acción externa tóxica que mata y que además disgrega y disuelve, cuyo orígen quizá si está en las primeras colonias de bacilos de Koch implantadas en el parénquima pulmonar, cuyas lisinas, atraviesan las membranas por fenómenos osmóticos y alcanzan a los polinucleares por los cuales tiene determinada predilección.

Al lado de muchos leucocitos en plena desintegración vacuolar y en lisis nuclear, se ven abundantes mononucleares intactos, cuyo número aumenta en proporción inversa a los primeros a medida que la sintomatología clínica del enfermo se agrava; en cambio, cuando va disminuyendo progresivamente la polinucleolisis, la lesión bacilar va reduciéndose y el enfermo mejorando de salud, lo que ha servido para establecer la curva de mejoría o de agravación de esta clase de dolientes.

Entre los parásitos que medran en el ambiente, o en el interior de los leucocitos enfermos, se comprueba casi siempre la presencia del **Micrococcus tetrágenus,** del **Coco - bacilo** de Pfeiffer, del **micrococcus catarrhalis,** y algunas raras veces el **diplococcus** de Frankel - Talamon o el bacilo de Friedländer.

Polinucleolisis con mononucleosis, en un enfermo que presenta el cuadro clínico que mas arriba hemos descrito, constituye **síntoma precoz de laboratorio de gran valor, el que casi siempre revela la reciente implantación tuberculosa en el parenquima bronco pulmonar,** antes de que el bacilo pueda presentarse en el campo del microscopio, y antes aún de que las manifestaciones clínicas y hasta radiológicas de dicha lesión inicial, puedan hacerse patognomónicamente ostensibles.

Se estima mas aún esta comprobación, si se tiene en cuenta el tiempo que se aprovecha para hacer la terapéutica intensiva y enérgica moderna, que reconstituya con rapidez un organismo que se derrumba y que bloquea, enquista y anula al bacilo de Koch, cuando recien se instala en el parénquima de su predilección, después de vencidas las dos primeras barreras, que el organismo opone a su invasión.

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

Biblioteca Lima-Perú

Devolver a un enfermo su sangre, sus fuerzas, sus energías, su antigua euforia por haber comprobado en el esputo el síntoma precoz de la **polinucleolisis con mononucleosis,** es hacer **práctica** una terapéutica seguramente provechosa.

CONCLUSIONES

a).—La **leucocitolisis polinuclear** con **mononucleosis** en el esputo de un enfermo con tos, anemia, astenia, pérdida del apetito, con flogosis sub-aguda en el aparato linfoide naso - faríngeo y con febrícula tenaz, es síntoma de tuberculosis pulmonar.

b).—Este síntoma se observa aun antes de la aparición de signos patognomónicos a la auscultación y aún a la radiografía del sitio donde se inicia el cultivo del bacilo de Koch.

c).—Su comprobación, implica una terapéutica inmediata y enérgica, que resultará provechosa para bloquear y calcificar al bacilo de Koch, en sus primeras manifestaciones de cultivo bronco pulmonar.

d).—El aumento progresivo de leucocitos polinucleares desintegrados, indica agravación del paciente, en cambio su disminución sucesiva, acusa marcha segura del enfermo hacia la curación

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

OBSERVACIONES SOBRE TUBERCULOSIS RENAL

Por el Dr. C. MORALES MACEDO



La serie de estudios científicos acerca de la tuberculosis renal que publicamos en 1915, sintetizaban el resultado de nuestras observaciones durante tres años en las clínicas urológicas de New York. (1).

Aprovechando del nutrido grupo de enfermos del departamento de vías urinarias del **N. Y. Post - Graduate Hospital** y del consultorio privado de nuestro finado maestro el Profesor Ramón **Guiteras,** hicimos la cumplida revisión de los conocimientos respecto a una dolencia que, por lo difundida y apremiante para los enfermos, por su rica sintomatología, sus demandas de diagnóstico y sus indicaciones terapéuticas, sigue mereciendo destacada atención en los centros médicos.

Analizamos los síntomas, separando los signos clínicos constantes de los que suelen desaparecer durante los períodos de alivio del enfermo, verificamos observaciones cistoscópicas, trabajos

---

(1).—C. Morales Macedo.—**The recoveries in renal tuberculosis.** The Urological and Cutaneous Review. Vol. 3. Nº 4. 1915.

C. Morales Macedo.— **Kidney funtion in tuberculosis.**—N. Y. Medical Journal. 1916. Vol. CIV. Nº 13. p. 600.

C. Morales Macedo.—**The Ambard's Test in Kidney Disease.**—N. Y. Medical Journal. 1915. Vol. CIII.— p. 258.

C. Morales Macedo.—**La curación expontánea de la tuberculosis renal.**—Publicado por la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana.—1 volúmen.—Imp. Casanova. Habana.— 1915.

C. Morales Macedo.—**Los períodos de mejoría en la tuberculosis renal.** —7º Congreso Médico Panamericano, San Francisco, Cal. Junio 20. 1915.

C. Morales Macedo.—**Cystoscopic findings in renal tuberculosis.**— The Urological and Cutaneous Review. Vol. 3. 1915.

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

de laboratorio y las diversas pruebas de la capacidad funcional de los riñones, procurando delimitar el valor diagnóstico y pronóstico de cada investigación y su importancia para la mejor orientación terapéutica.

Al tratar de la patogenia y evolución de las tuberculosis renales, se destacan estas cuatro conclusiones que dieron lugar a justificada discusión, casi intolerante, ya que no se adaptaban al cuerpo de doctrinas médicas de la época (2):

1º—Es imposible sostener la división de las tuberculosis renales en médicas y quirúrgicas;

2º—Las tuberculosis renales son infecciones secundarias, la forma verdaderamente primitiva es excepcional;

3º—En su comienzo la infección es siempre bilateral; y

4º—Durante el período inicial la curación expontánea es frecuente y el desarrollo ulterior es excepcional. En muchos casos el éxito de la nefrectomía se debe a que el riñón supuesto sano ha curado. La poliuria, la piuria y aun la simple albuminuria de los tuberculosos pulmonares, deben ser interpretados como la discreta manifestación de una infección renal susceptible de curar o de permanecer latente.

Añadía algún atractivo a estas conclusiones, la inusitada presentación de tres casos de curaciones expontáneas de tuberculosis renales avanzadas, curación aparente y quizá precaria, pero que los propios enfermos consideraron real y definitiva.

Después de 20 años, es interesante contemplar los resultados de dichos estudios a la luz que proyectan los nuevos conceptos acerca de la infección tuberculosa, agregando a ello las observaciones comparativamente imperfectas que nos ha sido posible recoger últimamente.

UNIDAD DE LAS TUBERCULOSIS RENALES MEDICAS Y QUIRURGICAS

Todavía se consideran como "quirúrgicas" las tuberculosis renales llamadas "unilaterales", porque no ha podido comprobarse la infección del otro riñón y porque justifican la nefrectomía (formas nodular, caseosa, úlcero-cavernosa, etc.); y quedan clasificadas como "médicas" las "bilaterales", que ocurren en el curso de una tuberculosis pulmonar, la forma miliar de marcha rápida y los procesos avanzados con ostensible compromiso de ambos riñones.

Esta clasificación entraña un evidente error de concepto, que aun perturba la interpretación de los éxitos quirúrgicos e inhibe la acción del tratamiento puramente médico. Tal clasificación nos conduce a pensar que las diversas actividades profesionales aún

---

(2).—Seventh, Panamerican Medical Congress. San Francisco, Cal. 1915. Proc. of the Reno-Vesical Society. New York. 1915.

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

separan la Medicina y la Cirugía con una fuerza mayor de la que tienen para unirlas los postulados científicos (unidad etiológica y patogénica, etc.), que asignan al cirujano una simple acción terapéutica, aunque a veces decisiva y eficaz.

Un solo concepto fisio-patogénico debe inspirar nuestra conducta frente a cualquier caso de tuberculosis renal, sea o no susceptible de beneficiarse con la nefrectomía. Las lesiones que pueden demostrarse en uno solo o en los dos riñones, son la manifestación tangible de la infección general tuberculosa localizada en órganos de deficiente resistencia.

A este respecto, debemos asimilar nuestros conceptos sobre tuberculosis renal a los que se aceptan como indiscutibles tratándose de la tuberculosis pulmonar. Juzgar de la importancia de las lesiones de un riñón y de su influencia en la vida del enfermo por la intensidad de los síntomas locales o por la disminución de la capacidad urinaria, equivale a suponer que frente a definidas lesiones de un pulmón un tisiólogo tratase de hacer una interpretación clínica basada en la disminución de la capacidad respiratoria, sin tomar en cuenta las reacciones celulares y humorales que ocurren en todo el organismo tuberculoso. Son estas reacciones biológicas las que imprimen la verdadera fisonomía clínica, las que autorizan el pronóstico y orientan el tratamiento explicándonos los éxitos y los fracasos.

Es indudable que el especialista en vías urinarias encuentra siempre la tuberculosis renal en un período francamente avanzado de su evolución. Los síntomas subjetivos son en un principio tan variables, tan leves e inconstantes, que la dolencia pasa inadvertida para el enfermo y queda insospechada por el médico. Actualmente se describe un período "pre-clínico", etapa silenciosa, que — al decir de **Harris** (3) — por lo general dura varios años. Nada sabemos respecto al curso de la enfermedad desde que el primer bacilo tuberculoso se implanta en el riñón hasta que la invasión de la vegiga despierta los primeros síntomas. Debemos convenir en que las lesiones unilaterales, llamadas "tuberculosis quirúrgicas" representan los restos localizados de una infección que al principio estuvo diseminada.

Los puntos cardinales que tocaremos más adelante y que se refieren a la infección tuberculosa renal siempre secundaria, a su comienzo siempre bilateral, a su difusión en tuberculosos de otros órganos, a su curación expontánea frecuente en el primer período, a su ocasional curación en períodos avanzados, al éxito duradero de nefrectomías que dejaron el otro riñón seriamente enfermo y a los resultados de importantes investigaciones experimentales expuestas en la moderna literatura médica, pondrán de relieve la inconsistencia de toda clasificación de las tuberculosis renales en

---

(3).—Harris R. I.—**Observations of the pathology of surgical tuberculosis with particular reference to the incidence of tubercolous bacilluria.** —American Journal of Surgery. 1930. X. pág. 514.

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

médicas (bilaterales) y quirúrgicas (unilaterales). Contribuirán a destacar los conceptos y orientaciones terapéuticas derivadas de la fisio-patogenia de la tuberculosis, entidad nosológica general, que ataca los pulmones o riñones, ganglios o articulaciones, afectando modalidades clínicas muy diversas de acuerdo con su localización predominante o con la virulencia y faz evolutiva del gérmen, pero manteniendo sus características reacciones citológicas y humorales.

LAS TUBERCULOSIS RENALES SON INFECCIONES SECUNDARIAS

Se acepta hoy que, casi invariablemente, la tuberculosis aborda los riñones por la vía sanguínea; no se poseen pruebas que permitan atribuír un rol esencial a la vía linfática, aunque es probable que los linfáticos del riñón contribuyan a la diseminación de las lesiones en el parénquima; ya están lejanos los tiempos en que la teoría de la infección ascendente fue tomada en seria consideración. Para que los gérmenes tuberculosos (en cualquier estado de su evolución biológica) lleguen a los riñones, es necesario que se difundan en el torrente circulatorio, después de haberse colonizado en los aparatos digestivo o respiratorio o aún en la piel. La tuberculosis renal no debe ser considerada como primitiva, aunque no se descubren huellas de su primer foco.

La tolerancia del parénquima renal respecto a la tuberculosis y sus admirables defensas son hechos evidentes, ampliamente probados por la experimentación, por ocasionales observaciones clínicas y hallazgos de autopsia. Desde luego persiste la impresión de que el riñón no deja pasar a la orina los gérmenes tuberculosos o por lo menos los bacilos ácido-resistentes descritos por Koch. **Henline** dice "la baciluria tuberculosa no existe sin lesión patológica del riñón" (4). Muchas experiencias han probado que los bacilos tuberculosos inyectados en el torrente circulatorio de animales sanos, no han podido ser recojidos en la orina.

Lieberthal y **Von Huth** (5) llevaron a cabo un laborioso experimental confirmando recientes investigaciones que demuestran la rápida desaparición de los bacilos inyectados en la sangre, que pasan a través de la circulación del riñón para alojarse en otros órganos. El riñón posee una peculiar inmunidad para la infección hematógena con bacilos de Koch, quizá a causa de su rica vascularización. La infección renal solo ocurre cuando se han producido serias lesiones locales o cuando grandes masas de baci-

---

(4).—Henline R. B.—**Renal Tuberculosis.**—Surgery, Ginecology and Obstetrics. 1933. Vol. LVII. pág. 231.

(5).—Lieberthal and Von Huth.—**Tuberculous bacilluria and excretion tuberculosis.**—Surgery, Ginecology and Obstetrics. 1932. Vol. LV. pág. 440.

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

los inyectados causan una embolia que facilita su implantación en el tejido renal.

Llevando estas y otras conclusiones experimentales al terreno de la patología humana para interpretarlas con justo criterio clínico, debemos convenir en que apoyan fuertemente la idea de que la tuberculosis renal es secundaria. La infección primitiva solo tiene explicación en los excepcionales casos de previas lesiones del parénquima del riñón o de embolias provocadas por masas bacilares.

Las citadas experiencias apoyan igualmente el concepto de que las bacilurias a Koch en enfermos atacados de tuberculosis de otros órganos, implican lesiones tuberculosas del tejido renal. De ello deducimos que la tuberculosis renal está ampliamente difundida en patología, como también lo comprueban los datos recogidos en millares de autopsias de tuberculosos, siendo digno de notarse la proporción mucho mayor (37 %) de tuberculosos renales entre los enfermos primitivamente atacados de lesiones óseas, articulares y ganglionares, que entre los afectados en los pulmones ú otras vísceras. (6).

LA TUBERCULOSIS RENAL ES BILATERAL

Es innegable que en la inmensa mayoría de los casos, la tuberculosis renal ostensible en clínica, afecta a uno solo de los dos riñones. Es la manifestación clínica ostensible, pero no es la expresión patológica real. Mantenemos hoy el concepto, anunciado ayer, de que la tuberculosis renal es bilateral, aunque solo llega a nuestro conocimiento por conducto de uno solo de los dos riñones.

Desde luego las antiguas estadísticas (**Israel, Keonlein, Albarrán, Desnós** y **Millet, Rafin, Mayo,** etc.) señalaron un promedio de diagnósticos clínicos de tuberculosis bilateral en el 15 % de los casos y unilateral en el 85 %. A medida que se han realizado progresos en la exploración renal, especialmente con los nuevos procedimientos radiológicos, la proporción de tuberculosis bilaterales diagnosticables ha aumentado considerablemente. En las autopsias, la tuberculosis bilateral se ha observado en el 70 % de los casos (**Waldschmith**). Las más recientes investigaciones anátomo-patológicas, hacen subir esta proporción al 92 %.

Ha contribuído mucho a afianzar el error acerca de la unilateralidad de la tuberculosis renal, la impresión a diario producida por el indiscutible éxito de las nefrectomías. Extirpado el primer

(6).—Mc. Kenna, Sweany.—**A. Comparative study of tuberculous lesions of the urogenital tract.**—Surgery, Ginecology and Obstetrics.—1932.—Vol. LIV. pág. 239.

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

riñón que se manifestó clínicamente enfermo, la salud del operado ha dado fuerza a la opinión de que el otro riñón nunca estuvo lesionado.

Las observaciones ya numerosas de curaciones expontáneas de tuberculosis renales avanzadas, los estudios clínicos que demuestran la condición tuberculosa del único riñón que quedó después de una nefrectomía y recientes investigaciones experimentales, prueban que la buena salud del operado se debe generalmente a que el riñón menos enfermo quedó en condiciones muy favorables para su curación prácticamente expontánea.

Tan cierto es que el éxito franco de la nefrectomía no implica la integridad del riñón remanente, que urólogo de la talla de **Braasch** (7) afirma que "cuando después de una nefrectomía se comprueba que el riñón supuesto sano estaba tuberculoso, la subsiguiente curación o mortalidad son prácticamente las mismas que en los casos de infección estrictamente unilateral".

Spitzer (8) admite la utilidad de extirpar un riñón aún cuando se sepa que el otro también está infectado. **Henline** (9) escribe: "he extirpado un riñón a enfermos que sufrían de tuberculosis bilateral y actualmente la enfermedad se ha detenido con notable mejoría clínica". Este autor, cuyas conclusiones se basan en 97 casos, sostiene que la extirpación del riñón más enfermo ofrece la posibilidad de detener la tuberculosis en el otro riñón y afirma que "en los últimos años se descubre una proporción cada vez mayor de tuberculosis bilaterales."

Leni (10) cree que la tuberculosis bilateral no es siempre una contradicción para extirpar el riñón más afectado. Animales con tuberculosis bilateral, nefrectomizados por **Uffreduzzi** y **Forni** (11) vivieron más tiempo que los animales conservados como elementos de control; estos experimentadores observaron, además, que en muchos casos el restante riñón tuberculoso curó clínicamente y las huellas cicatriciales fueron encontradas en la autopsia.

La imposibilidad clínica de descubrir al mismo tiempo la tuberculosis en los dos riñones y el éxito de las nefrectomías oportunas, constituyen los dos baluartes a que todavía se acojen quie-

---

(7).—Braasch. W. F.—**Tuberculosis of Kidneys.**—Journal of Urology. 1930. Vol. XXIII.—pág. 669.

Braasch. W. F. and De La Penna.—**Renal Tuberculosis.**—Pennsylvania Medical Journal. 1931. Vol. XXXIV.—pág. 769.

(8).—Spitzer W. M.—**Indications and contra-indications for nephrectomy for renal tuberculosis.**—Journal of Urology.—1930. Vol. XXIV. pág. 470.

(9).—Henline.—Loc. cit.—

(10).—Leni.—**La nephrectomia nella tuberculosi renale.**—Arch. ital. di Chirurgia. 1933. Vol. XXXIII. pág. 241.

(11).—Forni G. G.—**Sul decorso della tuberculose in un rene dopo l' asportazione del rene opposto.**—Arch. ital. di Chirurgia.—Bologna 1919. Vol. I.—pág. 85-150.

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

nes sostienen que la tuberculosis renal es al principio unilateral. Tales argumentos se desvanecen ante los modernos procedimientos de exploración renal, cada vez más precisos, ante las investigaciones anatomo-patológicas o experimentales y especialmente ante la curabilidad expontánea (o simplemente médica) de la tuberculosis renal. Mas aún, creemos que hay fundamento para sostener que la extirpación de un riñón facilita la curación real del otro riñón también tuberculoso.

Es probable que la nefrectomía provoque en el riñón opuesto, a exigencias de la mayor demanda funcional, condiciones de mejor irrigación favorable para su lucha contra la invasión tuberculosa. **Calef** (12) llevó a cabo recientemente un estudio experimental sobre las alteraciones histológicas y funcionales en el riñón que queda después de una nefrectomía unilateral verificada en perros sanos; durante los primeros días se produce edema, vasodilatación y alguna infiltración del parénquima, al que sigue una moderada hipertrófia e hiperplasia de los glomérulos, hasta que el único riñón activo se adapta a la doble tarea funcional.

Son ya numerosos los casos de nefrectomías seguidas de comprobación post-operatoria de la tuberculosis del riñón útil y que han terminado por la radical curación del enfermo. Creemos que la Ciencia reconocerá la bilateralidad de las lesiones renales tuberculosas, con diferente grado de evolución en cada riñón; pero no por ello se detendrá la mano del cirujano y la nefrectomía a tiempo continuará siendo una práctica de gran utilidad terapéutica. Ayudará eficazmente al organismo en su tarea repadora de las lesiones bacilares, sin pretender extirpar radicalmente el mal tuberculoso. La vieja cirugía urológica, dotada de grandes recursos técnicos, actuará frente a la tuberculosis renal con el mismo título con que la moderna cirugía toráxica interviene en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

LA CURACION EXPONTANEA DE LA TUBERCULOSIS RENAL

El período inicial de la tuberculosis renal como lo llamamos en 1915, período "pretuberculoso" como se designó después para significar que aun carece de lesiones específicas, o período "preclínico" como lo llaman últimamente, entraña sin duda el silencioso comienzo de la afección tuberculosa de los riñones.

Creemos que durante esta primera etapa, la curación es frecuente, y la evolución ulterior es excepcional. Así se explica la enorme desproporción entre el reducido número de casos reconocidos en clínica y el mayor porcentaje con lesiones descubiertas en autopsias.

---

(12).—Calef C.—**Modificazioni istologiche e funzionali del rene superstite dopo nephrectomia unilaterale.**—Arch. ital. di Urologie.—1932, Vol. IX pág. 637.

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

La tuberculosis provoca en el riñón, como en los demás órganos, reacciones defensivas cuya eficacia depende de muchos factores biológicos, inherentes al gérmen y propios del organismo invadido. Y el tejido renal tiene una peculiar tolerancia para el bacilo de Koch, como lo prueban precisas observaciones clínicas, minuciosos estudios anátomo-patológicos y, especialmente, los resultados de laboriosas investigaciones experimentales.

La lucha contra la infección tuberculosa determina con frecuencia el acantonamiento de las lesiones en el parénquima, sin que el proceso pueda abrirse paso a la pelvis renal para dar lugar a los síntomas que llaman la atención del médico. En el curso de este período inicial, es frecuente la curación por cicatrización como lo revela el estudio anatómico de numerosos specimens de riñones, que soportaron los primeros embates del bacilo tuberculoso.

La curación real, anatómica, tomando el vocablo en el mismo sentido que se usa en tisiología, ocurre frecuentemente durante este primer período de la invasión tuberculosa de los riñones. Fundándose en el estudio de mil casos de tuberculosis renal, **Lieberthal** y **Huth** (13) sostienen que la llamada "nefritis tuberculosa" es una incipiente "tuberculosis quirúrgica"; que al principio existen diminutas ulceraciones tuberculosas en el parénquma renal, lesiones leves que se desarrollan en ausencia de síntomas, sin disminución de la capacidad funcional de los riñones, sin datos de laboratorio y con normales aspectos cistoscópicos y radiológicos.

Cuando la infección tuberculosa llega a franquear la pelvis renal, se hace apreciable en clínica por una rica sintomatología, especialmente motivada por la invasión de la vejiga. Todo hace suponer que, en tal estado, el proceso tuberculoso termina con la muerte del riñón, sea por nefrectomía, por exclusión expontánea o por fallecimiento del enfermo. Aunque existen muchos pacientes, operados o no, que recobran la salud después de haber exhibido avanzados procesos tuberculosos de los riñones, no se trata de curaciones en el sentido anatómico empleado anteriormente; tales casos pueden citarse como la revelación de los grandes recursos que emplea el organismo en su lucha contra la invasión bacilar y constituyen el argumento más poderoso en favor de la curación real de las tuberculosis renales incipientes.

La literatura urológica está llena de historias clínicas de enfermos de tuberculosis renales, bilaterales y avanzadas, que recuperaron un satisfactorio estado de salud después de haber sido rechazados de las salas de operaciones y prácticamente abandonados a su propia suerte. Varios enfermos, citados por **Harris** (14)

---

(13).—Lieberthal and Huth.—**Tuberculous nephritis and tuberculous bacilluria.**—Journal of Urology. 1933. Vol XXX. pág. 153.

(14).—Harris.—**Loc. cit.**

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

"cuyas orinas contenían durante uno o más años, bacilos y pus se encuentran ahora libres de dolencias y sin gérmenes".

Los casos de exclusión expontánea de un riñón casi destruído por la tuberculosis (auto-nefrectomias), aunque excepcionales, nos inducen a creer que la oclusión del ureter es un medio biológico de defensa, ya que transforma en "cerrada" la tuberculosis renal que era "abierta". Es interesante anotar que la oclusión operatoria del ureter de un riñón tuberculoso es calurosamente recomendada por **Penna** (15) como medida previa a la nefrectomía, afirmando que este procedimiento ayuda a la hiperfunción compensatoria del riñón supuesto sano.

Ilustramos los anteriores conceptos con la presentación de los siguientes enfermos, curados casi expontáneamente de tuberculosis renal, cuyas historias clínicas, ampliamente documentadas, se sintetizan de la manera más breve que nos ha sido posible:

Nº 1.—J. P., hombre, zapatero, acudió por primera vez al consultorio del Dr. Guiteras (New York) en setiembre de 1906, quejándose de dolor lumbar y frecuencia de micciones. El examen reveló dolorabilidad sobre el riñón derecho y orinas con pus y células renales. La cistoscopia descubrió dos pequeños cálculos y tubérculos al rededor del meato ureteral derecho y cerca del cuello de la vejiga. Nuevos análisis de orina denotaron además de pus y epitelio renal, sangre y cilindros finamente granulosos. Algunos meses después, se cateterizaron ambos uréteres. Las orinas analizadas en el Instituto Rockefeller demostraron bacilos de Koch procedentes del riñón derecho. Se aconsejó la nefrectomía, que no fué aceptada por el enfermo.

Después de una larga ausencia, el enfermo concurrió nuevamente al consultorio del Dr. Guiteras en setiembre de 1914. Desde esa fecha hasta 1917 fue estrictamente observado por nosotros. El paciente afirma que ha gozado de excelente salud durante siete años; que a fines de 1912 comenzó a sentir dolor lumbar y a orinar con frecuencia; que tuvo una hematuria la que se repitió durante el último mes.

El exámen clínico revela una condición general relativamente satisfactoria. Pesa 137 libras. Hay ligera fiebre vespertina. Nada se descubre en el aparato respiratorio. Los análisis de orina denotan pus y bacilos tuberculosos. La cistoscopía permite apreciar un trígono congestionado y numerosos tubérculos diseminados; el meato ureteral derecho deja fluír orina aparentemente clara; el meato izquierdo está transformado en un pequeño cráter y parece cerrado. Se cateteriza el lado derecho, recogiéndose abundante orina, de caracteres normales. En la imposibilidad de pesar un cateter al riñón izquierdo se deja una sonda en la vegija por donde se recoje algunos centímetros cúbicos de un líquido turbio que no es orina. Con las pruebas de la fenolptaleína y constante de Ambard se llega a la conclución de que el riñón izquierdo no funciona a causa de la obstruc-

---

(15).—De la Penna A. E.—**Artificial oclusión of the ureter previous to nephrectomy in renal tuberculosis.**—Journal of Urology. 1932. Vol. XXVIII. pág. 343.

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

ción de su uréter y que el riñón derecho desempeña una doble tarea funcional.

En noviembre de 1914 el enfermo anunciaba una franca mejoria. Se repitieron las anteriores investigaciones con resultados practicamente análogos.

Ocho meses después, había aumentado de peso y exhibía magnífico estado de aparente salud. En esta condición fue personalmente conducido por el Profesor Guiteras a presencia de los miembros de la sección urológica de la New York Academy of Medecine, a donde el caso fué animadamente discutido, manifestándose casi unánime la opinión respecto a un mal pronóstico.

Un año después, vimos por última vez a este enfermo, quien entonces poseía excelente fortaleza física.

Consideramos este caso como uno de los más interesantes que pueden citarse, pues con él se demuestra que durante siete años la evolución silenciosa de la tuberculosis renal puede producir la infección avanzada del riñón que al principio parecía sano y el bloqueo de su ureter (auto-nefrectomía del riñón izquierdo), mientras que el derecho, el primero que enfermó, es el que sostiene la vida del individuo. Y que cuatro años después continúa el buen estado de salud, a pesar del dilatado proceso tuberculoso que ocurrió en el único riñón útil.

(La historia Clínica detallada de este caso está publicada en "C. M. M. The recoveries of renal tuberculosis").

No. 2.—K. M., hombre de 26 años.—Abceso del psoas izquierdo a la edad de 10 años. Consultó en noviembre de 1914 por frecuencia y premura para orinar, lo cual databa de tres meses. El exámen revela buen estado general, un nódulo probablemente tuberculoso en la próstata y orinas turbias, cuyo análisis arroja pus, epitelio renal y vesical, cilindros finamente granulosos y bacilos de Koch.

La cistoscopía permite apreciar una cistitis tuberculosa aguda con placas de tubérculos; el uréter izquierdo no puede cateterizarse hasta la pelvis. El análisis de las orinas separadas da menor eliminación por el lado izquierdo y bacilos de Koch. Las pruebas de la fenolsulfoptaleína y Ambard señalan cifras de función renal deficiente, mas pobre en el riñón izquierdo, pero que permiten concluír afirmando que el derecho también está seriamente afectado.

De acuerdo con estas investigaciones, el enfermo no fué operado. Después de seis meses de vida en el campo, regresó en condiciones generales notablemene mejores; ganó 18 libras de peso; gozaba de buen sueño y apetito; no sufría dolores y su única molestia consistía en la frecuencia de micciones (7 veces al día y 2 de noche). La repetición de las anteriores investigaciones comprobó esta mejoría evidente. Dos años mas tarde, encontramos a K. M. en las calles de New York; nos afirmó que se encontraba bien y que trabajaba activamente.

(La historia clínica correspondiente está publicado en detalle en "C. M. M. The Urea index in Kidney Disease").

No. 3.—C. A. O., hombre, de 33 años. En 1906 sufrió una seria afección pulmonar. Síntomas urinarios desde un año antes del exámen clínico en noviembre de 1914: orinas turbias con pus, serina, células renales y bacilos de Koch. Radiografía negativa. La cistoscopía y el cateterismo

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

ureteral comprueban la seria invasión de la vejiga y la presencia de bacilos tuberculosos en las orinas de ambos riñones. Las diversas pruebas de la eliminación renal son deficientes y revelan la precaria condición de los dos riñones. El exámen del tórax (radiografía) exhibe una afección pulmonar tan seria como la renal. No fué operado.

Las dolencias de este enfermo mejoraron bajo un tratamiento paliativo. Durante ocho meses se sujetó a estricto régimen y fué observado en varias ocasiones, apreciándose la franca mejoría de las lesiones locales y del estado general, lo cual llama la atención tratándose de un avanzado caso de tuberculosis con lesiones pulmonares y renales.

En febrero de 1916, el paciente afirma que cada día se siente mejor; el peso ha permanecido prácticamente estacionario, pero ya no sufre dolores ni molestia alguna en las vías urinarias pues hasta la frecuencia de micciones es normal.

(La historia clínica que se refiere a este caso, está detalladamente publicada en "C. M. M. The recoveries in renal tuberculosis").

No. 4.—S. S., hombre de 29 años. Acudió al servicio del Dr. Guiteras en el Post Graduate Hospital de New York en setiembre de 1914 para curarse de una blenorragia. Nada especial descubre el exámen clínico. La uretritis curó con relativa rapidez.

Este individuo, dotado de fortaleza física y aparente salud, formó parte del grupo de personas sanas elegidas por nosotros para determinar la fisiología de las pruebas de eliminación renal (ptaleína, determinaciones de la urea, Ambard, etc.) y establecer datos comparativos para los diversos estados patológicos.

En el curso de tales investigaciones se comprobó que este sujeto era portador de una tuberculosis renal que evolucionaba silenciosamente. La cistoscopía permitió ver las características granulaciones tuberculosas agrupadas cerca del meato ureteral derecho. El análisis de las orinas separadas denotó pus y epitelio renal en ambas y bacilos de Koch en la del riñón derecho.

En febrero de 1915 ya la investigación de bacilos fué negativa, la cistoscopía y todos los datos de laboratorio exhibieron condiciones absolutamente normales.

En mayo visitamos a S. S. encontrándole entregado a un trabajo activo y con la apariencia de quien goza de salud perfecta. Se resistió a nuevas investigaciones. Escojimos una simple muestra de orina, cuyo análisis demostró una buena eliminación renal.

Es particularmente interesante este caso en que la tuberculosis renal evoluciona silenciosamente sin síntomas que pudieran hacerla sospechar, en que ha sido diagnosticada de ocasión al hacer estudios de fisiología renal y en que la curación se ha producido expontáneamente en el término de pocos meses.

(La historia clínica correspondiente está publicada en detalle en "C. M. M. La curación expontánea de la tuberculosis renal").

No. 5.—A. T. U., mujer, de 17 años, bien conformada y hermosa, concurrió a consulta particular en Lima, en febrero de 1918, a causa de dolores en la rodilla izquierda y ligera fiebre vespertina. Se diagnosticó

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

tumor blanco. Fue tratada con régimen tónico e inmobilidad articular, colocándosele sucesivamente tres aparatos enyesados.

En el curso del año: polakiuria y dolor lumbar, seguidos de tenesmo vesical. La cistoscopia demostró lesiones tuberculosas. Se recogen separadamente las orinas, comprobándose por inoculación la tuberculosis evidente del riñón derecho. No fué operada. La afección vesical se trató con instilaciones de gomenol.

En el transcurso de los dos años siguientes ocurrió la desaparición de los penosos síntomas urinarios. La enferma pasó en la sierra una larga temporada. La condición del tumor blanco de la rodilla mejoró al punto de que la articulación ha quedado en extensión, que permite una moderada flexión.

Han transcurrido 16 años desde el comienzo de la afección a los riñones. Hemos sido informados recientemente de que la señorita A. T. U. contrajo matrimonio hace 12 años; ella y sus hijos gozan de salud perfecta; de la antigua tuberculosis renal solo conserva un ingrato recuerdo.

No. 6.—O. C.— Mujer, de 15 años, residente en el Callao, con aparente salud realzada por belleza física, nos consulta en 1917 por fiebre vespertina, debilidad general y trastornos urinarios.

Se recogieron orinas turbias, con pus y bacilos de Koch. La cistoscopía comprobó la tuberculosis renal. Por oposición de la familia no se llevaron a cabo cateterismos de los uréteres ni exploraciones de la función renal. La indicación de una nefrectomía fué aplazada y abandonada después en vista de la mejoría de los síntomas, que un año después habían desaparecido.

En 1921, asistimos a una consulta con motivo de una fiebre tifoidea grave que padeció la señorita O. C. y de la que se defendió admirablemente.

Hemos perdido de vista a esta antigua cliente durante 13 años Una información solicitada en los últimos días nos hace saber que contrajo matrimonio en 1928, que tiene una hijita de cinco años y que se conserva exhibiendo una magnífica salud; recordando la tuberculosis renal que padeció como un episodio sin mayor importancia.

No. 7.—C. P.— Hombre, de 23 años, concurre a consultarnos en abril de 1924, a causa de trastornos en la micción, dolor lumbar y pérdida de peso. Se recogen orinas turbias, con abundantes leucocitos, en cuyo sedimento se colorea el bacilo de Koch. Se practica la cistoscopía, denotando capacidad vesical muy disminuída, notable congestión del trígono y tubérculos especialmente al rededor del meato ureteral derecho. Solo se consigue cateterizar el uréter izquierdo y se recoge orina limpia sin bacilos de Koch. La prueba de la fenolsulfoptaleína y la constante de Ambard dan cifras normales para el riñón izquierdo.

Un mes después practicamos en la Clínica Macedo (General Pico. Rep. Argentina) la extirpación del riñón derecho de este enfermo en cuyo parénquima observamos lesiones úlcero-caseosas. Ninguna mejoría apreciable durante los dos primeros meses. Al tercer mes, nuevo cateteris-

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

mo ureteral, demuestra la invasión tuberculosa del único riñón. El enfermo se somete a un tratamiento local de la vejiga y a un severo régimen fisioterápico, dietético y medicamentoso. Se inicia una franca mejoría.

Este caso sólo pudo ser seguido durante trece meses, al cabo de los cuales el enfermo gozaba de un satisfactorio estado de salud.

No. 8.—O. C. V.— Hombre, de 26 años, fué examinado en Lima en mayo de 1927. Su síntoma principal era una hematuria discreta que se había presentado anteriormente en dos ocasiones y que entonces persistía desde un mes antes. Averiguado el orígen renal de la hematuria, se practicó la cistoscopía, el cateterismo ureteral y las pruebas de permeabilidad a la fenolsulfoptaleína. Se apreció una invasión tuberculosa discreta de la vejiga; la investigación de bacilos de Koch en la orina purulenta que bajaba del riñón derecho fué positiva; la orina del riñón izquierdo hubo de ser inoculada con resultado igualmente positivo; las pruebas de la función renal denotaron una moderada disminución global de la capacidad urinaria, mas marcada para el riñón derecho. Además, este enfermo presentaba un nódulo tuberculoso en el epidídimo izquierdo y se tocaba otra induración en la vesícula seminal del mismo lado.

En vista de estos resultados, se desechó la idea de una nefrectomía y se aconsejó el enfermo una vida descansada en la sierra, siguiendo el régimen usualmente prescrito a los tuberculosos. Tres años después, en agosto de 1930, reapareció en nuestro consultorio, verdaderamente inconocible a causa del aumento de peso (68 kilos) y del buen estado general; el exámen global de sus orinas no denotó alteración patológica alguna. Nos dejó sin argumentos para demostrarle que le convenía regresar a Huancayo ya que la curación podría no ser tan real y definitiva como él se imaginaba.

De lo expuesto se deduce que las conclusiones enunciadas con incertidumbre hace 20 años, se mantienen hoy con el eficaz apoyo de las numerosas observaciones difundidas en la literatura médica y con el realce que les presta la opinión casi unánime de los hombres de ciencia.

Nuestra actitud frente a un enfermo de tuberculosis renal, postula actualmente sobre las siguientes bases:

1a.—El concepto que asigna a la tuberculosis renal el caracter de un episodio clínico en la invasión bacilar;

2a.—La bilateralidad de las lesiones renales, evidente como presunción teórica y cada día más demostrable en la práctica;

3a.—La tendencia a una curación expontánea, a que prestan natural ayuda todos los modernos recursos empleados en el tratamiento de los tuberculosos; y

4a.—La indicación precisa y limitada de la nefrectomía, a la que se asigna el rol de una terapéutica útil pero nunca radical.

En cambio, debemos poner la más inquietante de las interrogaciones en todo lo que respecta a la etiología y fisio-patogenia de la tuberculosis renal y aún al valor de las investigaciones solo basadas en el hallazgo de bacilos de Koch.

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

Ya está resuelta en principio la importante cuestión de las mutaciones del bacilo de Koch en formas no ácido resistentes, aunque todavía permanecen ignoradas las condiciones biológicas — importantes en Patología — que originan esas transformaciones (gránulo, bacilo, micelio,) que hacen del gérmen de la tuberculosis un organismo esencialmente polimorfo, (16).

Las bacilurias tuberculosas encontradas en afecciones que sin duda alguna no son clínicamente tuberculosas (reumatismo articular, demencia precoz, neuritis retro-bulbar, etc.) y la demostración en variados estados patológicos de formas no ácido-resistentes semejantes a las del gérmen de la tuberculosis, son dos hechos que desquician el dogma de la especificidad enunciado por Koch.

La era de la no especificidad de las enfermedades infecciosas está abierta a la sabiduría médica y parece que tiende a dominar en Patología. Ya las nociones de alergia, de hipersensibilidad, todos los factores biológicos activos que generan reacciones en el cuerpo humano, tienen más importancia que el mismo gérmen infeccioso. Como dice **Bezancon** "la enfermedad infecciosa no debe ser una entidad mística, sino una modalidad reaccional" (17).

El clásico concepto etiológico basado en las nociones de "semilla y terreno", hermoso por su simplicidad, se nos presenta ahora como fruto de una ingenuidad sorprendente. Quien se adelantara con audacia a un porvenir cercano, podría afirmar que la tuberculosis no es una enfermedad: es un estado especial del organismo que lo invita a reaccionar contra los estragos de gérmenes, llamados tuberculosos, que ni siquiera tienen una forma definida.

A impulsos de las novísimas investigaciones sobre etiología de las enfermedades infecciosas, el edificio laboriosamente construído por **Pasteur** sobre el intangible dogma de la especialidad microbiana, está conmovido en sus cimientos. En el dominio de las Ciencias Biológicas podría ocurrir lo que aconteció en Ciencias Físicas cuando la teoría de la relatividad demostró la inconsistencia de los postulados de **Euclides.**

---

(16).—Weissfeiler J.—**Zentralblatt für die gesanite Tuberkulose forshung.—Las formas no ácido-resistentes del gérmen de la tuberculosis.** —Bd. 38. Abril 1933.

(17).—Besancon F.—**Les tendances nosographiques actuelles et la** notion d' especificité.—La Presse Medicale. Nº 83.—15 octubre. 1932.

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

LA OFTALMIA PURULENTA DEL RECIEN NACIDO

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE.
MEDICO PUERICULTOR DE LA MATERNIDAD



Ahondar en el estudio de la oftalmia purulenta del recien nacido no demanda ciertamente una excursión por las formas clínicas de la enfermedad de que nutridas andan las publicaciones de patología. Con ese afan se iría tan sólo a apurar la memoria, después de una búsqueda en los ficheros clínicos con el fin, poco laudable, de provocar acaso una idea confusa en asunto que puede ser muy claro. Algo más; sería inactual el inmovilizar dentro del campo curativo un problema que tiene que ser, y es, fundamentalmente, una obra sanitaria del más acabado perfil científico.

Por eso, una vez descrita, con orden y lenguaje suscinto, la enfermedad, se contemplará el modo de hacer su prevención en las maternidades, instituciones a las que, en la hora de ahora, se mira marchando hacia la Maternología integral y no como antes, en que limitadas a la parturición pura dejaban de extender sus funciones a cuanto no representara una actuación médica en la hora roja en que la mujer se convierte en madre.

El material de recien nacidos que está a nuestro alcance es copioso. Son todos los niños que nacen en el Hospital de Maternidad. Dentro de ellos no son raros los que se infectan y forman nuestra casuística en un índice que obliga a preocuparse seriamente. Y así como el actual jefe del Laboratorio ha demostrado, en un trabajo reciente, la cuantía de gestantes y puerperas que están atacadas de blenorragia, igualmente podemos tener la certeza de que las oftalmias gonocócicas de los recién nacidos son comunes en nuestro medio nosocomial. Esta circunstancia es la causante del presente trabajo sobre un punto quizás considerado sin perspectivas para los médicos actuales y en el que han espigado todos los

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

profesionales que pasaron. Pero, como la prevención de la oftalmia purulenta de los lactantes tiene un rango primordial en las casas de maternidad es que vamos a fijar algunas ideas.

PARTICULARIDADES DE LAS CONJUNTIVITIS GONOCOCICAS

Dentro del capítulo de las conjuntivitis blenorrágicas forman un grupo aparte las oftalmias purulentas del recién nacido. Su forma evolutiva, su pronóstico y su cura poseen características propias. Adquiridas al paso de la cabeza por la hilera genital, que facilita el ingreso de los flujos vulvo-vaginales en la cavidad de la conjuntiva, la contaminación bien pronto es ostensible. Esta siembra involuntaria en los ojos del bebé alcanza sus mejores posibilidades cuando es mayor el obstáculo opuesto por el periné, al que forza, en su flanqueo, la cara del niño que nace, y cuyo rozamiento separa el párpado superior del inferior. El saco conjuntival recoge entonces la siembra, si es que ya no albergaba los gérmenes de **Neisser** desde antes de su salida del útero, que según el decir de **Terson,** es fácil de infectarse por vía ascendente.

Las oftalmías de los recien nacidos son, en gran parte, producidas por el coco neisseriano. Así se admite con renovada unanimidad por todos los que trabajan en partos y en pediatría. Empero, aunque se admita esta preminencia del gonococo — que es el que da las formas infectivas más graves — otras veces las investigaciones microscópicas dejan de hallarlo, para encontrar gérmenes distintos que las producen. Oftalmías blenorrágicas y oftalmías purulentas ablenorrágicas son como los moldes en que se han vaciado, respectivamente, los cuadros clínicos de la conjuntivitis del niño acabado de nacer. Indudablemente que todas dependen de las mismas causas y su evitación es efecto de la asepsia de los ojos en el momento del nacimiento. Así lo pedía **Credé,** así lo vieron muy netamente sus continuadores, y así se ha conseguido impedirlo en todos los lugares en donde el rigor científico ha hecho fecundo tan noble ideal de lucha contra la desventura de no ver.

Esta agrupación que han señalado los tratados en que se estudia la dolencia tiene, con todo, un cuadro nosológico propio, idéntico en unos enfermos y en otros. El auge del mal se ofrece siempre semejante a los pocos días del nacimiento. El plazo de 2 a 7 días de incubación es clásico. A menudo lo confirmamos en nuestros enfermitos. La virulencia del gérmen crea tonalidades distintas a los primeros signos. Y a su vez esa reacción del organismo del niño explica como el edema rojo y tenso de las conjuntivas se acrecienta rápidamente y sangra al más ligero roce.

Los oftalmólogos es muy difícil que atiendan la enfermedad en éste estado y es acaso la razón de aquella unanimidad del tratamiento por los colirios de nitrato de plata. Para nosotros la re-

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

visión cuotidiana de todos los nacidos en la Maternidad durante los diez días posteriores al alumbramiento nos permite despistar en su inicio la infección y dominarla por el método que preconizamos más adelante.

Acaso esa práctica sea la razón de que las conjuntivitis gonocócicas ya no pasen a su segunda fase, al período denominado de estado, al estadío en el cual los párpados, reciamente edematizados, ofrecen ocluída la hendidura palpebral, por la que suele escapar un abundante pus que ensucia las mejillas o que antes de deslizarse se seca y adhiere un párpado con el otro. El obstáculo determina el acúmulo purulento en la cavidad conjuntival. Los ojos con el párpado superior así abombados dan una impresión que no se olvida y una sensación de fluctuación al tacto que recuerda la de los abscesos. Las maniobras de cura son de cuidado en aquel instante y siempre habrá que estar atento al entreabrir los ojos para que la proyección del pus no alcance los de la persona que practica la curación por la innegable gravedad que la infección tiene en los adultos.

APARIENCIAS Y REALIDADES

Las exteriorizaciones del proceso oftalmopático en los recien nacidos nada anuncia respecto de su gravedad. Su virulencia, la malignidad de la afección, no siempre anda paralela con los signos visibles ni con la cuantía y calidades del pus, pues abundantes secreciones las dan muchos cuadros benignos y facilmente yugulables a las primeras instilaciones.

Las manifestaciones inflamatorias corren parejas con la marcha de la producción purulenta. Grandes reaciones inflamatorias palpebrales expresan cuantas veces la presencia indisimulable de grandes acúmulos de pus. Basta echar un golpe de vista sobre los ojos del niño para sostener, con grandes visos de verosimilitud, que detrás de los párpados se alberga el líquido purulento que una relativa presión digital hace emerger como un chorro.

Subida importancia tiene, a nuestro juicio, una forma particular de las oftalmias gonocócicas del lactante, algunas veces observadas en la Maternidad. De iniciación violenta — a las 24 horas del nacimiento es ya ostensible — el producto de la secreción deja de ofrecer los francos caracteres purulentos. Se forma mas bien un líquido seroso, claro, que por capilaridad sale por los bordes palpebrales adheridos. Pronto se seca, depositándose como pequeñas costras que, a un ligero reconocimiento, sugieren la idea de una descamación del borde libre del párpado. Si se prosige observando en los días sucesivos es fácil anotar las mutaciones cualitativas y cuantitativas de aquel líquido. De fluído de torma espeso. La característica serosa cede el paso a la producción purulenta. Hácese cremoso y de tinte verdusco en los niños ictéricos, tan frecuentes en nuestra población nosocomial.

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

La investigación microscópica halla gonococos intracelulares, condición sustantiva de las conjuntivas blenorrágicas. El pronóstico es severo, porque la corrosividad del pus trae como de la mano a las complicaciones corneanas. La visión se compromete y no es raro que el niño pierda los beneficios de la luz material y vaya a aumentar el número de los ciegos.

Es en esta forma disimulada y aleve en donde reside el peligro. Juzgada benigna por médicos y obstetrices suele concedérsele escasa atención. Se habla de las conjuntivitis químicas. Se piensa que es la consecuencia de la nitratación, que acaso se practicó exageradamente. Admitido ese discurrir se abandonan las tentativas terapéuticas y no tarda la gravedad de los síntomas ulteriores de dar un rotundo desmentido a tan ligera apreciación.

LO QUE DICEN LOS AUTORES

Revisando las obras de consulta al alcance de nuestra mano hemos dejado de hallar la descripción de esta forma, de la que no hay porque pensar que sea una especialidad de nuestra gente. Véanse éstos párrafos que tomamos de dos tratados en los que nada se enuncia al respecto:

Charlin, una de las relevantes personalidades de la oftalmia americana, dice en su libro: "la conjuntivitis neo-natorum tiene síntomas ruidosos desde el comienzo. Secreción purulenta, abundantísima, quemósis conjuntival, gran edema de los párpados".

Todo ello es muy sugestivo y da la idea de los caracteres morbosos del proceso. No obstante afirma tan adoctrinado autor que los síntomas no pueden variar tanto. Leyendo y reflexionando se prueba una vez más lo vario y cambiante de la práctica médica, en la que sirve de mucho lo enseñado por este maestro, pero que hay que completar y perfeccionar con la elocuente enseñanza de todos los días.

Tampoco parece haber visto ésta disimulada forma de evolucionar la enfermedad un clínico de la alta mentalidad y cultura de **Poulard** cuando escribe: ".....la secreción variable en su aspecto, es siempre abundante, ora consistente, ora filamentosa".

Quien esto dice, acumula el saber de senda experiencia en los hospitales parisienses, y ni en las palabras mencionadas ni en lo que ha escrito en torno de la oftalmía purulenta del recien nacido se anota la anomalía evolutiva que hemos visto confirmada en diversos casos. Los síntomas objetivos en los que se detiene nada dicen sobre lo marcado. Tales características quedan, pues, en pie.

Carlos María Berro, oftalmólogo de Montevideo, con la autoridad que le da en estos menesteres su condición de especialista, tiene registradas idénticas observaciones. "Doi gran importancia — dice — por la gravedad de su pronóstico a una forma clínica. Se caracteriza este tipo clínico — agrega — por lo corto del período de comienzo. Inmediatamente después de éste aparece un pus característico por lo líquido y lo transparente, así como por

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

su color amarillento ambarino, y por su extraordinaria abundancia..... Esta secreción es francamente líquida, se hace después más espesa hasta adquirir las características del pus blenorrágico, sin disminuír por ello en cantidad. En estos casos he encontrado siempre gonococos y han revestido formas graves porque queman las etapas y van rápidamente a dar complicaciones corneanas".

Sensiblemente igual a nuestro aserto son estos decires del oculista oriental. Por no ser sino obligados curadores de la oftalmía blenorrágica del niño en razón del cargo ejercido en el hospital de Maternidad es que hemos acudido a las citas que proporcionan la autoridad que carecemos en oftalmología. Aisladas nuestras observaciones acaso valgan muy poco. Enriquecidas por las apreciaciones de los que saben adquieren la importancia que es menester conceder a una variante clínica, que por sus apariencias bien puede ser abandonada y negársele la repercusión que al cabo va a tener sobre la visión futura del ser que la padezca. El estafiloma por lo menos es el mínimo daño que ocasiona en el ojo esa **forma subrepticia** de la gonococia conjuntival.

Este pronóstico remoto adquiere severas formas en los bebés con alguna tara. Ella de por sí está mostrando la forma grave en que se tornará cualquier lesión que experimente el niño. Acude aquí a la mente la afirmación de **Letamendi** cuando dijo que no hay enfermedades sino enfermos. Expresión de simple contenido aparente acaso, pero que envuelve toda la trama que se origina en el conflicto de un organismo en toda su potencia biológica con un agente causal en el que se suma también la máxima fuerza vital. Por eso vemos desde un ruidoso cuadro morboso con relieve y agudeza de síntomas, en los seres carentes de los factores inmunitarios, hasta los síndromes leves, soslayados e incompletos. Toda una gama multiforme de enfermos caen en medio de estos dos aspectos clínicos, que indican hasta que grado resulta imposible clasificar nuestros pequeños pacientes. Antes bien, con ello se muestra la necesidad de adaptar a las formas generales los casos examinados en un trabajo más inteligente que una simple operación clasificadora.

PERSONALES APRECIACIONES

Todavía los elementos de la estadística no son todo lo completos que permitan sentar afirmaciones categóricas basadas en la cuantía de los casos de oftalmía purulenta, en la variante clínica descrita renglones arriba. Renunciando a los datos demográficos y ateniéndonos a las impresiones de conjunto — que no son precisas claro está — puede decirse que un dos por ciento de los nacidos, afectados por el diplococo de **Neisser**, ostentan una evolución que puede encajarse en la forma subrepticia de la conjuntivitis neo-natorum.

Cabe preguntarse aquí si ésta forma infectiva es más frecuente en nuestros ambientes que en los de los países etnicamente se-

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

mejantes y en los racialmente diferentes por la pureza de los individuos excentos de las taras del mestizaje, gran poblador de nuestras salas de hospital. Una revisión, poco documentada en verdad, de la bibliografía en Sudamérica apenas muestra forman clínica semejante en Montevideo, donde uno de sus oftalmólogos más dados al estudio de la forma infantil de la gonococia ocular tiene anotado la aparición de estos casos cuya gravedad advierte a cuantos tienen que habérselas con ellos. Y en el Ecuador, otro oculista afanoso compendia las características clínicas de la forma subrepticia de la oftalmía y establece el modo de dominarlas. El leucoma, la atrofía ocular, el estafiloma y hasta las panoftalmías con pérdida completa de la visión que impone la enucleación del ojo, tales son las amenazas y las proyecciones, inmediatas o tardias, de esta grave orientación morbosa de ciertas conjuntivitis neisserianas.

Mas vastas perspectivas para el médico pediatra tiene la oftalmía purulenta cuando aquella peligrosa forma clínica asienta en determinados niños, en los nacidos bajo cierto estado constitucional, en los afectados por taras hereditarias fundamentales. Tan complejas causas le dan a la infección de la vista por el gonococo un rango especial, directivo, primordial. El rigor de la observación lo hace ver nítidamente. Y en nuestras salas del Hospital de Maternidad cualquiera puede apreciar lo que venimos registrando sin clarividencia ninguna. Constantemente lo hemos hecho conocer al personal auxiliar en el auge que toman las secreciones, que día a día se hacen más abundantes y corrosivas.

Sin un enérgico tratamiento contínuo la virulencia destruiría los ojos infantiles. Por esta razón los factores vulnerantes de la salud, especialmente la sífilis y la tuberculosis, que alcanzan entre nosotros guarismos importantes, le dan a la afección ese tinte sombrío y severo que se menciona. La difusión en las madres de la gonococia — 35 por ciento entre las asiladas en la Maternidad de acuerdo con las investigaciones del laboratorio — aclaran el juicio. Un tercio de la población nosocomial está infectada por el **Neisser,** esto es, un tercio de madres con evidentes posibilidades de contaminar los ojos de sus vástagos en la hora de la parturición. ¿Puede extrañar, entonces, que aun practicándose lo preconizado por la ciencia de depositar en los ojos del nacido, soluciones argénticas, se encuentre la conjuntivitis gonocócica con relativa frecuencia?.

INTENTOS DE CLASIFICACION CLINICA

Las infecciones de los órganos de la visión las consideramos en dos grupos: primitivas y secundarias. En ambas categorías puede ofrecerse el cuadro grave reiteradamente referido líneas arriba. Las primitivas, serán aquellas en las que la infección causante — la gonococia — recae en los nacidos afectos del mal desde el instante en que nacen por siembra primitiva del agente causal en la hora de franquear la hilera genital. Las secundarias,

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

comprenden las que, de modo marcado, se adquieran posteriormente al nacimiento, por llegada del flujo genital infectado, de cualquier modo que sea, a la cavidad conjuntival del lactante.

Lo artificioso de ésta agrupación es visible y no siempre resulta rigurosamente exacta. La clínica, alguien lo ha dicho, deja de sujetarse a la rigidez de una clasificación artificial. Pero se funda en hechos y tiene un objetivo de índole práctica: revelar como en determinados casos la ligazón de la oftalmía con el parto aparece, evidenciando también el olvido sistemático del método de **Crede**. Omisión acaso explicable, omisión sin embargo merecedora de vituperio, por sus proyecciones y por la corte infinita de daños que comporta al presente y al futuro del nuevo ser en cuanto se refiere a la defectuosidad de su visión.

Este artificio de la clasificación clínica y esta primitividad, por así decirlo, de la lesión no siempre es fácil de anotar. Los casos de infección evolucionando en la forma solapada que suele haber en una proporción de casos estimable, son, como ya se sabe, de búsqueda fructífera en las salas de partos. El hallazgo empero no autoriza a pensar que se trate siempre de niños que enfermaron en el momento de nacer. Existen probabilidades de una ulterior infección en los primeros días de la vida por las propias manos de la madre o por las del personal de los servicios. En dos o tres ocasiones todas las circunstancias en torno del hecho condujeron en derechura a pensar en la comisión de un verdadero delito sanitario.

SISTEMAS DE PREVENCION

La profilaxia de la oftalmía blenorrágica es muy sencilla. Todo se resume en aplicar el sistema de **Credé** debidamente. Práctica clínica cincuentenaria, queda satisfecha con instilar, en el fondo de saco conjuntival, unas gotas de solución de nitrato de plata al 2 por 100. Inmediatamente después del nacimiento debe hacerse. Y su eficacia reclama la previa inversión de los párpados, maniobra olvidada a menudo, pero que se tiene que practicar si se quiere desterrar de las estadísticas nosocomiales el rubro inexplicable de la oftalmía purulenta.

Apesar de la facilidad de la operación de la inversión palperbal siempre será imposible exigirla en las salas de trabajo de la Maternidad. Tal operación es, en ese momento, peligrosa. Quede ella más bien para la obra curativa de la oftalmía purulenta, en todos aquellos casos en que la presenten los nacidos dentro del tiempo de permanencia de la madre en el hospital. En sustitución conviene entreabrir los párpados del recien nacido con el pulgar y el índice de la mano izquierda hasta la distancia apropiada para depositar en el fondo de saco conjuntival la solución desinfectante. Y antes de hacerlo, aseptizar las regiones peri-oculares, como lo pide von **Straten,** con un trozo de gasa estéril, primero, y con otro trozo embebido en una solución de permanganato, después.

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

Las diluciones argénticas de sales orgánicas de plata suplen perfectamente a la nitratación. El argirol a alto título — 20 a 25 por ciento — puede ser utilizado y lo utilizamos de rutina en el Hospital de Maternidad. Por su falta de causticidad, por la ausencia de irritaciones químicas de la conjuntiva y por la mayor estabilidad de las soluciones al frente de la acción lumínica se le da ya preferencia en muchas partes. Nunca se ha registrado en su uso peligros, ni se ha visto fracasar el intento profiláctico de defender la visión contra las agresiones del gonococo.

TRATAMIENTO DE LA OFTALMIA GONOCOCICA

La omisión de estas sencillas prácticas, o quizás su fracaso preventivo por infección posterior de los ojos, ha permitido enriquecer nuestra experiencia profesional con los resultados obtenidos de curar numerosos casos de recien nacidos, afectos de gonococia conjuntival. Infectados al nacer o posteriormente, y aún los reinfectados durante el período de la cura por gérmenes distintos, el método de tratamiento que mejor resultado está dándonos consiste en:

a) **inversión de los párpados.**— Se obtiene con esta maniobra grandes ventajas para la limpieza del pus en las conjuntivas y en los fondos de saco conjuntivales. Toda la secreción almacenada debajo de los párpados es retirada fácilmente sin dejar ninguna capa que, haciendo de protectora, impida la acción de las soluciones de plata sobre las mucosas oculares. Dejarla por retiro incompleto del pus es actuar insuficientemente sobre la conjuntiva enferma.

b) **desinfección.**— La aplicación del colirio de argirol al 20% sobre la zona afecta se hace por instilación. Hay que utilizar siempre soluciones recientes, conservadas en frascos de cierre hermético y de vidrios coloreados en tonos oscuros. La minucia que esto significa es sin embargo fundamental y compromete la eficacia terapéutica. Las conjuntivas enfermas soportan bien la solución, la que no precisa seguirse de un lavado con solución de cloruro de sodio que retire los excesos de la sal de plata, como sucede en la nitratación.

El argirol no hace larga la curación de la oftalmía, salvando la córnea de las cauterizaciones que pueden hacerle las nitrataciones. Por lo demás, no deja tiempo a la infección de comprometer la visión futura del nuevo ser cuando se repite varias veces en las 24 horas. Todo el tiempo de la piorrea han de hacerse las instilaciones, por lo menos, tres o cuatro veces al día, obligándose su práctica cada 3 horas en los casos de máxima gravedad.

c) **aseo exterior.**— La limpieza de los ojos enfermos por fuera debe limitarse a retirar con una torunda de algodón empapada en solución boricada débil, los productos de secreción que salen a través de la hendidura palpebral. Sin ninguna presión, hay que practicar el retiro, que apenas pretende impedir que el pus se deseque y adhiera los bordes libres de los párpados, oponiendo una

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

barrera a su libre salida al exterior. Maniobra coadyuvante es ésta, y si la madre es comprensiva puede ejecutarla, recomendándoseles eso sí, las más severas precauciones por el peligro de contagiosidad que envuelve para sus propios ojos.

Un promedio de una a dos semanas basta para asistir a la completa curación de la oftalmía. Se vincula al éxito la precocidad del tratamiento, que no permite al pus afectar la córnea, tras de cuya complicación siguen, como la sombra al cuerpo, los leucomas y perforaciones que permiten la irrupción de los medios internos del ojo y la ceguera.

d) **protección del ojo sano.**— Cuando la infección ocular compromete sólo un ojo, no queda completa la curación sino se atiende a la defensa del que continúa sin afectarse por el agente infectante. El cumplimiento de 2 operaciones asegura la protección. Una está satisfecha con acostar al bebé sobre el lado enfermo; así la secreción purulenta se desliza hacia afuera y puede recogerse con una torunda de algodón. La otra, consiste en limpiar externamente el ojo sano y cubrirlo con un apósito estéril, vendando a continuación, en forma que impida la entrada del pus blenorrágico que fluye desde el lado enfermo.

UN DEBER EN LA LUCHA CONTRA LA CEGUERA

Es una máxima preocupación de los tiempos, la defensa de la visión. El hecho de que las ideas y la construcción de la vida aparezca a través de la vista hace indispensable la defensa de los ojos contra las agresiones morbosas. Todos los humanos están acordes en admitirlo. Los ojos son órganos por sí mismos vivos y canoros. Tienen un elemento — la retina — que al formar las imágenes da al hombre el panorama cambiante y fresco de todas las horas, el espíritu del mundo que lo rodea, la poesía del paisaje y la virtualidad de sus semejantes. La visión es así algo íntimo, necesario, risueño, acogedor. Por eso la vista tiene incomparable eficacia. Y las sensaciones que brinda a los que disfrutan de su irremplazable función encierran el retablo humano en su absoluta integridad. Los congresos médicos y las ligas de defensa de la visión son incansables en recordar en sus conclusiones el deber — santo y noble deber — de defender la mirada de los seres. Esta recomendación es el airón mas preciado de sus afanes. Y señalan a las maternidades como el lugar preferente para la obra protectora de la óptica humana. Se fundan para afirmarlo, en que los asilos de ciegos tienen en su entreverada población un número respetable de individuos que cegaron poco después de nacer, por obra del gérmen a que unió su nombre Neisser. Esos seres en perpetua noche, esas especies de sub-hombres condenados a compensar los actos visuales con el tacto o el olfato, deben dejar de ser la obra terrible del descuido en la intimidad de las maternidades, en las omisiones del partero o en el olvido de las obstetrices.

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

CONSIDERACIONES SOBRE NARCOLEPSIA O SINDROME DE GELINEAU

Por el Dr. LUIS D. ESPEJO.

A MI MAESTRO, EL Dr. LEONIDAS AVENDAÑO.



La neurología contemporánea atravieza un período de renovación y de progreso cuyo antecedente inmediato es el estudio de esa enfermedad tan proteiforme en sus manifestaciones clínicas: la encefalitis epidémica. De allí ha partido, evidentemente, la observación y la experimentación en el dominio neurológico, que han conducido al conocimiento de la fisiopatología del **paleoencéfalo** y particularmente, de esa formación tan compleja en su estructura y funciones: **diencéfalo - hipofisaria**, asiento de la individualidad profunda, es decir, de los mecanismos reguladores que dominan los impulsos vitales constructivos de la personalidad; asiento de las emociones, de los instintos y del metabolismo.

El síndrome de **Gélineau,** llamado así por haberlo individualizado este autor el año 1880, constituye una entidad anatomo-clínica sujeta a revisión, a favor de los conocimientos actuales sobre la fisiopatología nerviosa.

Aunque autores de la notoriedad de **Redlich** señalan a **Westphal y Fischer** como los primeros que han descrito el síndrome en referencia, es **Gélineau** el que ha hecho, por vez primera la descripción completa del síndrome que lleva su nombre, en un notable trabajo intitulado **"De la Narcolepsie"**, en 1880. En esta importante memoria, describe un curioso complejo sintomático constituído por crisis súbitas de sueño y de relajación del tono muscular; asociación caprichosa de dos fenómenos fundamentales del síndrome: **narcolepsia paroxística** y **astasis,** o **cataplegia** de **Henneberg.**

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

En nuestro concepto, **Gélineau** ha fijado definitivamente la sintomatología de la dolencia en su carácter idiopático. Así, dice: "Yo propongo dar el nombre de **narcolepsía** a una neurosis rara o por lo menos, poco conocida hasta el día, caracterizada por una necesidad imperiosa de dormir, súbita y de cierta duración, reproduciéndose a intervalos más o menos aproximados"; y, mas adelante, añade: "nosotros consideramos (la narcolepsia) como una neurosis particular caracterizada por este doble criterio: somnolencia y caída o astasia".

La observación clínica fundamental de **Gélineau,** sobre la cual es necesario insistir para precisar, una vez por todas, su característica nosológica, es de una claridad y concisión admirables. Se trata de un hombre de 38 años, con sanos antecedentes hereditarios y personales, que advierte ha dos años "una debilidad repentina de sus piernas", al punto de caer, cada vez que ríe fuertemente, a carcajadas, o simplemente cuando prevee una operación o negocio satisfactorio; por ejemplo: "si el vé un buen juego, jugando naipes experimenta la imposibilidad de mover los brazos, su cabeza se inclina y, enseguida, duerme" "La menor emoción basta para conducirlo al sueño" "Si tiene una emoción profunda o gozosa, la necesidad de dormir es más imperiosa y repentina" Los accesos duran de uno a cinco minutos; pero, fenómeno interesante, comprobado por observaciones recientes, "la fase preliminar del sueño fisiológico que se hace por períodos de cinco, diez, veinte minutos, dura en él apénas algunos segundos ". Esta síntesis de inhibiciones parciales, de acuerdo con la moderna concepción de Pawlow, que en la corteza cerebral se irradia hacia la región diencefálica, se efectúa en este caso casi súbitamente. Tal la observación certera de **Gélineau.**

Este sueño mórbido presenta, sin embargo, los caracteres del sueño fisiológico: "El sueño del narcoléptico—observa el autor citado—es un sueño normal". El sueño es tranquilo, jamás entrecortado por accidentes intercurrentes; "durante el sueño, el pulso desciende ligeramente, de 66 a 60 pulsaciones; las pupilas muy contraídas al estado de vigilia, lo son menos durante el sueño; se contraen cuando se levanta y se le aproxima a la luz" "Jamás durante el sueño mórbido ha dejado escapar orina o materias fecales" "El estado mental es bueno: tiene conciencia de lo que pasa al rededor de él. "Y, cosa importante: "cuando se le sacude, para arrancarlo del sueño, se despierta fácilmente; y, lejos de quedar estupidizado, recobra inmediatamente sus facultades intelectuales".

Resumiendo la interesante descripción de **Gélineau,** podemos decir que la **narcolepsia esencial o idiopática** está caracterizada por dos síntomas esenciales: 1º, ataques, mas o menos súbitos, de narcolepsia o de sueño, con los caracteres normales de este; y, 2º, cataplegia o sea debilidad, mas o menos repentina, del tono muscular. Estos dos fenómenos se desarrollan con pleno conocimiento del paciente.

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

Biblioteca Lima-Perú

La delimitación entre la narcolepsia propiamente dicha y las otras variedades de somnolencia mórbida es muy delicada; puede decirse aquí, como en casos similares, se hace sólo por exclusión. Es su carácter esencial lo que la distingue. **Redlich,** que ha resumido todas las observaciones sobre la cuestión de la narcolepsia sostiene la independencia nosológica del síndrome, y rechaza la opinión de muchos autores que lo consideran como una manifestación post - encefalítica. **Redlich** dice haber visto su primer caso en 1914, dos años antes de la aparición de la encefalitis en Viena.

Enfermedad muy rara hasta 1929, según el resúmen bibliográfico de **Max Levin**, que pudo reunir 66 casos típicos, desde 1877 (caso de Wesphal) hasta el caso de **Fulton** y **Bailey** en 1929, ha tomado incremento en los últimos cuatro años; así lo afirman **Harry A. Cave,** que ha efectuado un estudio completo de la cuestión y **Max Levin,** que en 1931 ha hecho la estadística mundial de los casos publicados, da la cifra de 120.

Esta frecuencia en los últimos años puede explicarse ya por el conocimiento más completo del síndrome, que permite diferenciarlo del conjunto nosoclínico mal denominado "hipersomnia", "neurosis", "histeria", etc.; ya por la extensión y desarrollo que, en los últimos años, ha tomado el estudio de la región diencéfalo - hipofisaria, cuyo compromiso puede dar lugar a la producción del síndrome de Gélineau. Tal es, también, la opinión de **Wilson** y de **Hughlings Jackson,** quienes prefieren englobar el síndrome de **Gélineau** en un grupo genérico de "las narcolepsias". **Henri Roger,** por su parte, dice: "Si antiguamente con **Gélineau** se consideraba la narcolepsia como una neurosis, a la hora actual se debe describir la narcolepsia como un síndrome dependiente de etiología diversa, (tumores cerebrales, infecciones neurotropas, traumatismo, etc.). La narcolepsia - neurosis, la narcolepsia esencial ve su cuadro reducirse más y más. Sin duda en las narcolepsias sintomáticas el síndrome es menos completo, y se reduce muchas veces a la crisis de sueño con o sin crisis de onirismo hipnagógico; sin duda los accesos cataplégicos son más frecuentes y más constantes en la enfermedad de **Gélineau;** pero, no existe diferencia fundamental entre una y otra categoría de narcolepsias". Ensanchado así el cuadro de la antigua enfermedad de **Gélineau,** y generalizado su conocimiento, es fácil explicar la multiplicidad de sus observaciones.

El síndrome de **Gélineau** está caracterizado, como hemos dicho, por dos síntomas: **ataques de sueño** y **ataques de cataplegia,** a los cuales añade **Lhermitte** el **onirismo narcoléptico.** En su forma clásica o típica los dos primeros síntomas se encuentran constantemente. Los ataques de sueño pueden ocurrir en cualquier circunstancia y varían con el individuo: pero, en general, influyen todas las circunstancias que favorecen la producción del sueño normal; sin embargo, en algunos casos, como en el de nuestra única observación, se producen durante la ejecución de actos poco

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

compatibles con el sueño normal, por ejemplo: la conversación. la marcha, o ejercicios gimnásticos, etc., etc., y bajo la influencia de diversas sensaciones, como el hambre y la sed. Los ataques duran de algunos minutos hasta media hora o más, pero generalmente son de breve duración. Durante el sueño se realiza un verdadero ensueño, o bien, como señala **Henri Roger,** "hay al principio de la somnolencia representaciones visuales más o menos coloreadas, ilusiones auditivas más o menos fuertes". Algunas veces, el paceinte experimenta una especie de **aura,** caracterizada por diversos trastornos sensoriales. Durante el ataque, el enfermo presenta todas las características del sueño normal: la cara está ligeramente congestionada, la resolución musculár es completa, las inspiraciones lentas y profundas".

En una palabra, todas las funciones vitales: funciones de nutrición, de relación, de la inteligencia están disminuídas. Algunos pacientes presentan crisis de **sonambulismo,** durante las cuales el sujeto se levanta del lecho y se pasea dormido; o bien, ejecuta una serie de actos automáticos en relación con las preocupaciones personales o los recuerdos recientes del enfermo. **Redlich** ha señalado crisis de sonambulismo en la historia de enfermos que han tenido posteriormente crisis narcolépticas; el sonambulismo ha precedido a la narcolepsia, generalmente, desde la primera infancia.

La cataplegia constituye el otro síntoma fundamental. Este se presenta con motivo de una emoción, principalmente la risa. La emoción de risa siempre es, por decirlo así, justificada: la risa del placer y la risa de lo cómico, las dos modalidades de esta emoción, suscitan la cataplegia. Muy rara vez, la producen otro género de emociones, como observa **Cave,** la cataplegia se extiende a un número mayor o menor de músculos: en veces, se traduce por una simple debilidad en los miembros inferiores, o en los músculos dorsales, mientras en otros casos la atonía se generaliza afectando todos los músculos esqueléticos, durando este proceso cinco a diez minutos, poco más o menos.

Según las interesantes observaciones de **Harry A. Cave,** "clínicamente, estos ataques ocurren como consecuencia de una disminución o pérdida del tono muscular; pero, en realidad, es difícil diferenciarlos de una disminución o pérdida del poder volicional". "Estos dos fenómenos están estrechamente intrincados y es casi imposible separarlos; pero, evidentemente ocurren en la narcolepsia". **Cave** dice, al respecto: "En algunos casos es difícil determinar lo que precipita el ataque cataplégico, sí es el simple hecho de ejecutar un acto, como arrojar un objeto, correr o dar un apretón de manos, o bien la emoción que ha engendrado en el paciente el deseo de hacer estas cosas. Sin embargo, en algunos casos, parece más lógico atribuír estos ataques cataplégicos al simple acto volitivo". Se han señalado algunos movimientos anormales durante la crisis cataplégica: temblores, espasmos, mioclonías, trastornos de la palabra, etc.; así, algunos pacientes de **Cave**

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

perdían completamente la palabra durante el ataque, mientras otros mascullaban palabras inarticuladas. **Mussio Fournier,** en un interesante trabajo sobre las narcolepsias, señala, en la cataplegia, fenómenos vaso-motores y diversos síntomas, como sudación abundante, sensaciones pulsátiles en la cabeza, palpitaciones, prueba de la participación de los centros vegetativos centrales de la base, etc. Pero, lo verdaderamente característico, como hemos dicho, en esta insuficiencia motriz, es la conservación perfecta de la conciencia, cualquiera que sea la intensidad del ataque.

En la mayoría de los casos el síndrome de **Gélineau,** los dos síntomas cardinales, narcolepsia y cataplegia, se presentan independientemente. En el primer caso de **Gelineau,** descrito el año 1880, y en algunos otros, los dos fenómenos se suceden: la emoción es seguida de debilidad muscular y, luego, de sueño.

Harry A. Cave, señala, en su tantas veces citado trabajo sobre la narcolepsia, casos que constituyen una verdadera transición entre los dos fenómenos fundamentales del síndrome en cuestión. Estos **"transitional attacks"** participan del sueño y de la cataplegia. Por ejemplo, un paciente de **Cave** tenía ataques en los cuales la cabeza se inclinaba sobre el pecho, ocluía los ojos y era incapaz de caminar; en esta condición se le consideraba dormido o inconsciente, hasta que para convencerse de ello se le examinaba y descubríase, entonces, que estaba perfectamente consciente durante el ataque. Hay numerosos casos similares que recuerdan la crisis narcoléptica, y que son, simplemente, formas de pasaje entre la narcolepsia y la cataplegia. Demostración elocuente de la relación que existe entre los dos síntomas fundamentales, es el caso, citado por **Cave,** en el cual la resistencia al ataque de somnolencia producía una crisis cataplégica esbozada o larvada: "si el enfermo oponía resistencia al ataque de sueño, experimentaba un temblor que se extendía, progresivamente, a todo el cuerpo; los miembros flaqueaban y caía al suelo".

Es interesante anotar que, en los últimos años, se ha estudiado la resistencia eléctrica de la piel como prueba diagnóstica en la narcolepsia. **Richter** entre otros, ha demostrado que en el sueño normal los resultados son constantes, mientras que en el estado narcoléptico el promedio de esta resistencia es mayor que en las personas normales, sus fluctuaciones más amplias y extraordinariamente lábiles. Se observa, igualmente, la disminución o abolición de los reflejos tanto durante el sueño como en la cataplegia, así como la presencia del signo de Babinski; trastornos que demuestran perturbaciones de la inervación piramidal.

La mayoría de los autores contemporáneos, como **Redlich, Wilson, Levin, Cave, Lhermitte, Henri Roger,** señalaban al lado de los dos síntomas esenciales del síndrome de **Gélineau,** otros síntomas asociados. Entre estos los principales se refieren a desórdenes de las glándulas endocrinas. Así, **Strauss** observó un ensanchamiento de la glándula tiroides; **Stiefler** y otros, obesidad. **Cave,** entre ellos, dice que la obesidad está generalmente asocia-

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

da a la narcolepsia, y afirma que un gran porcentaje de sus pacientes aumentaron de peso antes o durante las crisis narcolépticas. Es de anotar que los sujetos que sufren de ataques de risa explosiva o **ictus ridentis de Oppenheim,** dolencia asimilada a la cataplegia por muchos autores, presentan con frecuencia obesidad. El caso de **Mussio Fournier** es muy interesante. Al respecto, dice: "hecho digno de subrayarse en este señor, es la aparición de una intensa obesidad antes de la eclosión del ictus ridentis". Algunos autores señalan modificaciones en la silla turca; otros signos de hiper o hipofunción tiroideana. Es muy frecuente, por ejemplo, encontrar un descenso del metabolismo basal, como en nuestra observación.

Las formas clínicas del síndrome o enfermedad de **Gélineau** pueden reducirse a las siguientes: 1ª **forma pura,** en la cual se asocian los dos síntomas cardinales; los cuales se presentan sucesivamente, pero con la particularidad que la emoción de risa, o excepcionalmente otro género de emociones desencadena la crisis: la serie fenoménica es la siguiente: risa, cataplegia y narcolepsia. En muchos casos, como en el de nuestra observación, la cataplegia, provocada por la risa, y la crisis narcoléptica son independientes; entre ellas puede transcurrir un lapso, más o menos largo. Esta forma pura constituye, según algunos autores, la mayoría de los casos y es la única que merecería ser denominada enfermedad o síndrome de Gélineau. **Max Levin,** por ejemplo, ha insistido, últimamente, en aceptar solamente como síndrome de Gélineau los casos en los cuales hay siempre cataplegia. Al contrario, **Lhermitte** y otros admiten la disociación del síndrome, que puede presentar formas narcolépticas o cataplégicas puras. Estas constituyen las dos modalidades que estudiaremos enseguida.

La forma narcoléptica, considerada por **Levin,** entre sus formas atípicas, sería muy frecuente según **Lhermitte.** Por su parte, **Henri Roger,** dice: "En los cinco casos de narcolepsia que hemos tenido ocasión de observar, las crisis de cataplegia eran excesivamente raras. Sin embargo, es de advertir, que los síntomas cataplégicos pueden pasar insospechados, pueden ser muy discretos; a veces, sólo se traducen por ligero debilitamiento de los miembros inferiores o por lo que **Weech** ha llamado **"astenia emocional". Redlich, Wilson, Cave, Lhermitte,** aceptan, sin embargo casos de síndrome narcoléptico sin cataplegia.

Al lado de estos ataques típicos de narcolepsia, **Lhermitte** señala otros en que la crisis narcoléptica está representada por un simple **sopor** o amodorramiento. Hay disminución del tono muscular, disminución de la atención, obscurecimiento de la conciencia; en suma: "el conjunto de los caracteres psicológicos del sueño".

La forma cataplégica pura, sin ataques de sueño, es rara. Wilson no pudo encontrar un solo caso; y Levin, en sus investigaciones bibliográficas, sólo ha podido reunir cuatro observaciones. La cataplegia, en estos casos, se desencadenaba, a raíz de una

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

emoción de risa. Así, en el caso de **Villaverde** — citado por **Levin** —: "un muchacho, de 10 años de edad, cuando reía a carcajadas caía bruscamente al suelo; los ataques duraban dos minutos, durante los cuales no presentaba ningún trastorno de la conciencia". En todos estos casos la crisis se reduce a una insuficiencia motriz, casi siempre repentina, con integridad de la conciencia.

Con motivo de estos ataques aislados de cataplegia, **Mussio Fournier** observa que "muchas veces uno de estos dos trastornos (narcolepsia o cataplegia) se presenta largo tiempo antes que el otro haga su aparición". Así podían ser consideradas como formas puras casos que, en la evolución de la dolencia, pueden presentar, con cierto lapso, los síntomas clásicos del síndrome que estudiamos.

Es muy interesante consignar al lado de la forma cataplégica, una modalidad **"sui géneris"** de esta inhibición motriz que **Lhermitte** denomina **Cataplegia del despertar.** Esta consiste en que el sujeto, a pesar de estar despierto, se encuentra en la imposibilidad absoluta de abrir los ojos o de efectuar el mas ligero movimiento de los miembros. Si se considera que "el despertar del hombre normal, como apunta **Mussio Fournier,** es realmente la síntesis de despertares elementales: el de las funciones psíquicas, el de la actividad motriz, el de la vida vegetativa", en el caso de la cataplegia del despertar hay una perturbación que consiste en una fuerte inhibición sobre la zona motriz. En el caso de **Mussio Fournier,** esta cataplegia había coincidido con intenso "surmenage" y el abuso del tabaco. La eliminación de estos dos factores hizo desaparecer este síndrome. **Fournier** de acuerdo con **Lhermitte,** cree que la cataplegia del despertar linda con el estado fisiológico, y que se desarrolla sobre un terreno neuropático.

Lhermitte, que ha hecho un estudio de conjunto sobre las narcolepsias describe **formas oníricas,** donde predomina lo que él llama onirismo narcoléptico. El fundamenta esta forma clínica en la alternabilidad, en algunos casos, de narcolepsia franca con accesos de onirismo hipnagógico. Sin entrar en detalles sobre esta modalidad clínica, indicaremos que esta forma onírica se presenta especialmente en ciertas narcolepsias sintomáticas y rara vez en la narcolepsia idiopática o enfermedad de Gélineau.

Las formas atípicas o aberrantes se presentan alternando narcolepsia y cataplegia con diversos síntomas que traducen alteraciones somáticas del sistema nervioso y endocrino; y, en realidad, deben incluírse en el grupo heterogéneo de las narcolepsias, tan vasto, tan complejo, cuyo estudio nos obligaría hacer una incursión en el dominio de la neurología.

En cuanto respecta a la **etiología** de la enfermedad o síndrome de Gélineau, llamada narcolepsia esencial, las ideas han variado desde el tiempo de Gélineau. Este autor explicaba la marcolepsia como un fenómeno de "usura cerebral". "Sin duda—dice—por una idiosincracia especial la cantidad de oxígeno acumulada en los centros nerviosos existe acumulada en muy pequeña cantidad,

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

o bien ella se agota muy pronto bajo la influencia de emociones muy frecuentes o demasiado vivas". Y, en seguida, añade: "La usura cerebral es, puede ser, más considerable que en otra persona, los capilares arteriales más raros, de un calibre demasiado estrecho. Puede existir, todavía, una eliminación demasiado rápida de productos regresivos, y en particular de fosfatos". "En este estado de pobreza relativa, la menor fuerza, la influencia eléctrica, una tempestad, una emoción, bastan para agotar, a cada instante, su energía, su vitalidad; él es cada vez neuroparalizado o, mejor dicho, neuralizado, de donde la necesidad de dormir tan frecuente.....". De esta transcripción que hemos hecho de la memoria original de Gélineau, deducimos que este autor había previsto la intervención de algunos factores de orden químico en el determinismo del sueño; factor bioquímico y humoral, que investigaciones recientes han demostrado juegan cierto papel. En efecto, se conoce la acción que el Ca. ejerce sobre el mecanismo del sueño, su distribución en el cerebro, su concentración mesocefálica durante el sueño normal y sus variaciones en las diversas regiones encefálicas durante la narcosis.

La etiología de la genuina enfermedad de Gélineau es desconocida. Al respecto dice **Levin:** "Las condiciones necesarias para la aparición del síndrome de Gélineau son, a despecho de tantas especulaciones, todavía desconocidas. Ningún caso ha sido autopsiado". Sin embargo, como hemos dicho, el extraordinario desarrollo que ha alcanzado, en los últimos años la neurología y la endocrinología ha permitido esclarecer la etiología de muchos casos, que otrora fueran considerados como idiopáticos o esenciales. **Redlich,** por ejemplo, que es uno de los que mas ardientes sostenedores de la independencia nosológica del síndrome en cuestión, establece, en un gran porcentaje de sus observaciones, una relación con la pubertad. La narcolepsia estaría vinculada a una disendocrinia, principalmente hipotiroideana, y a una vagotonía. La acción de los virus neurotropos, principalmente el virus encefalítico y el hipotético de la esclerosis en placas, enfermedades en las cuales se encuentra frecuentemente la narcolepsia, han sido incriminados como agentes etiológicos probables del síndrome de Gélineau. **Mussio Fournier** cita en apoyo del orígen post-encefalítico de algunos casos, una interesante observación. Al respecto, dice: "He aquí, pues, una serie de hechos que demuestran que la encefalitis epidémica puede producir no solamente crisis narcolépticas sino también la aparición de la cataplegia con todas las particularidades que se observan en el síndrome de Gélineau". **Laumonier,** en un trabajo sobre la etiología y patogenia de la narcolepsia, sugiere la idea de la existencia de lesiones cerebrales desconocidas, por factores tóxicos endógenos o exógenos, de afinidad diencefálica. Por otra parte, la existencia incuestionable de trastornos endocrinos, señalados por **Redlich, Cave, Levin** y tantos otros, abogan en favor de la intervención del sistema endocrino en muchos casos idiopáticos del síndrome. Pero,

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

advertencia importante, es la de **Mussio Fournier,** que dice: "es necesario, también, recordar que las investigaciones modernas han podido demostrar las perturbaciones endocrinianas de orígen diencefálico". "Mucha prudencia, pues, antes de localizar el "primum movens" de estas alteraciones glandulares". Cualquiera que sea la naturaleza de la enfermedad de **Gélineau,** es necesario seguir el consejo de **Rogier:** "El clínico debe eliminar un gran número de causas de narcolepsia sintomática, antes de concluír en la **narcolepsia llamada esencial,** a la cual podría llamarse **enfermedad de Gélineau".**

La patología de la enfermedad de Gélineau y su patogenia es de considerable importancia, porque se vincula estrechamente a recientes conocimientos sobre la estructura y funciones de ese grupo de formaciones del sistema nervioso central llamado **paleoncéfalo.** En efecto, haciendo una síntesis fisiopatológica de la enfermedad que estudiamos encontramos en ella tres elementos, más o menos íntimamente vinculados o condicionados; emoción, narcolepsia y pérdida del tono muscular; tres funciones, cuyo nexo patogénico es necesario establecer; tres funciones cuyos centros se encuentran en la vecindad del tercer ventrículo, en lo que **Camauer** ha llamado tan acertadamente **"la constelación periventricular y mesocefálica" o "aparato regulador del funcionamiento psíquico".** La participación en el funcionamiento psíquico de las formaciones grises centrales data ya de algunos años. Pero, es a partir del estudio de la encefalitis epidémica que ha tomado considerable desarrollo: la localización, casi electiva, del virus encefalítico sobre el mesocéfalo, de una parte; y las secuelas mentales, verdaderas psicosis post - encefalíticas, observadas especialmente en los niños, por otra, han puesto en evidencia la existencia de verdaderos centros extracorticales, reguladores de las funciones psíquicas. "Los núcleos de la base sirven, como dice **Calligares,** en cierto modo, para la coerción y regulación de las operaciones psíquicas. El enfermo "lenticular", por ejemplo, pierde fácilmente la frenación de su llanto y de su risa, como pierde los frenos de su pensamiento, de su palabra y de su contenido afectivo".

En resúmen, son los centros subcorticales, mas antiguos y resistentes, los que tienen bajo su control las funciones de la corteza, del **neoencéfalo o pallium;** son ellos los que armonizan las funciones del **cortex,** imprimiéndoles su ritmo, su tonalidad y su actividad. Como dice **Naville:** "las funciones que son esencialmente corticales no actúan con energía y eficacia más que bajo la estimulación permanente de los centros paleo-encefálicos". En efecto, en las lesiones de la región basilar (centros de la base) se observan perturbaciones en la esfera psíquica y motriz, que se explican por la existencia de trastornos funcionales o lesiones de los núcleos grises psíquicos centrales actuando sobre los centros motores del mesocéfalo. Es en este criterio anatomo-fisiológico que se funda **Joffroy,** para establecer sus **miopsíquias,** asociación de trastornos del tono muscular y de anomalías psíquicas; trastornos psíquicos que afectan principalmente la emotividad. El síndrome

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

de Gélineau ocuparía, en nuestro concepto, un lugar vecino a este grupo nosológico.

Es evidente que existe estrecha vinculación entre las emociones y el tono muscular, como lo demuestra las experiencias de **Harry A. Paskind** sobre el efecto de la risa sobre el tono muscular. Ahora bien, estudiando el mecanismo íntimo de la emoción, aceptamos que esta es primeramente conciente; es decir, que pone en vibración los elementos del pallium o córtex y, en seguida, se irradia hacia **"el cerebro afectivoemotivo"**, que según los trabajos fundamentales de **Bechterew y Brissaud** corresponde a las capas ópticas; centro de la emotividad extendido, por **Constantini,** hasta la región opto-estriada. La localización estricta del centro de la emoción de risa—determinante de la crisis cataplégica, en la mayoría de los casos de síndrome de Gélineau — es difícil de establecer; pero, es evidente que se encuentra en las formaciones grises de la región diencefálica. **Dumas** concluye, estudiando el mecanismo psico-fisiológico de la risa: "una elevación súbita y alegre del nivel afectivo puede traducirse por una descarga y derivación hacia la región opto-estriada, de donde resultaría una excitación muscular afectando los músculos del cuerpo en razón inversa de su peso". Es evidente, pues, que la risa, conforme a los resultados experimentales de **Paskind,** puede actuar sobre los centros del tono muscular determinando su inhibición. Esta concepción estaría de acuerdo con los recientes conocimientos sobre la existencia de centros mesocefálicos del tono muscular, vecinos de los cuerpos opto-estriados. Así, por ejemplo, **Wilson** considera como un órgano autónomo dotado de función tónica propia al núcleo rojo; y, **Castaldi y Gilberto Rossi** sostienen que el tono muscular está ligado a la integridad del núcleo rojo y de **las partes tegmentales mesencefálicas**. Sin embargo, la cuestión del tono muscular es muy compleja e intervienen en su mecanismo íntimo diversas formaciones: cerebelosas, mesocefálicas, protuberanciales y espinales. Pero, en el caso particular de la narcolepsia esencial es muy probable la intervención predominante de los núcleos motores mesocefálicos. Aboga esta idea la vecindad de los centros de la emoción y la de la región hípnica, que recientes investigaciones de **Marinesco, Draganesco Sager** y **Kreidler** sitúan en la sustancia gris que rodea el acueducto de Sylvius, en la sustancia gris del 3er. ventrículo y en los centros vegetativos infundíbulo - tuberianos. La intervención de estos diversos centros explicaría la concatenación entre los distintos síntomas propios del síndrome de Gélineau; sin olvidar, desde luego, la influencia de factores humorales, que parecen condicionar la actividad de los centros diencéfalo - hipofisarios. El mayor o menor compromiso de los mencionados centros explicaría suficientemente las diversas modalidades clínicas de la enfermedad que estudiamos.

La observación clínica que motiva el presente trabajo es la siguiente: Srta. N. N., de 18 años de edad, de raza blanca, de 1m. 61 de estatura, de 60 kilos de peso.

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

Antecedentes hereditarios neuropáticos. **Antecedentes personales.**—Ha conservado buen estado de salud hasta la iniciación de la enfermedad actual.

Enfermedad actual.—La dolencia hizo su aparición hace dos años, aproximadamente. Dentro de una aparente normalidad mental y somática, comenzó a sentir repentino deseo de dormir, principalmente cuando se encontraba sola o haciendo alguna labor intelectual o manual. La crisis narcoléptica era invencible; el mayor esfuerzo de voluntad era impotente para inhibirla o moderarla. Estos accesos han sido siempre de breve duración, apenas dos a cinco minutos y de relativa frecuencia, cinco a seis veces por día. Alternando con estas manifestaciones de sueño súbito, la enferma ha presentado crisis de cataplegia, condicionadas por una emoción de risa. Esta explosión de risa siempre ha sido justificada, y ha tenido por orígen un motivo de placer o un motivo cómico. Muy rara vez ha sucedido el sueño a la insuficiencia motriz; al contrario, han mantenido su independencia. Tanto las crisis narcolépticas como las cataplégicas han tenido una semiología clásica; pudiendo afirmarse que se trata de una forma típica. En el intervalo de los accidentes la enferma conserva su higidez mental; apenas se observa cierta lentitud en sus operaciones intelectuales, una especie de bradipsíquia.

Se observa en esta paciente la tendencia a la obesidad, ya observada por casi todos los que han estudiado este síndrome. Aquí habría que decir que la tendencia a la obesidad es correlativa de los otros trastornos diencefálicos.

El exámen de la silla turca demostró, únicamente, una cierta disminución de tamaño. El metabolismo basal fue de —24, por consiguiente considerablemente descendido, como **Redlich** ha observado en muchos de sus casos. El equilibrio ácido - básico ha sido normal (exámen del pH y la reserva alcalina).

Bajo la acción de la efedrina, hoy en boga, y de discretas dósis de extracto de tiroides, tan recomendado por **Redlich,** hemos conseguido en nuestra enferma apreciable mejoría: las crisis narcolépticas y cataplégicas son menos frecuentes y casi esbozadas.

Respecto al tratamiento por la efedrina, precisa recordar que han sido **Doyle** y **Daniels,** en Estados Unidos, y **Janota,** en Checoeslovaquia, quienes la han recomendado, por vez primera. Diversos experimentadores habían observado que la efedrina era capaz de suprimir el sueño cloralósico; por otra parte, los médicos habían, a su vez, notado que los asmáticos sometidos a la efedrina sufrían de insomnio. Este conjunto de observaciones constituyó el punto de partida para la aplicación de la efedrina en el tratamiento de ciertas narcolepsias irreductibles. **Doyle** y **Daniels** parten de la idea que la cataplegia es debida a la imposibilidad en que se encuentran las glándulas suprarrenales de producir, rápidamente, adrenalina en el curso de las emociones, de donde pérdida súbita del tono muscular. La efedrina, cuyas propiedades

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

farmacodinámicas son tan semejantes a la adrenalina, pero de acción más prolongada, evitaría la cataplegia. Los resultados obtenidos por estos autores han sido muy favorables, y hemos tenido la oportunidad de comprobarlo en nuestra única observación.

BIBLIOGRAFIA

1.—Gélineau.—**De La Narcolepsie.**—Lancette Francaise.—Gazette des Hospitaux Civils et militaires, París, 1880, pág. 626.

2.—Silverstein.—**A case of Gélineau Syndrome.** Arch. of Neurology and Psychiatry, 1931, pág. 1376.

3.—Harry A. Cave.—**Narcolepsy.**—Arch. of Neurology and Psychiatry, 1931, pág. 50.

4.—Max Levin.—**Narcolepsy (Gélineau's Syndrome) and other varieties of morbid Somnolence.** Arch. of Neurology and Psychiatry, 1929, pág. 1172.

5.—Curt P. Richter.—**Pathologic Sleep and Similar conditions, studied by the electrical skin resistance method.** Arch. of Neurology and Psychiatry, 1929, pág. 363.

6.—Henri Roger.—**Les Troubles du Sommeil,** París 1932.

7.—J. Laumonier.—**La patogenesi della narcolessia.** Rassegna Clinico-Scientifica, 1931, pág. 51.

8.—E. Redlich.—**The Question of Narcolepsy.**—Arch. of Neurology and Psychiatry, 1932, pág. 173.

9.—S. Katzenelbogen.—**Calcium content of the brain and its distribution in various regions during diallylbarbituric acid narcosis.**—Arch. of Neurology and Psychiatry, 1932, pág. 405.

10.—J. C. Mussio Fournier.—**Estudios de Clínica Médica,** Montevideo, 1930, pág. 124.

11.—Armando F. Camauer.—**Clínica de la región túbero-infundíbulo-hipofisaria,** Buenos Aires 1932.

12.—Guiseppe Galligares.—**Il Sistema motorio extrapiramidale,** Roma 1927.

13.—Jean Camus.—**Régulation des fonctions psychiques. Troubles mentaux par lésions extracorticales.** París Medical, 1924, pág. 316.

14.—Jean Camus.—**Recherches anatomo-cliniques sur la localisation de la fonction du sommeil.** Revue Neurologique, 1929, pág. 481.

15.—Fedele Negro.—**Le Tonus musculaire dans les syndromes extra-piramidaux.** Revue Neurologique, 1932, 153.

16.—John B. Doyle and Luman E. Daniels.—**Narcolepsy. Results of treatment with ephedrine sulphate.** The, Jour of the Am. Med. Ass, 1932, pág. 542.

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

APRECIACIONES MEDICO LEGALES SOBRE TRAUMATISMOS DEL RAQUIS CERVICAL

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN.



Las lesiones traumáticas del raquis presentan considerable interés médico - legal, en razón de las incapacidades que producen, ofreciendo caracteres pronósticos peculiares, por los progresos que ha alcanzado su tratamiento y la adaptación subsecuente del organismo a las secuelas que se originan.

El caso que se relata enseguida fue objeto de un peritaje médico-legal. Encierra algún interés por las cuestiones debatidas y viene a aumentar la casuística publicada de accidentes del trabajo en el Perú. Nuestra opinión fue apreciada por los Tribunales de Justicia y su fallo dirimió una controversia de reparación por accidentes de trabajo, de acuerdo con nuestros conceptos.

EL HECHO DEBATIDO

Luis P. sufrió un accidente de trabajo el 28 de junio de 1930, mientras trabajaba en las obras marítimas que realiza en la bahía del Callao la **Compañía Frederick Snare Corporation.** A raíz de este accidente el damnificado ha sufrido un largo proceso morboso que ha radicado en el sitio de la lesión, y como su incapacidad le parece cristalizada, demanda a la Compañía I. de S. del Perú, que es la que ha tomado a su cargo la atención de los riesgos derivados del trabajo, de todos los obreros que utiliza la referida Compañía constructora de las obras portuarias.

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

El demandante manifiesta que la incapacidad que actualmente sufre, es consecuencia directa del traumatismo que recibió en el desempeño de sus labores; la Compañía demandada alega, basándose en opiniones médicas, que la incapacidad de Luis P. es la consecuencia de una lesión tuberculosa de las vértebras de la región contundida (Mal de Pott), como resultado de una enfermedad preexistente, que el traumatismo exteriorizó con toda su sintomatología y el cortejo de consecuencias que le son propias.

EXAMEN CLINICO

Luis P. D., es sujeto de 34 años de edad, natural de Arequipa, casado, con tres hijos vivos. Reside en Lima y Callao, desde hace 7 años.

Antecedentes familiares.—El padre murió de avanzada edad, como consecuencia de "ataque cerebral"; la madre vive, es sana y tiene 62 años de edad.

Han sido dieciocho hermanos; viven diez sanos; los muertos fallecieron en la infancia.

De sus abuelos solo recuerda de aquella del ramo paterno, que murió a los 72 años de edad. No ha habido en la familia, locos, enfermos con diabetis, con cáncer, sífilis o tuberculosis.

Antecedentes personales.—Refiere que su familia le ha informado que padeció de tifus exantemático a los 8 meses de nacido; después tuvo varicela.

Comenzó a andar y hablar después de 1 año de edad.

Vino a Lima, procedente de Arequipa, a mediados del año 1923. Durante su permanencia en esta ciudad, así como en el puerto del Callao, no ha sufrido de enfermedad seria, experimentando solamente ligeras afecciones catarrales o de naturaleza gripal.

El 28 de junio de 1930 sufrió el accidente de trabajo que motiva el presente informe.

EL ACCIDENTE DE TRABAJO

El 28 de junio de 1930, a horas 3 p. m. más o menos, se encontraba Luis P. en compañía de otros tres operarios, trasportando un "cajón", molde o forma de los que se emplean para realizar trabajos con "cemento armado".

El accidentado recibía sobre su hombro derecho, uno de los ángulos delanteros del "cajón"; en el curso del traslado de dicho "cajón", mientras iban a virar a la izquierda, por efecto de que la tierra se deslizó en dirección al pozo donde se le iba a colocar,

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

perdió la seguridad de su base de sustentación, cayendo al suelo sobre sus rodillas. La rodilla derecha fue la primera que tocó el suelo, siguiéndole inmediatamente la izquierda. Según refiere, la pierna izquierda fue la que se deslizó junto con la tierra y la que lo llevó al suelo al perder el equilibrio.

Caído en tierra, los demás operarios no pudieron sostener el "cajón", dado lo intempestivo del accidente, razón por la cual éste le cayó encima, sobre la región cérvico-dorsal, lateralizando su cuerpo sobre el costado derecho.

Según dice P. los "cajones" están formados por maderas de 1 ¼ de pulgada de espesor, reforzadas por cuartones de 2 x 4. Cada "cajón" tiene 1m. 70 de longitud, por 1m. 20 de anchura, alcanzando 90 cm. de altura. Estima el peso de cada "cajón" conteniendo el molde de cemento endurecido, de 4 a 5 quintales.

Recuerda que antes de perder el conocimiento, sintió crujidos en el cuello y manifiesta que le es imposible señalar el tiempo que estuvo en ese estado.

Le arrojaban agua y le decían palabras estimulantes, cuando volvió en sí, pero observó desde ese instante que le era **imposible levantar los brazos** y que **no podía colocar la cabeza en posición erecta.** Pasados algunos momentos logró mover los brazos, no sin antes experimentar fuerte dolor en el centro del tórax.

En el mismo lugar del accidente le empaparon la piel y los vestidos con árnica y luego lo enviaron al puesto de asistencia médica que en el Callao tiene establecido la Compañía de Seguros.

El recorrido entre las obras portuarias y el puesto de asistencia médica, fue de lo más accidentado y penoso. Primero pensó trasladarse en un automóvil, pero los movimientos del vehículo le despertaron tales dolores, que se vió obligado a cambiar de medio de locomoción; después recurrió a un tranvía eléctrico, que tuvo que abandonar, en razón de lo incómodo que le parecía el viaje y de los dolores que le atormentaban. Terminó por ir a pie, que fue la forma más cómoda para recorrer el camino entre las obras portuarias y el puesto de asistencia médica.

Llegado al puesto de asistencia médica se le hicieron aplicaciones **loco dolenti** de tintura de árnica por un empleado que hacía las veces de enfermero, prescribiéndosele que volviese al día siguiente. Desde ese instante se comprobó tumefacción en la región contusionada.

Terminada esta curación, Luis P. se hizo acompañar por un transeunte, dirigiéndose a su domicilio.

Calcula que a las 5 horas del accidente, más o menos, comenzó a experimentar **dificultad para la deglución** e igualmente **sensación de cuerpo extraño en la glotis,** que le hacía intentar, infructuosamente, la deglución del estorbo de esa región. Esta dificultad para la deglución, así como la sensación de cuerpo extraño, lo molestó intensamente durante 10 días más o menos, persistiendo en forma tolerable hasta dos meses después del accidente; desapareciendo enseguida.

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

Después del accidente no hubo hemorragia bucal, nasal o auricular. Refiere que a los 3 días se presentó una deposición negrusca, como de "sangre molida", una "melena".

Cuenta que al día siguiente del accidente, le era difícil mover los miembros superiores, pero que después si pudo hacerlo, no obstante los intensos dolores que estos movimientos le producían.

En los primeros quince días que siguieron al traumatismo, la posición que menos dolores le despertaba era colocando los brazos en alto y dejando el cuerpo como suspendido de un punto de apoyo. Era tal el beneficio que experimentaba con esta postura, que a veces se pasaba largos períodos de tiempo sin cambiarla; en el momento que bajaba los brazos el dolor adquiría toda su intensidad.

Las primeras noches después del accidente, Luis P. dormía en posición semisentado; cuando la familia pretendía cambiarlo de postura, tirándolo de los brazos, se despertaban dolores horribles, tanto que ésta adoptó por tomarlo de las axilas en los momentos que venía en su auxilio, sea para cambiarlo de posición, o ayudarlo a levantarse de la cama.

Durante los tres días que siguieron al accidente se presentó prurito en la cara y cabeza, que no calmó ningún remedio local.

Desde el accidente le parece que ha disminuído la agudeza de su visión a la distancia, habiendo comprobado también que las erecciones se presentan alejadas y que el tono erectil del pene no es completo.

Relata que se presentaron zumbidos en los primeros días que siguieron al traumatismo, lo mismo que intenso dolor en el pecho, a nivel del esternón.

Concurrió dieciseis días al puesto de asistencia médica de la Compañía aseguradora, habiéndolo examinado en ese trascurso de tiempo el médico de la Compañía, Dr. J. P., quien diagnosticó contusión de la columna vertebral, región cervical.

Las consecuencias del accidente de trabajo, no se hicieron esperar. Refiere Luis P. que después de dieciseis días de asistencia, volvió a sus labores, pero su impotencia para el trabajo fue manifiesta. No podía levantar cuartones de madera de 4 x 4, ni ejecutar tampoco trabajos de albañilería. Se le encargó entonces de labores mínimas, como resanar las porosidades que dejan los moldes de cemento armado.

Al día siguiente de su vuelta al trabajo, después del accidente, tuvo que descansar un día, regresando después por espacio de treinta días seguidos, durante los cuales ejecutó labores de poco esfuerzo. Las necesidades de la vida, más que la aptitud para el trabajo, lo obligaron a este esfuerzo, que tuvo que interrumpir obligado por los dolores que aquejaba.

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

OPINIONES EMITIDAS POR LOS MEDICOS

El Dr. J. P., al darlo por curado el 12 de julio de 1930, dice: "Contusión de la región cervical y escapular".

El Dr. J. A. R. al examinarlo, expide en 13 de agosto de 1930, previas radiografías hechas en el Hospital "Dos de Mayo", un certificado en el que manifiesta que Luis P. sufre de "fractura con subluxación de la quinta y sexta vértebras cervicales."

Los médicos de Policía expiden en 23 de agosto de 1930 un certificado que dice: "Se comprueba la existencia de una subluxación de la articulación de la 5ª con la 6ª vértebras cervicales, con incapacidad para los movimientos de flexión, extensión y laterales de la cabeza".

El Dr. J. P. al informar a la Compañía de Seguros en 22 de setiembre de 1930, dándole más detalles sobre la forma como atendió a Luis P. dice: "Se notó un dolor en toda la región cervical, que le impedía los libres movimientos expontáneos de dicha región, más no los provocados. Hice el diagnóstico de contusión de la columna cervical y masas musculares vecinas. No llegué a comprobar la existencia de ninguna luxación y menos de fractura articular vertebral."

Iniciadas por Luis P. sus gestiones para que la Compañía aseguradora le proporcione la asistencia que exigen las lesiones producidas por el traumatismo y deseando ésta hacerlo, solicitó que el Dr. C. M. M. que tiene contratados los servicios de asistencia médica de esa institución aseguradora, lo examinase. La opinión de este profesional se encuentra contenida en informe emitido en 15 de diciembre de 1930. De él tomamos el siguiente acápite: "Destrucción parcial del cuerpo de la cuarta vértebra cervical y parte de la quinta, lo mismo que la consiguiente desviación de toda la columna cervical, lo cual explica la flexión de la cabeza sobre el tronco y la inmovilidad del cuello."

La Compañía aseguradora que desea atender con toda solicitud a Luis P. lo envía a donde el Dr. E. D. G., quien pide nuevas radiografías, antes de emitir opinión. Interim le estimula el trigémino nasal, poniendo en práctica el procedimiento que en esos meses realizaba este profesional a todos los enfermos que se sometían a sus cuidados.

Bueno es advertir, antes de seguir adelante, que al ser visto Luis P. por segunda vez por el Dr. J. P. este profesional emite la hipótesis que las consecuencias del traumatismo se deben a haberse injertado en el organismo del accidentado una lesión tuberculosa de las vértebras, un mal de Pott. El Dr. C. M. M. también toma en cuenta esta probabilidad, que el Dr. E. D. G. no desecha tampoco.

Las radiografías solicitadas por el Dr. E. D. G. fueron hechas por el competente radiólogo Dr. O. S. Trascribamos lo que dice

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

este profesional: "En las radiografías se puede apreciar que la altura de las apófisis transversas y articulares de la sexta cervical del lado izquierdo, es menor que en el lado derecho, con alteración de las estructuras de las mismas. Hay ligera angulación abierta hacia la izquierda. En la radiografía de perfil se puede apreciar que el cuerpo de la sexta cervical tiene su eje vertical formando ángulo abierto hacia adelante con el eje de las vértebras superiores a ella y la distancia que separa las apófisis espinosas de la quinta y sexta, más grandes que al estado normal. **Un pequeño fragmento óseo se aprecia por delante de la cara anterior del cuerpo de la sexta.**—Luxación hacia atrás de la sexta vértebra cervical, posiblemente a causa de una fractura de las apófisis articulares del lado izquierdo de la misma vértebra."

Al ratificarse dice: "Los signos radiográficos corresponden a una fractura con luxación secundaria de la sexta vértebra cervical. Los traumatismos análogos al sufrido, suelen producir dichas lesiones. La sexta vértebra cervical está desviada hacia atrás, formando ángulo con las cinco primeras vértebras cervicales, que aisladamente no presentan modificaciones apreciables."

Agrega el Dr. O. S., al analizar la radiografía del tórax, que se descubren huelles de antigua pleuritis de uno de los vértices del pulmón. Este dato será analizado oportunamente.

ESTADO ACTUAL DEL ACCIDENTADO

Sujeto con 1m73 de talla y 62 kilos de peso. Tipo morfológico **leptosómico,** de la clasificación de Kretschmer.

Longitud del cráneo 20cm. Anchura 15 cm. por consiguiente dolicocéfalo.

La cabeza está inclinada hacia adelante; la distancia que separa la barbilla o mentón, de la superficie del pecho, es de 12cm. en el reposo y de 11cm. cuando el sujeto hace esfuerzo por enderezarla.

Cuero cabelludo bien implantado por delante, adoptando por detrás disposición femininoide.

Ojos con pupilas isocóricas, que reaccionan bien a la luz y a la acomodación. No hay signo de Argyl-Robertson. Los párpados están normales.

Boca con 8 dientes cariados. Lengua sin saburra. Paladar óseo y membranoso, normales; lo mismo la úvula.

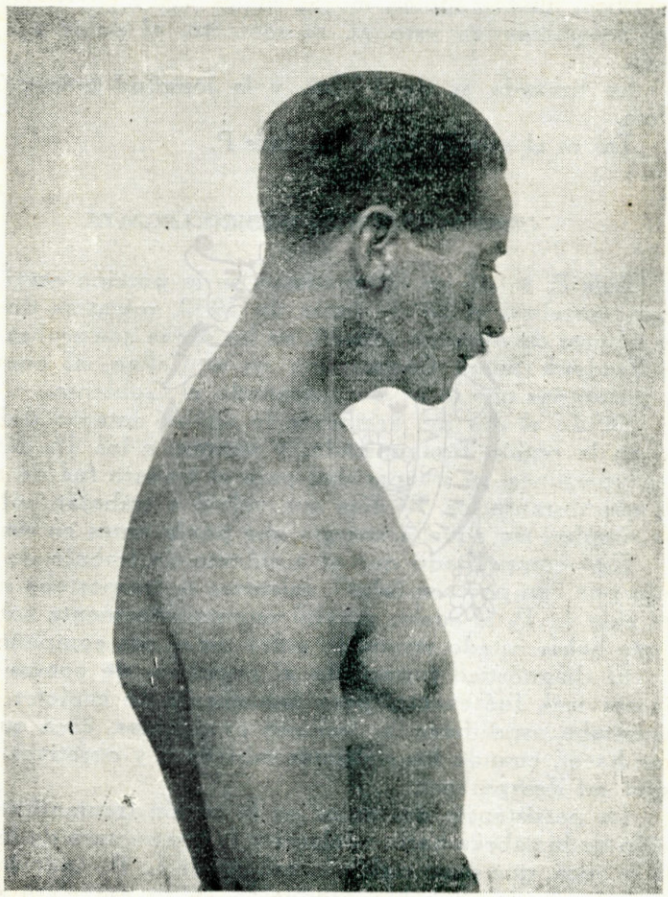
Cuello casi rígido; no puede moverse hacia atrás, ni lateralmente; hacia adelante lo hace en forma muy limitada. Cuando se intenta con esfuerzo algún movimiento, se despierta dolor intenso.

Al explorar la columna cervical se comprueba que **la sexta vértebra está un tanto hundida y dolorosa,** la quinta y la cuarta duelen igualmente.

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

Las masas musculares laterales del cuello, están contracturadas.

El tórax ofrece una distancia biacromial de 40 cm. El perímetro toráxico en la inspiración máxima es de 94 cm. y en la expiración de 87 cm. La altura del esternón es de 24 cm. y la distancia xifopubiana de 36 cm.



El sujeto realizando el máximo de extensión de la cabeza sobre el tronco.

Los pulmones están normales al examen clínico; sólo se comprueba ligera submacicés en el vértice derecho.

El corazón sin particularidades; sólo hay refuerzo del primer ruído en el foco aórtico.

La presión arterial medida con el aparato de Pachon, dió 14 para la máxima y 7 para la mínima.

En el aparato digestivo no hay nada anormal que indicar.

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

Los órganos genitales de aspecto normal. La erección del pene está disminuída y retardada. Hay ligera frigidez sexual adquirida: coito una vez por mes.

En los miembros hay que anotar la limitación de los movimientos en el miembro superior izquierdo.

Los reflejos tendinosos y mucosos están normales.

La sensibilidad cutánea se encuentra conservada, a excepción de la que corresponde a la **zona cervical superior y al triángulo cervical interescapular,** en las cuales hay hipoestesia para todas las sensibilidades, esto es, al contacto, al dolor y a la temperatura.

La brazada es de 1·77m. y la longitud cráneo-isquiática de 87cm.

Tal es el estado actual de Luis P.

CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES

Luis P. sufrió un traumatismo en la porción cervical de la columna vertebral el 28 de junio de 1930, mientras desempeñaba sus labores de operario albañil, en las obras que realiza la Compañía Frederik Snare Corporation en el Callao, al construir las obras portuarias que le ha encomendado el Gobierno.

Desde el día del accidente lo agobió intenso dolor, localizado en la región traumatizada, y aunque a los 16 días volvió a sus ocupaciones, su incapacidad para el trabajo fué de tal intensidad, que durante los 30 días que volvió a trabajar, sólo realizó faenas simples, sin aquella energía que ponía antes en sus labores.

Está comprobado que el accidente de trabajo de L. P. se produjo por "un paso en falso", mientras se trasportaba una alfarda; al caer L. P. al suelo, gravitó momentáneamente sobre él, el peso que había estado repartido entre todos sus compañeros.

El diagnóstico formulado al principio, de contusión de la región cervical, fué exacto, pero únicamente de carácter genérico. Se necesitaba especificar las lesiones producidas, cosa que resulta urgente hacer, cuando los síntomas subjetivos y objetivos del traumatismo no desaparecen.

La persistencia del dolor en la región traumatizada, la inclinación de la cabeza hacia adelante y la contractura de los músculos de la nuca, que puso rígida la cabeza de L. P., todo hacía pensar que algo serio se había producido en su esqueleto raquídeo. La exploración radiográfica era el procedimiento más seguro para dilucidar la lesión o lesiones que había sufrido la porción cervical de su columna raquídea.

Desde que se efectuaron las radiografías fué posible señalar una luxación vertebral complicada con arrancamiento óseo.

Dijeron entonces algunos profesionales, que se trataba posiblemente de un **mal de Pott cervical,** que el traumatismo había exteriorizado y alguien dijo que no podía tratarse de luxación o

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

fractura, porque en esos casos el accidentado muere rápidamente.

En los últimos tiempos las lesiones de la columna vertebral, se han estudiado bastante. Steinman y Wagner han puntualizado las lesiones profesionales producidas por el acarreo de fardos. Magnus, Haumann, Salin, Reimbold, Ott, Handerson, Rousseau, Froelich-Mouchet y Michel, son los que más han contribuído al conocimiento de las lesiones accidentales, estudiando las consecuencias inmediatas, el tratamiento que conviene en cada caso particular y las secuelas con sus indemnizaciones correspondientes.

Antiguamente los traumatismo del raquis eran raros y graves, conduciendo a la muerte. Hoy se han disociado las lesiones anatomopatológicas y se acepta que traumatismos graves pueden curar con capacidad funcional casi completa y traumatismos ligeros pueden ocasionar secuelas serias, pudiendo pasar inadvertidas muchas lesiones raquídeas graves.

Los procesos anatomoclínicos del raquis que resultan de un traumatismo y se localizan en el segmento cervical, comprenden dos grupos: 1º.—Aquellos que asientan en las dos primeras vértebras y 2º.—Los que afectan las cinco últimas.

El caso estudiado pertenece al segundo grupo y todas las consideraciones que se formulen tiene por objeto, principalmente, comprobar las consecuencias tardías del accidente y efectuar la evaluación de la invalidez producida.

Boeckel, Reimbold, Iselin, Hauman, Caraven y Bernard des Plas, son los que han señalado numerosas luxaciones-fracturas de las cinco últimas vértebras cervicales, que sólo la radiografía permitió su diagnóstico.

En estos casos se señala la ausencia de fenómenos de compresión medular y se refieren lesiones múltiples localizadas a la vez en varias vértebras.

Gastón Michel, que en el IV Congreso Internacional de Accidentes y Enfermedades del Trabajo, estudió **"Las consecuencias tardías de las lesiones traumáticas del raquis"** sostiene que las luxaciones de las cinco últimas vértebras cervicales son más frecuentes que las fracturas, pero que cuando están asociadas se localizan en el cuerpo vertebral.

Las informaciones suministradas por las radiografías y el examen clínico, permiten afirmar que L. P. sufrió como consecuencia del traumatismo violento que recibió, luxación de la sexta vértebra cervical, con fractura del cuerpo vertebral. La porción ósea fracturada se desplazó de su sitio y no comprimió la médula, tal como lo ha señalado el radiólogo.

En efecto, las vértebras cervicales pueden luxarse por **flexión** forzada del cuello y por un movimiento exagerado de **rotación** de la cabeza. Según ha demostrado Weber el punto máximo de la flexión forzada se encuentra comprendido entre la tercera y la sexta cervicales; las superficies articulares se deslizan, una sobre otra y al pasar por delante de las apófisis de la vértebra subyacente, se enganchan, constituyéndose así el obstáculo para la reducción.

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

La sintomatología que ha tenido y tiene L. P. corresponde con la de esta afección.

En efecto, inmediatamente después del traumatismo perdió el conocimiento y experimentó dolor intenso en la región. En los primeros diez días que siguieron al accidente, presentó sensación de cuerpo extraño en la parte posterior de la faringe, que poco a poco molestó menos; además, no podía levantar los brazos, ni colocar la cabeza en posición erecta.

Actualmente se comprueba en L. P. el síndrome residual de los traumatismos cervicales, esto es, perturbaciones de orden estático, como son: deformación de la columna vertebral, rigidez, etc., y trastornos de orden nervioso caracterizados por perturbaciones de la sensibilidad superficial.

La cabeza está más o menos inmóvil, inclinada hacia adelante; sólo tiene un centímetro de incursión, apesar de los esfuerzos que realiza; los músculos de la nuca están contracturados; la línea formada por la hilera de las vértebras cervicales, indica un hundimiento anormal en la sexta, que es la que está luxada.

Los fenómenos dolorosos persisten sobre todo cuando se intenta desplazar la cabeza; parece que el segmento raquideo cervical fuese de una sola pieza, dando el cuadro clínico que Leri ha denominado **cifosis de orígen traumático** y que según este autor se debe a osificación de los ligamentos intervertebrales o de los fragmentos osteotendinosos desprendidos por el arrancamiento.

Hay que desechar la hipótesis de **mal de Pott cervical,** por la sintomatología y la evolución del proceso morboso de L. P., por los datos suministrados por las radiografías, por la ausencia de lesiones nerviosas de tipo radicular, etc. Las radiografías no dan las imágenes de tuberculosis de los cuerpos vertebrales (clásico mal de Pott), ni de la tuberculosis del arco vertebral, láminas y apófisis articulares.

Se ha dicho que ésta hipótesis estaba apoyada por la comprobación radiográfica, de un proceso de pleuritis de vértice, que casi siempre es de naturaleza tuberculosa. La comprobación de este dato merece interpretación exacta.

El dato radiográfico sólo atestigua una lesión antigua, curada, que no tiene valor actual. En casi todos los sujetos, los rayos X revelan lesiones tuberculosas curadas, que no tienen actuación morbígena y que antes, por el contrario, son las huellas indelebles de un organismo que dominó la primo-infección tuberculosa.

Por estas razones rechazamos el significado que se ha querido dar a esta comprobación radiográfica en el aparato respiratorio de L. P.

El caso estudiado no exige mayores discusiones para caracterizarlo debidamente; sólo cabría estudiar el tratamiento que hubiera demandado, pero tal cosa no es el objeto de este trabajo.

Puntualizado el diagnóstico de la afección producida por el accidente de trabajo que sufrió L. P. en 28 de junio de 1930, corresponde tratar de la evaluación de la incapacidad en que se encuentra.

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

En el primer certificado otorgado por los médicos de Policía se considera 50 % de incapacidad. En el segundo certificado se dice que L. P. ha perdido el 75 % de su aptitud para el trabajo. No hay duda que estos funcionarios señalados por la Ley para aportar sus luces a la justicia en la evaluación de las incapacidades derivadas de los accidentes de trabajo, han justipreciado en cada oportunidad, diversos momentos de la evolución de su proceso morboso.

A los dos meses del accidente era imposible predecir la evolución ulterior del proceso; pero trascurridos varios meses, nueve en el momento que los señores médicos de Policía otorgan su segundo certificado, era ya posible indicar el porvenir sombrío de L. P., que como ha sufrido un accidente de trabajo y está en **litis** con la Compañía aseguradora, ningún cirujano quiere operar.

Suscribo el parecer de los señores médicos de Policía al emitir su segundo certificado y considero que L. P. ha perdido en el momento actual el 75 % de su aptitud para el trabajo y que se encuentra colocado dentro de una de las tantas lesiones que originan incapacidad parcial y permanente, según nuestra Ley de accidentes de trabajo. Por lo demás el porcentaje de incapacidad no es invariable, se modifica con el trascurso del tiempo.

CONCLUSIONES

1ª.—Luis P. sufrió un accidente, en el desempeño de su trabajo el 28 de junio de 1930.

2ª.—La contusión traumatizó la porción cervical de la columna raquídea.

3ª.—El traumatismo produjo la luxación de la sexta vértebra cervical, complicada con arrancamiento óseo.

4ª.—Existe relación de causa a efecto entre el accidente y la afección que hoy sufre Luis P.

5ª.—No es el caso de hacer referencia al "estado anterior" para evaluar con criterio médico-forense, la invalidez producida por el traumatismo.

6ª.—En el momento actual ha perdido el 75 % de su aptitud para el trabajo.

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

LA NIPIOLOGIA EN MARCHA

Por el Dr. ROMULO EYZAGUIRRE



Dice Ernesto **Cacace** creador de la nueva ciencia que él denomina Nipiología, con justicia exacta, que ella es la **"ciencia de la primera edad,** es decir: **el estudio completo de la edad en la que no se habla, y desde todos sus puntos de vista."** Y por este solo hecho, la historia, la medicina, la higiene, la sociología y la jurisprudencia del que aún no habla dejaban de hallarse dispersas para formar la entidad **niño** con su ciencia propia. Y si es verdad que sólo es una fase en la evolución del hombre, pero no es menos evidente que dicha fase es indiscutiblemente fundamental en el cultivo de la especie humana, cualesquiera que sea el punto de vista desde el cual haya de estudiársele.

No era **Cacace** espíritu que se arredrara ante los primeros embates con los que había de chocar la nueva idea, y cobrando energías ante cada ataque o ante cada frialdad, el esfuerzo batallador se acrecentaba, y jamás tuvo un día de desmayo. Perseverante y tenaz, inició hace ya bastantes años la conquista de corazones y de inteligencias, y el libro, el folleto y el periódico, sirvieron de campo que él convirtió en ubérrimo, convencido de que "todo avance—como dice **Paz Soldán**—siempre fué ejecutado a "impulsos de las esperanzas y las alucinaciones que pone en la "frente el ideal."

Pasó la idea los límites geográficos de Italia, para extenderse rápida por la tierra europea, y más de un Congreso Científico consagró el evangelio de **Cacace.** Y las eminencias médicas aceptaron el nuevo concepto, que involucra cuanto hay que signifique derecho y defensa del que acaba de asomarse a los umbrales de la vida nueva. Y fué España en 1916 la primera en fundar el Instituto Nipiohigiénico con **Martínez Vargas,** el paladín

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

íbero de la propaganda del profesor napolitano. "No es la Nipio-"logía, decía **Martínez Vargas,** una palabra huera, un vocablo más, "vacío de sentido, que viene a engrosar la sinonimia; es una Cien-"cia substantiva, como dijo el malogrado profesor **Borobio,** la "ciencia integral del niño que aún no habla."

La América no fué indiferente ni vaciló, y después de sentirse sacudida por la buena nueva, la idea arraigó desde 1922 en las tierras de Colón.

El mismo pediatra barcelonés nos dice respondiendo a los que titubearon: "Si fuera una palabra vana, una organización in-"consistente, el tiempo que corroe hasta las piedras de los monu-"mentos conmemorativos, habría devorado ya esta ciencia, como "devora las modas, como marchita las flores; antes por el con-"trario: lejos de España y de Italia, allá en América, yo presen-"cié personalmente en 1927 el entusiasmo de aquellas Repúbli-"cas jóvenes y pujantes, limpias de todo prejuicio, emancipadas "de toda imposición, que se consagraban con todo entusiasmo a "la Nipiología como un ideal prometedor, cultivando la semilla "que en 1922 había dejado allí en persona el Profesor **Cacace.**"

Y fué así: La nipiohistoria, la nipioiatria, la nipiohigiene, la nipiosociología, no inventaron el impulso de América renovadora, para la defensa del niño, sino que colocaron el ideal en sitio que determinó la mejor visión del reciente espectáculo.

Sembró **Cacace** hacia todos los vientos, y siempre fué fructífera su siembra. No faltó la oposición pasiva, pero aún la activa sólo sirvió para rejuvenecer en cada nueva vez los bríos de su perseverancia. Vió que fuera de su tierra, había otras, donde se arraigaba más profundamente la semilla que él tánto cuidaba, con tánta devoción y sacrificio, pero al fin su triunfo se marca en sus propias tierras, y el resultado de este trabajar sin descanso, fué el 1er. Congreso de Nipiología celebrado en Ancona en 1928 y con él celebró su primer resonante triunfo para que también resonaran los pasos de su historia. La Nipiología, la ciencia del niño que aún no habla, la ciencia esa, que le estudia en toda sus múltiples facetas, aquella que es al **mismo tiempo y sucesivamente** nipiohistoria, nipioiatria, nipiohigiene y cuántas ramas aún se ofrecen como intereses que estudian al que aún no habla, había arrojado su ancla en terreno más propicio y más firme, y su firmeza se había acrecentado. Airoso con el éxito, reunió un segundo congreso en 1930 en Bolzano, y, digamos ayer, en 1932, acaba de convocar y celebrar el de Perugía con resultados de amplitud satisfactoria y cada vez mejor, patrocinado por los altos poderes de la Sociedad, de la Ciencia, de la Filantropía y del Estado.

Gutta cavat lapidem, non vi, sed saepe cadendo.

Reposo, salud, afectos, bienes, fueron sacrificados, por este hombre singular—sin que—nunca le pareciera mucho—en el ara de sus ideales, ni nada le detuviera ante el sublime deseo de ver colmadas las aspiraciones de su alma, en todo tiempo dispuesta a llevar su anhelo adelante, sin medir el tiempo que golpea inplacable la hora fugitiva, y ha de marcar su paso, afirmando cuanto él

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

imaginó y puso de bien en la cautela del niño, que para ello, exige la armonía y la coordinación de todo aquello que en la faena está determinado por las fases de su derecho, trazando así, con tal modo, nuevos caminos al pediatra de mañana—y porqué no al de hoy?—quien ya no puede ser sólo el médico, nada más que el médico, del niño cuya edad no le permite hablar todavía.

La palabra Nipiología y el concepto de élla, que el profesor napolitano presentó al mundo científico, pudo ser recibida friamente alguna o muchas veces, pero es lo evidente y lo innegable, que cuanto congreso científico en favor del niño se ha reunido en los últimos años, ha tenido todas las características de la Nipiología, colmándole con la Paidología. La palabra, de una etimología impecable, y el concepto de una necesidad que debió ser desde el primer momento, existe en cada cual de esos congresos, sin relucirse, pero sí, allí existente por aceptación tácita, pues en el hecho es nipiohigiénico.

En América del Sur la Argentina, funda su Sociedad de Nipiología desde 1922, y en diciembre del año que acabamos de pasar, Uruguay ha fundado la suya, con sede en Montevideo, con motivo de la segunda celebración de la jornadas nipiológicas que con tanto brillo allí se han sostenido. Abundante material donde se hallaron la medicina, la higiene, la legislación, la sociología, la sicología etc. del niño de la primera edad, buscan por sostenedores al venerable **Morquio,** figura insigne y egregia de la pediatria sudamericana, al fervidísimo **Pelfort,** alma de las asociaciones nípicas, espíritu fuerte, y exhuberante en tenacidad y en entusiasmo, y encontraron allí, como en cita predilecta a **Bauzá** y a **Bonaba** y a **Turenne** y a **Escardó** y a **Narancio** y a muchos más que forman la pléyade Uruguaya que se ha colocado a la vanguardia de la nipiología en un sólo momento, en un sólo día, en una sola inspiración, en un sólo anhelo por el estudio y el cuidado del niño que aún no habla y que acaba de conquistar, por el sólo hecho de haber nacido, derechos indiscutibles e impostergables, para su defensa desde todo punto de vista.

En el Perú es la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, la que sostiene la terminología y las doctrinas de **Cacace,** manteniendo un Comité permanente de Nipiología y Paidología que algún día será el foco de donde parta el empeño por trabajar en favor del niño que aún no habla.

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

PERSONAL DE REDACCION DE LA "CRONICA MEDICA" DE 1884 HASTA 1933

Año de 1884.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. REDACTORES: José Darío Torres, Andrés S. Muñoz, Manuel A. Muñíz, David Matto, Francisco P. del Barco, Romualdo Ibáñez, Mariano E. Becerra, Nemesio Fernández Concha, Alfredo I. León. TESORERO: Olivo Chiarella. ADMINISTRADOR: Juan M. Byron.

Año de 1885.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. REDACTORES: David Matto, M. Alfredo Gall, Francisco P. del Barco, Juan M. Byron, Pablo Patrón, Juan C. Ugaz, N. Fernández Concha, Enrique Barrios, Olivo Chiarella. TESORERO: Andrés S. Muñoz. ADMINISTRADOR SECRETARIO: Manuel A. Muñiz.

Año de 1886.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SUBDIRECTOR: David Matto. TESORERO: Andrés S. Muñoz. REDACTORES: Manuel A. Muñiz, Genaro Huapalla, Pablo Patrón, M. Alfredo Gall, Juan Ugaz, N. Fernández Concha, Enrique D. Barrios. SECRETARIO: Francisco P. del Barco. ADMINISTRADOR: Manuel V. García.

Año de 1887.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SUBDIRECTOR: David Matto. TESORERO: Manuel V. García. REDACTORES: José A. de los Ríos, Francisco Almenara Butler, Manuel A. Muñiz, Pablo Patrón. SECRETARIO ADMINISTRADOR: Andrés S. Muñoz.

Año de 1888.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SUBDIRECTOR: David Matto. TESORERO: Aníbal Fernández Dávila. REDACTORES: José A. de los Ríos, Francisco Almenara Butler, Francisco P. del Barco, Manuel C. Irujo. SECRETARIO ADMINISTRADOR: Andrés S. Muñoz.

Año de 1889.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SUBDIRECTOR: Ricardo Quiroga y Mena. TESORERO, José A. de los Ríos. REDACTORES: Andrés S. Muñoz, Francisco Almenara Butler, Alfredo I. León, Matías T. Bellido. SECRETARIO ADMINISTRADOR: Manuel A. Velásquez.

Año de 1890.—DIRECTOR: F. Almenara Butler. TESORERO: José A. de los Ríos. REDACTORES: Ricardo L. Flores, Julián Arce, Casimiro Medina, Ricardo Quiroga y Mena, Alfredo I. León, Belisario D. Manrique, Antenor D. Velazco, L. I. de Mora, Max Gonzáles Olaechea. SECRETARIO ADMINISTRADOR: Dámaso Antúnez.

Año de 1891.—DIRECTOR: Francisco Almenara Butler. TESORERO: Emiliano Castañeda. REDACTORES: David Matto, Manuel A. Muñiz, Casimiro Medina, Manuel C. Irujo, Alfredo I. León, Ricardo Quiroga

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

y Mena, Antenor D. Velazco, Max. Gonzáles Olaechea, Samuel H. Izaguirre. SECRETARIO ADMINISTRADOR: Adolfo Vienrich.

Año de 1892.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SECRETARIO: Elías L. Congrains. REDACTORES: David Matto, Manuel Irujo, Casimiro Medina, Alfredo I. León, José Diez Salazar, Leonardo Varas, Belisario Manrique, Dámaso Antúnez, A. Velazco.

Año de 1893.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SECRETARIO: Elías L. Congrains. REDACTORES: David Matto, Manuel A. Muñiz, Manuel Irujo, Casimiro Medina, Alfredo I. León, Manuel A. Velásquez, Belisario Manrique, Max. Gonzáles Olaechea, A. Velazco.

Año de 1894.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SECRETARIO ADMINISTRADOR: Elías L. Congrains. REDACTORES: David Matto, Manuel A. Muñiz, Manuel Irujo, Casimiro Medina, Alfredo I. León, Manuel A. Velásquez, Belisario D. Manrique, Max. Gonzáles Olaechea, Esteban Campodónico.

Año de 1895.—DIRECTOR: Leonidas Avendaño. SECRETARIO ADMINISTRADOR: Elías L. Congrains. REDACTORES: David Matto, Manuel A. Muñiz, Ignacio La Puente, Manuel Irujo, Alfredo I. León, M. A. Velásquez, Max. Gonzáles Olaechea, Esteban Campodónico, Federico Remy, Manuel Zevallos Velásquez.

Año de 1896.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO, SECRETARIO Y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Manuel A. Muñiz, Alfredo I. León, Manuel Irujo, Pedro T. Barrós, Max. Gonzáles Olaechea, M. A. Velásquez, Leoncio I. de Mora, E. Campodónico, E. Pardo Figueroa, F. Salazar y Alarco.

Año de 1897, 1898 y 1899.—DIRECTOR: Manuel A. Velásquez, TESORERO ADMINISTRADOR Y SECRETARIO: Eduardo Bello. REDACTORES: David Matto, Max. Gonzáles Olaechea, Esteban Campodónico, Francisco Salazar y Alarco, Manuel Irujo, Alfredo I. León, Leoncio I. de Mora, E. Pardo Figueroa, Pedro T. Barrós, Rómulo Eyzaguirre.

Año de 1900 y 1901.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO, SECRETARIO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, Max. Gonzáles Olaechea, E. Pardo Figureoa y Nieto, F. Salazar y Alarco, Carlos Alberto García, Pablo S. Mimbela, Enrique León García, R. Eyzaguirre, Manuel O. Tamayo.

Año de 1902 y 1903.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO, SECRETARIO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Leonidas Avendaño, Manuel A. Velásquez, M. Gonzáles Olaechea, E. Pardo Figueroa y Nieto, F. Salazar y Alarco, Alberto L. Barton, F. León, García, Manuel O. Tamayo, Rómulo Eyzaguirre.

Año de 1904 y 1905.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO, SECRETARIO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Leonidas Avendaño, Manuel A. Velásquez, M. Gonzáles Olaechea, Ugo Biffi, Da-

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

niel E. Lavorería, C. Alberto García, Justo L. Castro Gutiérrez, Enrique León García, R. Eyzaguirre, Manuel O. Tamayo.

Año de 1906, 1907, 1908 y 1909.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO, SECRETARIO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, M. Gonzáles Olaechea, Manuel O. Tamayo, Daniel E. Lavorería, C. Alberto García, Justo L. Castro Gutiérrez, Enrique León García, R. Eyzaguirre.

Año de 1910 y 1911.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO SECRETARIO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, Max. Gonzáles Olaechea, Daniel E. Lavorería, Carlos A. García, Justo L. Castro Gutiérrez, Enrique L. García, R. Eyzaguirre, Guillermo Olano, Constantino J. Carvallo y Hermilio Valdizán.

Año de 1912.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO SECRETARIO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, Max. Gonzáles Olaechea, Daniel E. Lavorería, Carlos A. García, Justo L. Castro Gutiérrez, Enrique L. García, R. Eyzaguirre, Guillermo Olano, Constantino J. Carvallo, Hermilio Valdizán y Carlos E. Paz Soldán.

Año de 1913.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO SECRETARIO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. REDACTORES: Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, Max. Gonzáles Olaechea, Daniel E. Lavorería, Carlos A. García, Justo L. Castro Gutiérrez, Enrique L. García, R. Eyzaguirre, Guillermo Olano, Constantino J. Carvallo, Hermilio Valdizán y Carlos A. Bambarén.

Años de 1914 y 1915.—DIRECTOR: David Matto. TESORERO y ADMINISTRADOR: Eduardo Bello. SECRETARIO: Carlos A. Bambarén. REDACTORES: Leonidas Avendaño, M. A. Velásquez, Max. Gonzáles Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Guillermo Olano, Constantino J. Carvallo, Hermilio Valdizán, Carlos E. Paz Soldán.

Años 1916, 1917 y 1918.—REDACTORES: L. Avendaño, M. A. Velásquez, Max. Gonzáles Olaechea, Eduardo Bello, Rómulo Eyzaguirre, Edmundo Escomel, Luis de la Puente, Constantino J. Carvallo, Hermilio Valdizán, Carlos E. Paz Soldán, Carlos Morales Macedo y Carlos A. Bambarén.

Años de 1919, 1920 y 1921.—COMITE CIENTIFICO: Ernesto Odriozola, L. Avendaño, Max. Gonzáles Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Edmundo Escomel, Hermilio Valdizán, Carlos Morales Macedo.
REDACCION: Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén y Luis D. Espejo

Años de 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927 y 1928.—COMITE CIENTIFICO: L. Avendaño, Max. Gonzáles Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Edmundo Escomel, Luis de la Puente, Constantino J. Carvallo, Hermilio Valdizán, Carlos Morales Macedo.
REDACCION: Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén y Luis D. Espejo.

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

Año de 1929.—COMITE CIENTIFICO: L. Avendaño, Max. Gonzáles Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Edmundo Escomel, Hermilio Valdizán, Carlos Morales Macedo.
REDACCION: Eduardo Bello, Carlos A. Bamabarén, Luis D. Espejo y Ernesto Ego Aguirre.

Año de 1930.—COMITE CIENTIFICO: L. Avendaño, Max. Gonzáles Olaechea, Rómulo Eyzaguirre, Edmundo Escomel y Carlos Morales Macedo.
REDACCION: Eduardo Bello, Carlos A. Bambarén, Luis D. Espejo y Ernesto Ego Aguirre.

Años de 1931, 1932 y 1933.—DIRECTOR: Carlos A. Bambarén. COMITE CIENTIFICO: L. Avendaño, Max. Gonzáles Olaechea, Eduardo Bello, Rómulo Eyzaguirre, Edmundo Escomel y Carlos Morales Macedo.
COMITE DE REDACCION: Luis D. Espejo, Rafael M. Alzamora y Ernesto Ego Aguirre.

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

LA VIDA Y LAS OBRAS DE RAMON E. RIBEYRO

Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. ABEL S. OLAECHEA.

La Academia de Medicina consagra esta sesión para rendir homenaje a la memoria de su último presidente Ramón **Ribeyro,** que el 3 de Julio próximo pasado abandonó su envóltura corpórea y con ella, la línea de batalla de la vida, dejándonos el legado de las producciones de su mente, de su refulgencia en el dominio de las ideas, que es, puede decirse, como la transfiguración sublime que experimentan los seres a quienes el Eterno dotó de espíritu selecto.

Cumplióse en él, de modo prematura, la ley inexorable de la desaparición terrenal, en los precisos momentos en que había sido elevado al digno cargo de presidente de esta Academia, y en el cual sus cualidades personales y su saber permitían augurar que habría de darle el mayor lustre posible para honra y bien de la patria.

Vínculos de amistad muy sincera, nacidos en las aulas del Colegio, cultivados en la Facultad de Medicina y en la vida profesional y vivificados aún en las labores del funcionarismo médico - oficial han determinado, con justicia, que su separación de la vida represente para mí una de esas pérdidas valiosas que, por su repetición, a medida que transcurre la existencia, van reduciendo para los que perduran el dichoso campo de la amistad.

Esta circunstancia de mi afecto y de mi consideración por **Ribeyro** ha motivado para mí la honra de haber sido elegido para rememorar en este acto, en nombre de la Academia, su vida y sus obras. He acatado emocionado esa designación, porque desde el primer momento pensé que no podía rehusarla, aunque no me considerara capacitado para hacer resaltar las múltiples cualidades y dotes que lo adornaban, exponiendo con nitidez y precisión su carrera científica y sus trabajos, ni menos poder realizarlo con la dicción que esta ceremonia demanda.

En la marcha de la humanidad hacia el progreso, la sucesión de los hombres en la serie de los siglos puede ser considerada, como dijo **Pascal,** como un solo hombre que siempre subsiste y contínuamente aprende, porque la ciencia se hace con los materiales acumulados en todas las épocas, por quienes dedican sus energías a arrancar secretos a la naturaleza para saciar el inmenso deseo de saber y para hacer más llevadera la existencia humana.

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

Cada generación es así deudora a muchas otras de las que le precedieron de los conocimientos de que dispone y de los medios que le han servido para cumplir su misión, como lo serán a su vez para ella las generaciones que la sucedan. En este sentido la reseña de la vida de un médico como **Ramón Ribeyro,** cuya labor deja una huella en el campo de la medicina experimental y de la investigación de la patología nacional, obliga ineludiblemente a hacer una invocación gratulatoria en este instante, a los grandes nombres que en la historia médica significan: con **Hipócrates** de Cóos, el reinado de la observación, como base de estudio de la medicina, a la vez que la liberación de la misma del yugo de la teocracia y de la metafísica, y la proclamación de la probidad como cualidad fundamental del médico; con **Galeno,** la introducción de la experimentación y de doctrinas anatómicas y fisiológicas que dominaron en la ciencia hasta el siglo XVIII; con **Magendie** y **Claudio Bernard**, el establecimiento de la medicina experimental fundada en el determinismo biológico de los fenómenos; y con **Pasteur,** el inigualado benefactor de la humanidad, el descubrimiento de la naturaleza vital, microbiana, de las causas morbíficas, luz con la cual ese gran genio penetró en la tierra de promisión entrevista por **Claudio Bernard,** transformando la medicina cuyo carácter científico aseguró, y abriendo muy amplios horizontes a la Higiene, a la profilaxia y a la terapéutica. Al igual que esos grandes nombres, de fama universal, que sintetizan y encarnan el pasado y el presente de la ciencia médica, conviene recordar aquí, también gratulatoriamente, a los maestros médicos peruanos del pasado, a cuya cabeza están: **Unánue,** el padre de la medicina americana y prócer de nuestra emancipación política; **Heredia,** el gran reformador del Colegio de Medicina que fundara aquél; y sus sucesores: **Miguel** de los **Ríos, Manuel Odriozola** y toda esa pléyade de abnegados y notables profesionales que han engrandecido nuestra historia médica con su labor científica, con su rectitud de espíritu y con su honorabilidad, y que se llamaron, no citando de ellos sino a los Decanos que no existen, como los anteriores: **Villar, Rosas, Vélez, Sosa, Barrios, Odriozola Ernesto.**

I

La vida científica de **Ribeyro** tuvo, desde que se inició como estudiante de medicina, una orientación uniforme en el sentido de la investigación experimental y de las aplicaciones técnicas, profilácticas y curativas, nacidas de los descubrimientos de **Jenner** y de **Pasteur.** Su labor fue muy variada, pero en toda ella resplandecen sus cualidades de talento, de ilustración y de hombría de bien, de que daba muestras apreciables, igualmente, en sus relaciones amistosas y en el trato social.

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

El relato de su vida y el análisis breve de sus trabajos, con que dió lustre a su nombre y honró a la patria, van a permitir destacar sus cualidades, valorizar los alcances de su esfuerzo, y esbozar la síntesis de su personalidad en sus diversos aspectos o fasetas.

Vino a la vida el 7 de Julio de 1876, en el digno hogar que constituyeron sus padres el Dr. don **Ramón Ribeyro** y la Sra. **Carmen Benítes Sacio**, formando así parte de una familia de ocho hermanos, cuatro hombres y cuatro mujeres; habiendo muerto, de los primeros, los dos mayores — abogado el uno e ingeniero el otro — lo mismo que una hermana, antes que él y sin alcanzar tampoco larga vida.

Desde un punto de vista psicológico, sus cualidades individuales tienen que referirse a su linaje familiar, el que tambien permite, por coincidencia especial, explicar su carrera universitaria y su dedicación científica. La memoria de la especie ha sido bien ostensible en él.

Su progenitor don **Ramón Ribeyro** fue abogado notable, internacionalista y político distinguido. Profesor en la Facultad de Ciencias Políticas; desempeñó, en varias ocasiones, el decanato de la misma y también el rectorado de la Universidad. Fué diputado, Ministro de Justicia, en 1879, y Ministro de RR. EE. en 1886 y en 1893. Enviado Extraordinario ante los gobiernos de varios países; vocal y Presidente de la Corte Suprema. Durante la guerra con Chile prestó sus servicios como Jefe del Batallón de Reserva No. 4, con el que defendió valerosamente el Reducto Nº 2 en la batalla de Miraflores. Como colaborador decidido del Dr. **García Calderón,** en el sentido de propiciar la paz sin cesión de territorio, permaneció en prisión en Chile, en Angol y Chillán, por más de un año.

El padre de don **Ramón Ribeyro,** el abuelo de mi biografiado, el Dr. Dn. **Juan Antonio Ribeyro,** fue también abogado distinguido, político eminente, magistrado y profesor universitario. Desempeñó en repetidas legislaturas el cargo de diputado y fue llamado, igualmente, en varios períodos gubernativos, a prestar sus servicios en las Carteras de Gobierno y RR. EE. y en la Presidencia del Consejo de Ministros. Desempeñó el cargo de vocal de la Corte Suprema y presidió en varias ocasiones ese tribunal. Fué catedrático de la Facultad de Jurisprudencia, y desempeñó el rectorado de la Universidad durante varios períodos que hicieron un total de 18 años. Como Ministro de RR. EE. durante la Expedición Española Restauradora, produjo documentos diplomáticos de la más alta importancia defendiendo la soberanía nacional y la independencia americana.

En el ejercicio del rectorado de la Universidad, durante la difícil época de la ocupación militar de esta ciudad, por el ejército chileno, cumplió con dirigirse al jefe de él llamándole la atención respecto de los daños causados en los enseres y en los locales de la Universidad y de la Facultad de Medicina por las fuer-

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

zas acuarteladas en dichos edificios. Después de enumerar lo acaecido en ellos, agregó:

"Los males de la guerra son hondos, tal vez peores que los que acarrean las epidemias y los fenómenos mismos de la Naturaleza: por eso la civilización ha procurado mitigar tantos desastres y tantos infortunios".

Refiriéndose a la apropiación de las rentas de la Universidad por los ocupantes, dijo:

"Cree la Universidad, créelo también el Consejo y su Rector, que muy lejos debe estar de la mente de Ud. acabar con la instrucción en Lima, quitándole los últimos recursos que le quedan para sostener una vida que se extingue y ha debido cuidarse para salvar los fueros y la honra de América. Ya he dicho a Ud. que la instrucción en todas partes es no solamente considerada, sino que se la rodea de todas aquellas inmunidades que la pongan a distancia de las hostilidades de la guerra. La historia, el derecho, la costumbre de todos los países ilustrados así lo prescriben y lo aconsejan, y muy mal recibido sería en el mundo que la Universidad de Lima se pusiese en la imposibilidad de seguir sus labores por haberla privado el ejército ocupante de sus muy ya decaídas entradas".

Tan distinguidas dotes de inteligencia, de carácter, de hombría de bien y de patriotismo, de sus inmediatos ascendientes, tenían que revelarse necesariamente en mi biografiado.

Inició sus estudios de Instrucción Media a raíz de esos desastres de la guerra que habían dejado nuestros centros de enseñanza oficial desprovistos de los elementos más indispensables y en momentos en que las angustias económicas del erario público no permitían efectuar su reconstitución. Fué alumno del Colegio de Nuestra Señora de la "O", dirigido por el Dr. **Drinot** y después del Colegio Peruano, que regentó el meritísimo pedagogo Dr. **Agustín T. Whilar**. Como sus hermanos mayores seguían las profesiones de abogado, el uno, y de ingeniero, el otro, se inclinó a la de médico, teniendo tal vez alguna influencia para ello, la notable carrera médica del **Dr. Ricardo Flores,** con quien le unían lazos familiares y amistad muy estrecha. Sus estudios médicos los realizó del modo más satisfactorio, habiendo sido acreedor a las distinciones más elevadas, como son las contentas de bachiller y de doctor. Obtuvo el título de interno por concurso, con el número uno, en 1900, y fue externo e interno del servicio del Dr. **Ernesto Odriozola,** en el Hospital "Dos de Mayo", en los años de 1899 a 1902, y en este último año fue interno del servicio del Dr. **Gómez Sánchez,** en el Hospital "Santa Ana".

Siendo alumno de medicina se le nombró, el 22 de mayo de 1896, primer ayudante del Instituto de Vacuna con motivo de la organización de dicho establecimiento.

Entre las muchas reformas y progresos que hicieron fecunda en bienes para la patria la corta administración del gobierno de

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

don **Nicolás de Piérola,** en 1895, ocupa importante lugar la ley de vacunación y revacunación obligatoria, que a su iniciativa se expidió en 1896, en la que se dispone también que el Instituto de Vacuna de Lima fuese atendido por el Estado con una subvención, a fin de que suministrara el fluído necesario a todos los Consejos Provinciales, a cuyo cargo puso esa misma ley la propagación de dicho fluído, por medio de vacunadores, que ellos debían rentar en número suficiente.

Es oportuno, por haber sido el Instituto de Vacuna el centro de las principales actividades científicas de **Ribeyro,** recordar en este instante algunos datos relacionados con la vacuna animal y con la creación de ese establecimiento.

Fué sólo a partir de 1895 que se inició en el país el uso de la vacuna animal, merced a los esfuerzos del Inspector de Higiene del Consejo Municipal de esa época, Dr. **Ricardo Flores.** Desde 1886 el Dr. **Aurelio Alarco,** Inspector de Higiene de la Municipalidad, había pretendido que la vacunación se hiciera empleándose linfa vaccinal de orígen animal, y con tal objeto hizo la retrovacunación en terneras, habiendo tenido éxito positivo en abril de 1888, en una ternera que inoculó en la lechería existente entonces en la calle de "La Pelota". A este feliz resultado sucedió fatalmente el cambio de municipio, luego la partida para Europa del Dr. **Alarco** y el abandono del establo vaccinal por el nuevo Concejo, en nombre de dificultades económicas. Sólo en 1894, los doctores **Barrios y Pérez Roca,** dieron cuenta a esta Academia de que habían logrado vacunar a tres terneras, con vacuna animal que habían recibido del extranjero. Habría sido esta la oportunidad para establecer el nuevo servicio de linfa vaccinal, que se pensó que podía encomendarse a la vigilancia de la Academia, pero nada se hizo tampoco por razones de índole económica. En mayo de 1895 fue nombrado el Dr. **José María Quiroga,** que era jefe del servicio de vacunación de la Municipalidad, director del antiguo establo vaccinal, que iniciara el Dr. **Alarco,** y el 5 de julio del mismo año practicó la primera vacunación de una ternera con fluído vacuno obtenido de un niño y con fluído de orígen animal procedente de un Instituto Europeo.

El gobierno comisionó al Dr. **Ricardo Flores,** en abril de 1896, para que le presentara un informe circunstanciado sobre el servicio de vacunación y le propusiera el presupuesto correspondiente a la subvención que, conforme a la ley, debía recibir el Instituto. De acuerdo con el proyecto de organización y con el presupuesto que presentó el Dr. **Flores,** se dictó en 22 de mayo la Resolución Suprema que determinó el personal de empleados del Instituto, así como sus gastos de orden material, siendo desde aquella fecha que el mencionado establecimiento ha sido el eje de la campaña contra la viruela en el país.

Honra especial le corresponderá siempre al Gobierno de 1895, por su atinada acción contra la viruela, y con él al Dr. **R. Flores,** miembro de esta Academia, que la inspiró, dando así prue-

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

bas de las dotes de inteligencia, ilustración, patriotismo y bondad de ánimo que le han distinguido en su larga carrera médica.

Ninguna enfermedad ha causado más inmensas pérdidas en nuestro país y en todo el nuevo mundo, que la viruela. Desconocida antes de la Conquista, hay uniformidad en aceptar que fué llevada a Méjico en 1518 por un negro del conquistador **Pánfilo Narvaes,** "carbón encendido que abrasó el imperio de Méjico y las provincias de Nueva España". En el Perú no se presentó, según unos, sino en 1533, causando una mortalidad "que barrió en algunas partes mas de la mitad de las gentes ", dice **Cieza,** pero según otros, llegó en 1524, produciendo la horrorosa epidemia conocida en la historia con el nombre de "epidemia de Huayna Capac". Sus desastres continuaron aquí periódicamente y fue, como es sabido, a consecuencia de la lectura que el Ministro de Justicia español don **José Antonio Caballero,** hiciera al Monarca Carlos IV, del informe del Dr. **Gabriel Moreno** sobre los inmensos daños que padeció Lima con la epidemia de 1802, que ese Monarca ordenó que se formara la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, que salió de la Coruña en diciembre de 1803, conduciendo veinticinco niños, para conservar el fluído por inoculación de brazo a brazo durante la navegación, expedición a cargo de los doctores **Balmis** y **Salvani,** que tanto realza al gobierno de España y a dicho Monarca.

Graduado **Ribeyro** de médico en 1903, casi inmediatamente ocurrió la aparición de la peste bubónica en el puerto de Pisco y por razón de su cargo en el Instituto, el gobierno lo comisionó en unión del Dr. **Julio Gastiaburú,** entonces practicante, para comprobar bacteriológicamente la existencia de esa enfermedad y para combatirla. Esa infección sólo atacó a cuatro personas, de las que tres fallecieron, y, como es sabido, la honra del diagnóstico clínico en el primer caso que se presentó le corresponde al Dr. **Enrique Mestanza.** El Dr. **Ribeyro** presentó, con tal motivo, un interesante informe en el que pasó en revista los antecedentes de la enfermedad en Pisco, es decir, la manera como fué importada, los datos sobre los tres primeros casos que él no vió, la sintomatología que presentó el cuarto y último que pudo observar, las consideraciones sobre el diagnóstico de la enfermedad, el cultivo que obtuvo del gérmen, y por fin, las medidas que se tomaron en el puerto, especialmente en el local del Resguardo que fué donde se descubrieron ratas muertas; habiendo sido los empleados que se encargaron de la limpieza del local los que sufrieron el mal.

La peste bubónica hizo su aparición en Mollendo a fines de julio del mismo año, y el gobierno comisionó también al Dr. **Ribeyro** para que se encargase de la dirección de la campaña contra ella, en cuya labor fué secundado por el médico titular de Islay, Dr. **Santiago Parodi,** que tuvo a su cargo la asistencia de los enfermos en el Lazareto, y por el Dr. Fabio **Reynoso,** en las funciones de higiene de la población.

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

La epidemia de peste duró hasta el 8 de octubre; el informe del Dr. **Ribeyro,** muy detenido y comprendiéndo puntos análogos a los tratados en su informe sobre la misma epidemia de Pisco, dá cuenta de haberse presentado un total de 51 enfermos de peste, de los que 31 curaron y 20 fallecieron, obteniéndose así una mortalidad de 39,60%. La acción favorable del suero anti-pestoso en el tratamiento resultó completamente evidente, pues de los 125 casos de peste observados, 115 se trataron con dicho medicamento, de los cuales curaron 57 y murieron 40, o sea un coeficiente letal de 24, 78%; mientras que de los 10 casos restantes en que no se empleó el suero curó uno y murieron 9, o sea que la mortalidad fué de 90%.

Por haber merecido la contenta de doctor, **Ribeyro** tuvo opción a que el gobierno le concediera, en conformidad con el reglamento existente sobre el particular, un viaje de perfeccionamiento al extranjero en la condición de pensionado. Se dirigió a Europa a fines de 1903, dedicándose al estudio de la bacteriología en el Instituto Pasteur, y a seguir en la Facultad de Medicina y en los hospitales otras lecciones, muy especialmente de Oftalmología. Encontrándose allá, el gobierno con fecha 8 de febrero de 1905, dictó una resolución encomendándole, **"que se dedicara de una manera especial durante el tiempo que le restara de permanencia en el viejo mundo a visitar y estudiar la organización de los establecimientos vaccinógenos, así como también los servicios de vacunación existentes en los principales países europeos".** Se le encargó, además, la adquisición de todo el material técnico moderno necesario para colocar al Instituto de Vacuna al nivel de los de su clase de aquellos países. Conviene hacer notar que cuando partió para Europa, había obtenido por concurso el cargo de jefe de Laboratorio del Instituto mencionado.

Terminados los dos años de su pensionado en Europa, aprovechados seriamente, enriqueciéndose en conocimientos científicos y con todo el caudal de adquisiciones ideológicas que permiten captar los viajes a quienes tienen el espíritu ávido de nuevas cosas y la mente sensible para fijar y aprovechar lo que observan, regresó al país para seguir en el Instituto de Vacuna prestando sus servicios al frente de su dirección, la que le fué conferida a su llegada, por Resolución Suprema de 15 de febrero de 1906.

Para dar cuenta del cumplimiento de la comisión que se le encomendó en Europa sobre el estudio de los Institutos vaccinógenos, presentó un extenso informe en el que reseña los establecimientos de ese género de París, Lille, Tour, Bruselas, Berlín, Dresde, Munich, Viena, Berna, Lausana, Londres, describiendo su topografía, sus aparatos e instrumentos, sus laboratorios y bibliotecas, e indica su personal y su funcionamiento. Consigna, además, datos sobre los Institutos de Turín, Hamburgo, La Habana y Cristianía, tomados de memorias o publicaciones de que pudo disponer. Se ocupa también de la elección de los vacciní-

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

feros, de su observación dirigida por veterinarios, de las técnicas seguidas en la inoculación de animales, de la protección del campo vaccinal, de la recolección de la vacuna, de la preparación de la emulsión glicérica y de los aparatos empleados para el objeto; del control de la vacuna, indicando los numerosos métodos empleados; de su examen bacteriológico; de su purificación, enumerando igualmente los diversos procedimientos que sirven para el objeto; de su degeneración y de los medios que permiten alcanzar la regeneración de la misma. El último capítulo lo consagra a ocuparse de la organización del servicio de vacunación en varios países europeos y de las leyes y disposiciones vigentes en algunos de ellos. Este valioso informe revela la escrupulosidad con que su autor se dedicó al estudio de todo lo concerniente a su comisión, y acredita suficientemente, por lo tanto, la capacidad que había adquirido para el desempeño del elevado puesto técnico al que fué llevado.

Su labor al frente del Instituto tuvo la más grande eficiencia, por que le dió todo su tiempo y sometió su funcionamiento a la más estricta organización científica. Su consagración al importante cargo que se le confió lo alejó del ejercicio profesional para el público, de modo que a la vez que hizo del Instituto un centro vaccinógeno irreprochable, pudo dedicarse a investigaciones de naturaleza experimental y al estudio de lo concerniente a los ramos que en dicho orden eran de su predilección.

El Instituto de Vacuna fué declarado, por decreto de 21 de marzo de 1902, Instituto de Vacuna y Seroterapia, con el fin de ampliar sus servicios con una sección destinada a la obtención de los sueros preventivos y curativos utilizados en la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas; pero las deficiencias del local no habían permitido intentar la realización de ese propósito, y ni aún, por carencias de orden material, emprender la preparación de otras vacunas diferentes de la anti-variólica. Como producto curativo preparó desde 1911 soluciones de tártaro emético, esterilizadas por filtración, destinadas al tratamiento de las leishmaniasis.

La actividad del Instituto se consagró exclusivamente hasta 1914 solo a la obtención de la linfa de Jenner, cuya producción se acrecentó considerablemente y se perfeccionó, mejorando su conservación, merced a la adquisición que se hizo en 1913 de un frigorífico.

El perseverante esfuerzo desarrollado por **Ribeyro,** permitió la difusión de la vacuna en el país, y que fueran así cada vez más raras las epidemias de viruela, que tan intensas pérdidas de vidas han producido en nuestro territorio.

Demostrado por el Dr. **Juan B. Agnoli,** que la aparición de la viruela en esta capital tenía lugar cada cinco o seis años y corroborada por **Ribeyro** la exactitud de dicho ciclo, estudiando las estadísticas del cementerio durante un período de cincuenta años, desde 1834 hasta 1884, logró por primera vez que no fuese efectiva esa periodicidad ni en 1918 ni en 1919 en que corres-

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

pondía la epidemia de viruela, lo cual fué conseguido mediante la intensa vacunación que se efectuó en esos y en los años anteriores.

En 1914 contando el Instituto con mayores elementos, principió a ensanchar su radio de acción, preparando vacuna anti - tífica y estableciendo un servicio de vacunación anti - rábica, con cuyo fin se trajo el virus rábico del Instituto de Higiene de Santiago.

En vista de las dificultades que, con motivo de la guerra europea, se suscitaban para la adquisición de suero anti-pestoso en los Institutos del viejo mundo, el gobierno de esa época resolvió la creación de un Laboratorio especial, en el Lazareto de Guía, para el cultivo del bacilo de la peste, y el establecimiento allí también, de establos para caballos, que debían ser inmunizados respecto de dicho gérmen, para obtener así de éllos el suero necesario para el tratamiento de los enfermos. Ese laboratorio fué puesto bajo la vigilancia del Director del Instituto, Dr. **Ribeyro,** y se le dotó del personal más indispensable; y a fin de que se procediera en la producción del suero antipestoso en conformidad con todos los adelantos de la técnica y con el rigor y precauciones correspondientes, el Dr. **Ribeyro** fué comisionado para estudiar en el Instituto Seroterápico de Buenos Aires todo lo relacionado con la producción de ese suero. Su comisión fue desempeñada con el mas completo éxito y los miembros del Instituto Argentino — su Director el Dr. **Kraus** y sus colaboradores los Drs. **Rosembuch, Houssay** y **Uriarte,** que le dieron la mas amable acogida — guardaron siempre el mejor recuerdo de la visita del Dr. **Ribeyro,** y expresaron cada vez que se presentaba ocasión, a los representantes del gobierno del Perú y a los visitantes peruanos de ese Instituto, el mas alto concepto sobre la preparación científica del mismo. El dió en el Instituto una conferencia sobre la verruga peruana.

En 1917 principió a cultivar en cobayos el virus tífico con el fin de obtener, siguiendo el método **Nicolle,** suero anti-exantemático, trabajos acerca de los cuales trataré más adelante.

El Instituto realizaba también investigaciones bacteriológicas de las aguas potables, cuando ellas eran solicitadas de la Dirección de Salubridad por autoridades políticas o instituciones comunales; y con tal objeto, como las muestras eran enviadas en condiciones que no permitían considerar el análisis que se hiciera como correspondiendo exactamente a la calidad originaria del agua, el Dr. **Ribeyro** formuló las reglas que deberían observarse para hacer la captación, el depósito y el transporte de las muestras.

El Instituto fué, desde que se creó la Dirección de Salubridad, un centro de preparación de vacunadores, los que recibían allí instrucción teórica y práctica para alcanzar el título necesario para las funciones que pretendían desempeñar.

Ribeyro merced a su perseverancia y esfuerzos logró dotar al establecimiento de una biblioteca sobre vacuna, microbiología y

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

enfermedades infecciosas y tropicales, así como de los periódicos de las principales sociedades e Institutos científicos; de modo que mediante ella, el Instituto como centro de investigación, contaba con todos los elementos requeridos para el estudio de los adelantos realizados en los principales países. Por fatalidad, a los sucesores de **Ribeyro** en el Instituto les faltaron los elementos económicos para mantener e incrementar esa importante biblioteca, cuyo restablecimiento no es quizá ya posible.

No obstante los numerosos trabajos de investigación experimental que llevó a cabo **Ribeyro** y que reflejaban sobre su personalidad títulos de competencia y probidad científicas, siempre que se trataba de la fundación de un Instituto ad-hoc destinado a la investigación médica, al estudio de nuestras endemias y epidemias, a la preparación del personal técnico de sanidad, etc., ets., se colocaba en posición de eludir la acción directiva de dicho establecimiento; habiendo sido él quien inició, cuando la misión del Instituto Rockefeller que presidía el General **Gorgas,** visitó esta capital en 1915, que fuera uno de sus miembros, el Dr. **Wittmore,** muy distinguido bacteriólogo americano, el que se ocupara de fundar y dirigir nuestro Instituto de Higiene. Las conversaciones que sobre el particular se entablaron permitieron considerar casi realizado ese convenio, que no se llevó adelante por la participación que poco después tuvo EE. UU. en la guerra europea. La voluntad del Presidente de la República de entonces para llevar a efecto la fundación del Instituto, la manifestó al Congreso en su mensaje de 1918. En él reclamó la sanción de los proyectos de ley de organización sanitaria y de rentas de sanidad, y refiriéndose a la creación del indicado Instituto de Higiene y Seroterapia, dijo que:

"Entre otras labores importantes tendría las relativas a la formación del personal médico que ha de desempeñar funciones sanitarias". "Mientras el Congreso — agregó — no sancione estas iniciativas, será insuficiente la acción del Poder Ejecutivo, para llenar la importantísima misión de defender el presente y el porvenir de la nacionalidad. Por esto, la función sanitaria es en el Estado moderno, como la policía de seguridad, función primaria del Poder Público".

En 1908 fué llamado **Ribeyro** a prestar servicios en la Facultad de Medicina, como Jefe de Clínica Oftalmológica, especialidad que, como he dicho antes, había cultivado durante su pensionado en Europa, y en abril de 1909 fué nombrado Jefe de trabajos prácticos de Parasitología, cargo que desempeñó hasta que fué designado catedrático principal titular de ese curso.

En 1920 el Instituto de Farmacia aprovechó sus servicios, designándolo para ejercer la Cátedra de Bacteriología y Farmacología.

Al frente de su cátedra en la Facultad de Medicina y de la que acabo de citar demostró su preparación y competencia, que cada vez tomaban mayor relieve, llegando a ser verdadero maestro en Protozoología, en Helmintología y Micología, como lo era

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

igualmente en Bacteriología. Sus dotes de carácter, su rectitud y bondad espiritual, así como su amplia ilustración, que salía de los límites de las disciplinas médicas, lo mismo que su dicción esmerada y precisa, hacían de él un maestro en las más amplia acepción del término, con tanta mayor razón que su probidad personal y su ética profesional le daban aureola de dignidad y respetabilidad.

Formó parte de la Sociedad de Beneficencia Pública en la que desempeñó, entre otros cargos, el de Inspector del Depósito de Medicinas, en 1915, debiéndose a su iniciativa la creación del laboratorio para la preparación de soluciones inyectables, mediante el cual ha conseguido la Institución grandísimas economías Propuso también que se hicieran en el Depósito otros preparados farmacéuticos con el mismo fin de conseguir economías y de mejorar el servicio, lo que no se llevó a la práctica; y perteneció al número de los socios que sostuvieron la necesidad de una reforma de orden técnico para que la Institución pueda seguir las orientaciones de esa clase, en que se basan los adelantos asistenciales de la época y los progresos sociales a que aquellos están tan íntimamente unidos.

Socialmente era muy vinculado, tanto por motivos de naturaleza familiar, como por la afabilidad de su carácter, que le creaba fácilmente relaciones amistosas.

Como funcionario público, no hay hipérbole en decir que fué excepcionalmente ejemplar y que su consagración absoluta al Instituto de Vacuna lo alejó, con detrimento de sus intereses económicos, del campo del ejercicio profesional.

Sin embargo de eso, en enero de 1920 el gobierno sin exponer motivos, por que eran inconfesables, nombró un nuevo director para el mencionado Instituto, procediendo así de modo análogo a lo que hizo en 1911, cuando ocasionó el retiro del Dr. Julián **Arce,** del cargo de Director de Salubridad, que desempeñaba con tanta capacidad y en el que tan positivos beneficios producía al país.

Ribeyro estuvo obligado a dedicarse exclusivamente al servicio del Estado, en aquél cargo, para el cual adquirió la preparación adecuada en Europa; ensanchó el radio de acción del Instituto que se le confió y puso la sección de vacuna en un nivel de progreso equiparable con la de cualquier instituto extranjero. Los compromisos contraídos por el Estado y los méritos personales fueron desconocidos, con escarnio de los postulados de justicia que nadie está más obligado que el mismo Estado a acatar; pero por repercusión natural, el mayor daño se hizo al propio interés nacional. El instituto siguió su vida, pero en condiciones diversas a las que tuvo bajo la égida de **Ribeyro,** siendo prueba de ello lo que he manifestado que pasó con su biblioteca.

¡Triste condición la que en algunas épocas ha correspondido a las cosas médicas en nuestro país: mientras que en todos los pueblos se las eleva y ennoblece como instrumentos de bien nacional que son, aquí los poderes públicos las ignoran, unas veces,

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

las olvidan, otras, o, en fin, las empequeñecen o las convierten en objetos de favor!

Ribeyro tuvo fortaleza de ánimo para no afectarse con lo que se le hizo sufrir y rehizo su vida fundando un laboratorio privado, en el que los médicos y la sociedad tuvieron, en todo momento, el auxilio de su ciencia y de su probidad para esclarecer el diagnóstico clínico; y en el que él pudo seguir investigando y produciendo para honra suya y de su patria.

Fué durante algunos años médico de la Maisón de Santé, en cuyo Hospital desempeñaba también funciones de laboratorista. Mereció por esas actividades y por sus trabajos científicos ser favorecido por el gobierno francés con la cinta de Caballero de la Legión de Honor. También por sus producciones en materia de nosología tropical fué nombrado, en 1920, miembro correspondiente de la Sociedad de Patología Exótica de París, y muchos de sus trabajos fueron registrados o analizados en el "Boletín del Instituto Pasteur" y en "The Abstrats of Bacteriology".

Su labor médica, en el campo de los intereses privados, la realizó al servicio de la Compañía "Sud América" de Seguros, cuya sede se halla en Río de Janeiro, desempeñando el cargo de Director - médico, en el que acreditó su competencia médica, su severa moral y sus dotes de organización.

En 1927 emprendió viaje a Europa, en compañía de su esposa, dedicándose al estudio de los adelantos médicos y muy especialmente al de los ramos por él cultivados. Tuvo así la oportunidad de ofrecer en la Sorbona una conferencia sobre la verruga, la que fué publicada en el "Boletín de Patología Exótica".

Estudió entonces, en el Instituto Profiláctico del Dr. **Vernes,** el método de diagnóstico serológico basado en la floculación, que permite apreciar el grado de la infección luética y que ha recibido el nombre de sifilimetría, método que puso en práctica, en servicio del público, en su laboratorio.

Era miembro de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja desde que se reorganizó en el presente año, y demostró el mayor celo y preocupación por las importantes actividades de la institución, que conciernen no solo a los desgraciados momentos de la guerra, sino particularmente al alivio de todas las calamidades que abruman a los pueblos en las épocas de paz.

Ribeyro no deja sucesores directos, pues no tuvo hijos de su matrimonio con la digna señora Agueda **Lawesari,** con la que formó hogar dichoso.

II

Numerosos y de muy diversa índole han sido los trabajos científicos de **Ribeyro,** debiendo limitarse por eso aquí a analizar unos pocos, por su importancia especial, derivada de su propia naturaleza o de las circunstancias de actualidad que tuvieron.

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

Tales serán: su tésis de bachillerato sobre el agua potable de Lima; su tesis doctoral, presentada en 1915; sus experiencias e investigaciones sobre la verruga; su estudio sobre la espiroquetosis íctero hemorrágica; sus informes sobre la meningitis cerebro espinal epidémica y sus estudios sobre el tifus.

Respecto de los otros, debo indicarlos únicamente, ellos son:

1º)—Un estudio en colaboración con el Dr. Carlos **Bambarén,** sobre 58 casos de disentería, en el que señala los protozoarios causantes de dicho síndrome; y algo más tarde, otro estudio con el mismo colaborador sobre un caso de disentería bacilar a bacilo de Shiga;

2º)—Un estudio con el referido Dr. **Bambarén** titulado "El pigmento malárico en la orina de los palúdicos", en el que confirma de modo absoluto el signo que en 1911 describió el Dr. Ciro **Urriola,** médico del Hospital de "Santo Tomás", de Panamá, para el diagnóstico de la malaria;

3º)—Un estudio sobre un caso de miasis vesical que presentó al Congreso Médico Latino Americano, celebrado en esta capital en 1913, en el cual hace la descripción de la larva de la mosca **Anthomya canicularis,** que había parasitado la vejiga, estudio de gran importancia por ser el octavo caso auténtico de la indicada miasis señalado en la literatura médica;

4º)—Un trabajo publicado en 1917, en colaboración con el Sr. **Juan Luis Raffo,** sobre la presencia en la sangre de los ratones de esta capital de un tripanosoma no patógeno, el tripanosoma Duttoni Thiroux;

5º)—Un estudio documentado, llevado a cabo en colaboración con el Dr. **M. Noriega del Aguila,** denominado "Una nueva Grahamella", la Grahamella Brumpti, descubierta por éllos en un queiróptero de los alrededores de esta capital, identificado por el Dr. **N. Esposto** como el **desmodus rufus,** estudio que tenía la importancia particular de referirse a un gérmen muy análogo a la bartonella baciliforme;

6º)—Un estudio efectuado en 1922 en colaboración con el Dr. **Carlos Bambarén** sobre el insecto conocido en el departamento de Loreto con el nombre de Isangue o Isangui y fuera de él, en las regiones montañosas del centro, con el de Japa o Inacua. Dicho insecto vive en las hierbas y de allí pasa al hombre y a los animales, cuando estos trafican por los lugares que ellos han invadido. Tienen 0,6 mm. de largo por 0,4 mm. de ancho; de forma globulosa y de color rojo anaranjado; ofrece en el cuerpo pelos sedosos y el céfalo-tórax y el abdomen se confunden casi, no siendo posible diferenciarlos. El parásito se localiza en los tegumentos y de preferencia en los orificios de las glándulas sudorípadas y de los folículos pilosos. Originan una gran comezón que incita a rascarse, dando lugar así a la formación de erosiones que se pueden infectar fácilmente. Dicho parásito, es una larva exápoda de un acárido, de la familia de los trombidinios, cuyas formas evolutivas adultas no son parásitas.

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

Esa larva fué individualizada provisionalmente por los autores con el nombre de **Leptus Japa;**

7º)—Varios otros trabajos referentes: a un caso de espiroquetosis bronco-pulmonar; a un caso de Sacharo micocis labial, en el que aisló y estudió por cultivos e inoculaciones a animales, la levadura causante, que clasificó en la familia de los sacharomicetos; a un caso de erupción pustulosa, producida por un hongo, que aisló igualmente y clasificó entre los Hyphomicetos u hongos imperfectos, y en el sub-grupo de los artrosporados, etc.; y

8º)—Algunos otros estudios practicados en 1917 a 1920, en colaboración con el entonces estudiante Sr. **C. Krundieck,** hoy profesional distinguido, que no han sido publicados, referentes a casos de muguet, de tiñas, así como a la investigación de parásitos en animales domésticos y aún en el latex de algunas euforbiáceas. También en 1913 se ocupó en un estudio especial de la purificación de la vacuna por el método Blaxhall.

III

A)—Su primer trabajo científico lo constituyó su tesis de bachiller en medicina, que versó sobre el análisis bacteriológico del agua potable de Lima, la que fué presentada a la Facultad de Medicina el 20 de Noviembre de 1901.

Debe recordarse que en aquella época era tema puesto a la orden del día el saneamiento de esta capital, en virtud de que el vecindario en general se hallaba alarmado de la frecuencia con que grasaba la fiebre tifoidea haciendo sus víctimas en todass las clases sociales. El espíritu público impresionado con la amenaza que representaba para todos los hogares el flagelo de la temible fiebre, la denominó con el título de "fiebre municipal", designación con la que se daba a entender que era la desatendencia del Municipio, su falta de acción para la defensa de la vida, la que mantenía a la ciudad sumida en la angustia y en la zozobra mas intensas; y se reclamaba así, a la vez, la adopción de las medidas requeridas para detener los daños de esa enfermedad y para reducir a las cifras normales los altos coeficientes de mortalidad general y los correspondientes a las enfermedades evitables.

Esa situación de peligro para la vida estimuló las voluntades a luchar para que desapareciera, produciéndose así el movimiento de opinión que llevó a la Administración Comunal al Dr. Federico **Elguera** y a un distinguido grupo de vecinos, en cuyo programa de acción ocupó el primer sitio la higienización de la ciudad, mereciendo recordarse que al frente de la labor de higiene que entonces se desarrolló estuvo el eminente médico italiano Dr. Juan B. **Agnoli,** cuyas dotes de competencia y abnegación, puestas elocuentemente de manifiesto en los luctuosos días de

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

1904 en que la peste bubónica se cernía amenazante sobre Lima, llevando el pavor a todos los ánimos, lo hacen digno de una gratitud perenne.

La clase médica, por intermedio de sus más prominentes representantes, cumplió con dar la voz de alarma sobre el calamitoso estado higiénico de esta ciudad, y del país en general, y con señalar los senderos que debían seguirse, en conformidad con los preceptos científicos, para conseguir el bienestar colectivo. En efecto, el Dr. Ernesto **Odriozola,** en 1896, en su discurso de reglamento en la ceremonia de apertura del año universitario, se ocupó "de la medicina preventiva en sus relaciones con la higiene pública" y reclamó la creación de una entidad central de administración sanitaria; poco después el Dr. Francisco **Almenara Buttler** intervino en el sentido indicado, primero en un informe médico-social sobre la mortalidad infantil y, en seguida, en el discurso que pronunció, al hacerse cargo de la presidencia de esta Academia, en el que expuso un vasto plan de saneamiento de Lima y señaló los organismos necesarios para asegurar la defensa de la salud y de la vida, así como los trabajos que era menester emprender; y, en 1902, el Dr. Leonidas **Avendaño,** con su peculiar competencia, se contrajo en su discurso de apertura del año universitario a tratar el tema de la despoblación nacional; y al lado de ellos, el Dr. Francisco **Graña,** con su importante tesis denominada "La cuestión Higiénica", y el Dr. Enrique L. **García,** quien como funcionario Municipal, produjo en 1901, correspondiendo al encargo que le diera el nuevo municipio de estudiar la mortalidad por fiebre tifoidea en Lima, un valiosísimo informe, que acreditó sus dotes de inteligencia e ilustración.

Fué con el objeto de aportar un contingente de labor científica que contribuyera a combatir esa situación de peligro social, creada por la frecuencia de la fiebre tifoidea o "fiebre municipal", que **Ribeyro** tomó posiciones al lado de los profesionales médicos que habían estudiado el asunto palpitante de las deficiencias sanitarias de Lima y de su inmenso desgaste demográfico. Ningún trabajo podía ser mas oportuno ni revestir mayor importancia en tales momentos que el que permitiera esclarecer de modo inerrable el debatido tema de la condición higiénica del agua potable. Hasta entonces el estudio bacteriológico de ese elemento solo había merecido la atención del Dr. R. **Flores** en 1892; la labor que él demandaba era árdua; reclamaba material de laboratorio apropiado, y experiencia y capacidad especiales. Las vinculaciones a que he aludido anteriormente que tenía **Ribeyro** con el Dr. Ricardo **Flores,** le permitían contar con las luces y los elementos de este bondadoso maestro, a quien corresponde el honor de haber sido el iniciador de los estudios microbiológicos en el país, pero, con todo, es evidente que semejante trabajo por el instante mismo en que lo acometía le tenía que imponer el más grande esfuerzo de estudio y de acción técnica. Al respecto dice lo siguiente, que estimo conveniente recordar:

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

"Es deber mío dar una explicación de mi atrevimiento al abordar como materia de mi tesis, un estudio en que han agotado su experiencia y empleado tantas vigilias, sabios distinguidos cuya labor sólo produjo conclusiones limitadas, si se atiende a lo complicado y vasto del asunto".

"No es de extrañar, por esto, que un tema de tan efectiva y capital importancia para la salubridad pública y el incremento de la población, haya despertado en mí el deseo de allegar mi humilde contingente, doblemente desprovisto de resultados apreciables por la escaséz de mis facultades y la cortedad de los recursos de experimentación con que he podido contar. Tendría excusa mi audacia si este pequeño esfuerzo sirve para llamar la atención sobre materia tan interesante, y si compromete la habilidad y competencia de profesores ilustrados en tan provechoso estudio".

"Al emprender tan delicada labor, debo confesar que me eran desconocidas sus dificultades, y al conocerlas por propia experiencia, tal vez me desalentaran, si la decisiva importancia del problema que este estudio encierra, no fortificara mi buen propósito, obligándome a prescindir de mi insuficiencia".

"Debo una palabra de gratitud al doctor Ricardo Flores, así por haberme ayudado con sus consejos y experiencia, como por haberme facilitado el servicio de su laboratorio y los elementos de estudio que posee".

La tesis en referencia consta de seis capítulos, en el último de los cuales relata: 1º) los resultados de los análisis cuantitativos practicados, de Marzo a Octubre, en muestras de agua tomadas de la llave de agua del laboratorio del Dr. **Flores** en la calle de Mariquitas; 2º) los resultados de los análisis de la misma clase practicados con muestras de agua de las diversas fuentes que originan en la Atarjea la dotación de agua de Lima; 3º) los resultados de los análisis idénticos practicados en muestras de agua tomadas en un mismo día en diversos lugares de la ciudad; 4º) los resultados de los análisis cualitativos respecto del bacilo de Eberth hechos en muestras de agua de las diversas fuentes de la Atarjea y en el agua del laboratorio; y 5º) los resultados de la investigación del bacilo de Eberth en las aguas de la acequia de "Matute", que recibía los desagües del Hospital "Dos de Mayo", y de la acequia que recibía los desagües de la Maisón de Santé.

Las últimas investigaciones, que le permitieron comprobar el bacilo tífico en la acequia de "Matute", tuvieron por objeto averiguar la influencia que en la propagación de la fiebre tifoidea le correspondía a las aguas de albañal que se empleaban en la irrigación de cultivos de vegetales que se utilizaban crudos en la alimentación.

Las conclusiones de su trabajo, fundadas en dichos resultados fueron las siguientes:

1º) "El número de bacterias que contiene el agua de Lima varía entre límites extensos. Puede decirse de un modo general, que es mayor en el verano que en el invierno. En el presente año ha tenido su máximo en Marzo y su mínimum en Julio".

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

2º) "Las aguas de filtración de la Atarjea son muy pobres en micro-organismos".

3º) "Las aguas se contaminan en el curso de su trayecto, apreciable pero débilmente hasta los estanques de Ancieta, mucho más en la población misma".

4º) "Una causa evidente de la contaminación de las aguas potables, es la mezcla que se hace de las aguas de manantial y río en ciertas épocas".

5º) "El número de bacterias que contiene el agua de Lima es relativamente crecido cualquiera que sea el lugar de la población en el que se la examine".

6º) "Las aguas de "Cuatro Riegos" encierran un número considerable de gérmenes, y entre ellos nos ha sido posible distinguir el bacilo Coli Comunis de Escherich, por lo que es posible considerarlas fundadamente como sospechosas. Su utilización exigiría su filtración previa".

7º) "Nos inclinamos a creer que el agua potable puede ser causa eventual, pero no constante de tifo-génesis en Lima".

8º) "Creemos que una causa evidente y constante de la propagación de la tifoidea en Lima, es el consumo de los vegetales crudos, que se cultivan en campos regados con agua de albañal".

Si bien en el agua potable de Lima el Dr. **Ribeyro** no llegó a descubrir el bacilo de Eberth, el hallazgo que hizo del bacilo Coli, signo evidente de contaminación con materias dañosas, lo autorizaba para condenar, como lo hizo, en la conclusión sexta, el agua de "Cuatro Riegos". La higiene exige que el agua potable sea no sólo inmaculada sino también inmaculable.

La conclusión tercera, relativa a la contaminación de las aguas en su trayecto a la ciudad y en ella ratificó por medio de las investigaciones bacteriológicas, la comprobación que el Dr. E. **García** hizo de la relación existente entre algunas cañerías de agua potable con los albañales, relación que le hizo formular la conclusión duodécima de su notable estudio, que dice:

"La contaminación de las aguas potables, a causa de la relación inmediata que tienen algunas cañerías conductoras de ellas con los albañales es causa eficaz de tifo-génesis. Es urgentísimo que desaparezca esta implantación viciosa y realmente letal".

El inmortal **Unánue,** tratando en su obra "El Clima de Lima de Lima" de las aguas potables dice:

"Penetran la ciudad por atanores pegados a sepulcros y cementerios, y por debajo de multitud de balsas y charcos de nuestras deseasadísimas calles. El rodar incesante de carros maltrata continuamente las cañerías que van a poca distancia de la superficie, por lo cual las aguas que conducen se infeccionan de todas las impurezas que de ésta y los sepulcros se resumen con las aguas de las acequias detenidas por todas partes".

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

Anteriormente, en 1759, el Dr. Cosme **Bueno**, en su disertación sobre el agua, después de hacer notar que la hacen poco sana la mezcla de los materiales que adquiere en los lugares por donde corre, cita en particular su acción nociva sobre el estómago y dice:

"La que bebemos en Lima es de esta condición, y es verosímil que su impureza sea en gran parte la causa de lo mucho que en este país se padece del estómago. Deben tenerse por felices los pueblos que tienen una agua pura, y aquellos en que se pone sumo cuidado en conservarla para su orígen y en todo el espacio que baña para su conducción; pues gozan de este modo de un beneficio tan útil como contínuo".

Se ve, pues, como a través de siglo y medio, desde la Colonia hasta hace poco, diversos hombres de ciencia, habían señalado para el agua de Lima una misma causa notable de contaminación, entre otras varias, o sea, la que sufría en el trayecto de las cañerías conductoras.

Las conclusiones trascritas del trabajo del Dr. **Ribeyro** significaron, como se ha visto, muy importantes datos de convicción científica sobre la condición higiénica del agua de Lima; y revelaron, a la vez, las cualidades de técnica y las dotes de capacidad de quien lo había realizado, perteneciendo todavía al alumnado de medicina. Este trabajo por sí solo era anunciador de lo que habría de ser en el futuro la carrera científica del **Dr. Ribeyro.**

Es oportuno recordar por eso aquí lo que el eminente autor de la Introducción al Estudio de la Medicina Experimental, el inmortal **Claudio Bernard**, escribió en el primer capítulo de su importante obra:

"La experimentación—dice—es incontestablemente más difícil en Medicina que en ninguna otra ciencia; pero por esto mismo ella no es en ninguna otra más necesaria y más indispensable. Cuanto más compleja es una ciencia, más importante es, en efecto, establecer una buena crítica experimental, a fin de obtener hechos comparables y excentos de causas de error. Es hoy, según nosotros, lo que más importa para los progresos de la Medicina".

"Para ser digno de este nombre, el experimentador debe ser a la vez teórico y práctico. Si él debe poseer de una manera completa el arte de instituír los hechos de experiencia, que son los materiales de la ciencia, él debe también darse cuenta claramente de los principios científicos que dirigen nuestro razonamiento en medio del estudio experimental tan variado de los fenómenos de la naturaleza. Sería imposible separar estas dos cosas: la cabeza y la mano. Una mano hábil sin la cabeza que la dirija, es un instrumento ciego; la cabeza sin la mano que realice es impotente".

En la antigüedad **Hipócrates** sostenía que del agua depende principalmente la salud. En Grecia se le hacía objeto de cuidados religiosos. Los antiguos romanos que se distinguían por sus preocupaciones en pró de la Higiene Pública, concedían especial

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

importancia a la defensa del agua potable de contaminaciones, siendo notables los acueductos de sus ciudades, obras que implantaban también en todos los pueblos que conquistaron. Entre los persas, los egipcios y los hebreos, se hacían observar igualmente las medidas mas severas para la protección de las aguas de bebida; y en la época moderna la misma preocupación domina en todos los pueblos celosos de su bienestar.

Entre nosotros se ha estudiado el problema de la dotación de agua de la capital en todas sus variadas fases, sea por los elementos oficiales o por simples particulares, como lo era en 1901 **Ribeyro** que aportó la valiosa contribución de su tesis citada. Desde entonces muchos planes de trabajos se han formulado para dotar a esta ciudad de la cantidad de agua necesaria y con los requisitos científicos de potabilidad. Es evidente que se ha hecho algo, que se ha ganado mucho en garantías profilácticas mediante la clorolización a que se somete el agua para purificarla bacteriológicamente, pero no puede desconocerse que el problema en referencia exige soluciones completas ceñidas en lo absoluto a los dictados de la higiene, y que está en pugna con estos la condición en que la observación del vecindario comprueba que se utilizan las aguas del Rímac en todos los veranos.

B)—La tesis para el doctorado en medicina, que presentó **Ribeyro** en 1913, tuvo por título "Observaciones sobre la degeneración de la vacuna antivariólica e investigaciones sobre su agente etiológico". En ella pasa en revista las diversas causas conocidas que intervienen para producir la degeneración del fluído vacuno, exponiendo, a la vez, sus propios trabajos experimentales sobre la influencia que al respecto tienen la luz directa, la luz difusa, el calor, las estaciones, la contaminación accidental de los vacciníferos con el indicado fluído, la raza de los animales empleados para obtener la vacuna y la distomiasis de ellos. Cita también los procedimientos de regeneración de la vacuna y los resultados que se alcanzan para conservarle su eficacia mediante las bajas temperaturas.

Tratando de la contaminación accidental de los animales que se emplean como vacciníferos describe minuciosas experiencias, cuyos resultados concuerdan en absoluto con los obtenidos por el profesor Kelsch, quien los resumía así:

"Las inoculaciones practicadas al cuarto día, después de la inoculación inicial no determinan sino una reacción pasajera; en las del quinto día hay apenas un bosquejo de formación de elementos, y a partir del sexto quedan estériles".

Al ocuparse de la creencia de que algunas razas bovinas son poco receptivas para la infección vaccinal y que la vacuna cultivada en los animales de esas razas degenera rápidamente, manifiesta que desde el año 1895 hasta 1913 se habían inoculado en el Instituto más de 2,500 animales bovinos, de razas diferen-

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

tes y provenientes de muy distintos lugares, en los que nunca había podido observar que el factor raza tuviese influencia en el desarrollo o evolución de la vacuna.

Niega igualmente que la distomiasis de los bovinos influyera para determinar la degeneración del fluído vacuno, como lo había firmado el Sr. **Besnard,** director del Instituto de Vacuna de Santiago, indicando en apoyo de su aserto que sobre 1.900 animales parasitados que habían servido de vacciníferos, en todos ellos la vacuna había producido las erupciones características, sin que nunca se hubiera notado degeneración atribuíble a la indicada enfermedad del ganado.

Un capítulo extenso consagra al estudio de la conservación del fluído vacuno a bajas temperaturas, citando sus propias experiencias llevadas a cabo entonces en el frigorífico de la Empresa del Mercado Central, pues el Instituto no disponía sino de un refrigerador que producía una temperatura de 10° a 12° sobre O. Con vacunas conservadas, durante mas de seis meses, en una cámara fría de O° a + 1°, obtuvo inoculaciones excelentes. Esas experiencias le sirvieron para apoyar su pedido de que se dotara al Instituto de un aparato frigorífico como sus necesidades lo exigían, lo cual consiguió que se realizara en 1913.

Con bastante detenimiento se ocupa en el último capítulo de mencionar los diversos gérmenes que han sido considerados como agentes patógenos de la vacuna y de dar cuenta de sus propias experiencias de filtración del virus vacuno, indicando que con el producto que obtuvo de dicha operación hizo inoculacionts a conejos en los que produjo pústulas vaccinales típicas, que fueron trasmisibles por inoculación en serie, resultado que lo autorizaba a apoyar la opinión de los que consideraban que el gérmen vaccinal pertenece a la categoría de los microbios filtrantes.

Se contrae, por fin, a los parásitos que tienen el carácter de inclusiones celulares y termina diciendo: "Hay tres hechos culminantes adquiridos en los últimos años: "Filtrabilidad del virus vaccinal, corpúsculos de Volpino y cuerpos de Guarnieri y que lejos de ser desemejantes o contradictorios guardan entre sí íntima relación".

Dicho trabajo que era fruto de una larga experiencia y de muy detenidas experimentaciones acreditó su competencia especial en el asunto, su versación en Inmunología y el rigor científico con que actuaba, condiciones que permitían augurar, como sucedió, el constante progreso del Instituto que estuvo confiado a su capacidad.

C)—En el mismo año de 1913 presentó, junto con los doctores Daniel Mackenie y Julián Arce, al V Congreso Médico Latino Americano reunido en esta capital, dos importantes comunicaciones tituladas, una, "Inoculabilidad de la verruga peruana a los animales" y, la otra, "Primeras tentativas de Inmunización en la verruga peruana".

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

1º) Las conclusiones generales del primero de esos trabajos fueron las siguientes:

1ª) "El Conejo, el perro, la cabra, el carnero, el asno y el mono, son sensibles a la infección verrucosa".
2ª) "El período de incubación varía de 8 a 22 días, según la especie y el individuo".
3ª) "Una inoculación positiva confiere inmunidad" y
4ª) "No hemos observado generalización de la enfermedad".

La trasmisión de la verruga a los animales no había sido conseguida en experiencias anteriores practicadas por los doctores **Biffi, Tamayo, Gastiaburú** y el propio **Ribeyro,** y sólo el segundo de los nombrados investigadores logró en 1899 producir experimentalmente un botón verrucoso en el perro, inoculándole subcutáneamente sangre de un enfermo atacado de fiebre grave de Carrión. En el extranjero Jadassohn y Seifert de Berna habían logrado éxito favorable inoculando la verruga a monos (macacus rhesus y sercoptithecus) y el mismo resultado consiguieron en Hamburgo en 1913, en monos de la misma clase, **Mayer, Rocha Lima y Werner.** Con posterioridad a las experiencias de **Ribeyro, Mackehenie y Arce,** los trabajos de **Noguchi, Muller, Tilden, Shannon y Tyler** del Instituto Rokefeller en 1929 alcanzaron éxito positivo en las inoculaciones de virus verrucoso al perro y al asno, del mismo modo que **Noguchi** había logrado en 1926 trasmitir la verruga por inoculación a monos de varias especies.

Todos esos trabajos permiten considerar, hoy, fundada la creencia general de que en los lugares de la endemia verrucosa esta enfermedad afecta también a los animales domésticos, lo cual tiene en estos momentos una prueba que parece fehaciente en el asno infectado de verruga, de modo natural o espontáneo, que, procedente de Surco tiene en observación el Dr. **Mackehenie,** y en cuya sangre ha constatado la presencia de la bartonella baciliformis.

La inoculabilidad de la verruga a los animales citados conseguida por **Ribeyro** y sus colaboradores fué, pues, un paso avanzado en el estudio de la enfermedad de Carrión, que preparó nuevas adquisiciones relativas a su conocimiento.

2º) El segundo trabajo se basa en la fragilidad del virus verrucoso, cuya virulencia comprobaron que se destruía por la desecación durante 24 horas, por su calentamiento a 60º por una hora y por la acción de la glicerina pura y neutra durante 24, 36 o 48 horas de acción.

Empleando virus verrucoso sin virulencia por la acción del calor o de la glicerina, pudieron **Ribeyro** y sus colaboradores inmunizar conejos; y ellos establecieron como conclusiones de los experimentos efectuados al respecto, las siguientes:

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

1º) Que la inoculación de productos verrucosos no virulentos suscita en los conejos reacciones humorales de inmunización; 2º) que la inmunización regional se adquiere más fácilmente que la general; 3º) que puede conferirse al conejo sólida inmunización, tanto por la vía intratesticular como por la piel; 4º) que la inmunización puede obtenerse con productos atenuados por la glicerina o muertos por la acción del calor; y 5º) que parece preferible despertar la formación de sustancias inmunizantes mediante varias inoculaciones avirulentas.

Concretando lo anteriormente expuesto podemos afirmar, agregan: que hemos llegado a inmunizar una especie animal contra la inoculación virulenta de verruga.

Dichas importantes experiencias entrañan a la luz de los principios de la Inmunología y de la Serología promesas muy fecundas, tanto para la profilaxia como para el tratamiento, al presente con mayor razón que cuando ellas se realizaron, porque mediante los trabajos de **Hercelles** y sus colaboradores **Torrealva** y **Aldana,** en 1925, y de **Noguchi y Battistini** poco después, en el mismo año, es ya de práctica corriente la obtención de cultivos del gérmen etiológico de la enfermedad de Carrión, descubierto por **Barton** desde 1905, reclamándose a este respecto sólo la obtención de un medio de cultivo que permita su desarrollo rápido y abundante.

Apoyan, además, esa apreciación, por una parte, los ensayos de seroterapia preventiva y curativa de la infección carriónica experimental de los monos con suero de animales de la misma clase curados de dicha infección, efectuados en el Instituto Rokefeller y dados a conocer en 1930, los que han demostrado que cuando se administra dicho suero antes de la inoculación del virus previene la invasión de la sangre, por las bartonellas bacilliformes y que cuando se administra después de la inoculación y subsiguiente invasión de la sangre esteriliza la corriente hemática; y, por otra parte, los hechos relatados por el Dr. **Hercelles** en su folleto publicado en 1927 con el título "El gérmen de la verruga peruana", acerca de los éxitos curativos que obtuvo en dos enfermos de fiebre grave de Carrión, uno en 1920 y otro en 1925, mediante la inoculación del medio de cultivo líquido en que había sembrado sangre de ellos, cultivo que inactivó por calentamiento a 55º durante un tiempo que varió de cinco horas a una hora. En el primero de dichos cultivos no reconoció por el examen respectivo la presencia de ningún gérmen, y en el segundo creyó hallar, al sexto día, unos pequeños cocos móviles o agrupados; pero no los consideró como bartonellas. Sin embargo, si entre la inoculación de esos cultivos y las curaciones de los enfermos así tratados hubo relación de causa a efecto, la única explicación plausible tiene que ser que en dichos medios se desarrolló la bartonella y que el producto empleado en las inoculaciones fue verdaderamente vacuna anticarriónica.

Todas las conquistas que en el estudio de la verruga han conseguido los experimentadores peruanos y extranjeros, seña-

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

lan a los poderes públicos el claro deber de prestar atención a la lucha contra esa enfermedad, estableciendo un laboratorio que tenga a su cargo los estudios de su profilaxia y tratamiento, ya que ella es exclusiva de nuestro país y que nos irroga tan intensos daños; siendo bastante con recordar al respecto que el año pasado con motivo de los trabajos de la Carretera Central sólo en el Hospital "Dos de Mayo" se asistieron 202 pacientes de dicha infección, de los que fallecieron cincuenta y ocho.

El 30 de setiembre del año pp. presentó el Dr. **Ribeyro** a esta Academia una comunicación referente a la acción letal del paratífico B. cuando complica los casos de fiebre grave de Carrión. En ese minucioso y bien fundado trabajo estudia diecisiete casos de fiebre de la Oroya sin complicación con el paratifo B, de cuyos enfermos curaron dieciseis y murió uno; y diecinueve casos de la misma fiebre complicados de paratifosis B, de los cuales sólo curó uno, y murieron los demás, y formula las siguientes conclusiones:

1º) La fiebre de la Oroya pura no es de pronóstico grave; 2º) la fiebre de la Oroya complicada, es de pronóstico reservado; 3º) la fiebre de la Oroya complicada de paratifus es de un pronóstico fatal. De tales conclusiones deduce la conveniencia de instituír la vacunación con el paratífico, de todas las personas expuestas a contraer la verruga, tal como Tamayo, Biffi y Gastiaburú lo propusieron en 1906, en virtud, de que por la frecuencia con que hallaban el gérmen denominado símil-tífico de la verruga en la fiebre grave de la Oroya, consideraron a esta enfermedad como el paratifus de los verrucosos.

El Dr. **Ribeyro** en esa comunicación se objeta a sí mismo, diciendo que en lugar de emplear la vacuna paratífica podía considerarse más lógico y racional evitar la infección primaria, en razón de que se conocían las medidas profilácticas capaces de conseguirlo, pero se responde, manifestando que esas medidas son mas difíciles y hasta casi imposibles de llevarlas a la práctica en campamentos ambulantes como los de los trabajadores de la Carretera Central, que era para quienes propuso esa salvadora vacunación, la cual llevó a la práctica en un cierto número de dichos trabajadores. Da las nuevas ideas dominantes en la ciencia sobre la íntima relación que existe entre los microbios visibles y los invisibles o infra-microbios, conforme a la concepción de Carlos Nicolle. En ese capítulo estudiando las relaciones de la **bartonella** y la **rikettsia** y la relación del bacilo proteus X 19 con las rickettsias, establece la posibilidad de que el paratifo **B** sea a las bartonellas, lo que es el **proteus** respecto de la **rickettsia.** Después de invocar valiosos conceptos de Mackehenie sobre las bartonellas y las rickettsias, dice:

"No es imposible, por lo tanto, que estudios y experiencias posteriores nos puedan sorprender al decirnos que el bacilo paratífico B es la forma ancestral de la bartonela, lo que nos daría la explicación de hechos

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

observados, pero hasta hoy inexplicables". Con su probidad característica, añade: "Una experiencia que podría sustentar esta relación no le es favorable. En las múltiples experiencias que hemos intentado, no hemos podido aglutinar el paratifo B por el suero de los verrucos no infectados; pero esto mismo no podría constituír un argumento final y decisivo".

"Hay que repetir las experiencias, cambiando las condiciones de experimentación o buscando en el campo de otras reacciones biológicas".

La tésis sostenida por **Ribeyro** acerca de que el pronóstico de la fiebre de la Oroya sólo es de carácter fatal cuando se asocia a la infección por el paratífico B, merece ser tenida en consideración para contiuar las observaciones al respecto, ya que esa manera de ver ha sido sostenida de antiguo por varios investigadores de importancia, y que, a su vez, otros la niegan fundados en datos estadísticos valiosos.

Su última comunicación sobre la verruga fué traída a esta Academia después de su lamentable desaparición y en ella se concreta a defender la unidad etiológica de la verruga eruptiva y de la fiebre de la Oroya con motivo de una nota presentada a la Sociedad de Patología Exótica de París, por el Sr. Lwoff, protozoologista del Instituto Pasteur de esa ciudad, destinada a establecer que la **bartonella bacilliformis** es el agente etiológico de la verruga y que es muy dudoso que tenga el mismo papel en lo concerniente a la fiebre de la Oroya, a la que asigna como agente causal el Eperytrozoon Noguchi, visto por el autor sólo en las láminas del trabajo del investigador japonés y al que este consideraba como bartonella cocoide.

En ese trabajo con riqueza de argumentos de carácter experimental y clínico y con la severa lógica del hombre de ciencia, contraría la tesis de Lwoff y reivindica la unidad etiológica de la verruga y de la fiebre de la Oroya. Dicho trabajo dió lugar al voto de esta Academia en la sesión del 29 de setiembre de 1933, por el que declaró: " que la unidad etiológica y patogénica de la verruga peruana o enfermedad de Carrión, en sus aspectos clínicos diversos, es un hecho definitivamente adquirido y consagrado por la Escuela Médica Peruana".

D.—En colaboración con el Dr. Julián Arce publicó en octubre de 1917 el estudio del primer caso de espiroquetosis íctero hemorrágica observado en esta capital. Se trataba de un enfermo de icteria febril, con síntomas clínicos análogos a los de la enfermedad de Wiel, cuya etiología fué puesta en evidencia mediante la inoculación de orina del enfermo a tres cuyes, animales que murieron dos al décimo día, y el otro al undécimo, presentando los síntomas de la espiroquetosis íctero hemorrágica. En sus órganos se comprobó la presencia del espiroquete que los médicos japoneses **Inada** é **Ido** descubrieron en Noviembre de 1914 como causa de la icteria infecciosa, conocida generalmente con el nombre de enfermedad de Wiel. Con emulsión de riñón de los cuyes muertos, reprodujeron en otros cuyes la misma enfermedad y de-

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

mostraron la existencia en sus órganos de los indicados espiroquetes.

En Junio de 1918 publicó en la **"Crónica Médica"**, un artículo que completa el anterior estudio, pues da cuenta de haber investigado el espiroquete íctero-hemorrágico en los riñones de catorce ratas, puestas a su disposición en el Desinfectorio de esta capital, por el Jefe del mismo. En dos de dichas ratas halló el espiroquete en preparaciones del riñón obtenidas por el método de impregnación a la plata de Levaditi. Como de las catorce ratas examinadas, sólo en dos adultas se halló el espiroquete y cómo las de esa clase eran solamente seis, él concluye que en las ratas adultas es muy frecuente la infección por el espiroquete de **Inada** é **Ido,** y que, por lo tanto, es ésta una nueva razón para extremar la campaña contra dichos roedores.

E.—En febrero de 1910 presentó al Consejo Superior de Higiene, en unión de los Drs. E. **Odriozola** y L. **Avendaño,** un detenido informe sobre varios casos de meningitis cerebro-espinal epidémica, que ocurrieron en esta ciudad y en el Callao, en los meses de enero y diciembre inmediatamente anteriores. Dos de esos casos fueron atendidos por el Dr. Alberto **Barton,** quien hizo en uno de ellos, el diagnóstico bacteriológico de dicha enfermedad, correspondiéndole así el honor de haber señalado por primera vez la indicada infección aquí.

El estudio bacteriológico de los gérmenes aislados de los enfermos en referencia fué efectuado en el Instituto de Vacuna, por el Sr. Miguel **Noriega del Aguila,** bajo los auspicios del Dr. **Ribeyro.** El informe de la comisión estableció, entre otras conclusiones, que se habían presentado en Lima y el Callao, cuatro casos comprobados clínica y bacteriológicamente de meningitis cerebro-espinal a meningo-coco de Weychselbaum, y que la aparición de los mencionados casos no se había debido a la importación del germen, pues la enfermedad ha existido desde hace tiempo en las poblaciones del Perú.

El 17 de Mayo de 1918 arribó al Callao el vapor "Anyo Maru" procedente del extremo Oriente, y habiendo hecho escalas en San Francisco y en Panamá. En las visitas de recepción de la nave, los médicos de la Estación Sanitaria del Callao hallaron cinco enfermos, en los que comprobaron síntomas de meningitis, dos de los cuales fallecieron al día siguiente. El médico del buque declaró, además, que durante la travesía habían ocurrido once defunciones, habiendo sido el diagnóstico de las enfermedades que las habían causado: en tres, reumatismo agudo; en cuatro, neumonía; en dos, congestión cerebral; en uno, meningitis y en otro, púrpura. Naturalmente, el buque fué puesto en cuarentena, y se procedió al estudio de los casos de enfermedad existentes, comisionándose al Dr. M. **Noriega del Aguila,** miembro del Instituto de Vacuna, para que procediendo bajo los auspicios del Dr. **Ribeyro,** tomara a su cargo las investigaciones bacteriológicas respectivas. Ellas permitieron llegar a la conclusión de que

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

el germen aislado del líquido céfalo-raquídeo, del japonés muerto a bordo del "Anyo Maru", era el agente específico de la meningitis cerebro-espinal epidémica, con lo cual quedó aclarado que la causa de la mortalidad insólita, habida en la indicada nave, tuvo por única causa la enfermedad mencionada; siendo explicables los diagnósticos clínicos declarados por el médico, en razón de que en la citada meningitis hay síntomas predominantes en unos casos en las articulaciones, en otros en el aparato respiratorio, y en otros existen también hemorragias que simulan manchas de púrpura. La determinación, mediante los estudios bacteriológicos, del diagnóstico mencionado y la competencia y rectitud de los médicos de la Estación Sanitaria del Callao, que tan acertadamente procedieron a la visita de recepción del "Anyo Maru", permitieron que dicha grave infección no pasara inadvertida. El buque fué obligado a regresar a Panamá, donde las investigaciones médicas descubrieron ciento tres portadores de gérmenes. En la Estación Sanitaria de San Lorenzo quedaron en aislamiento los empleados de la Sanidad y del Resguardo del Callao que permanecieron a bordo del "Anyo Maru" durante su estada en el Callao y junto con ellos la única pasajera de primera, de nacionalidad peruana, que venía al puerto mencionado. Todas esas personas permanecieron allí durante veinte días, al cabo de los cuales se les dejó en libre plática, después que repetidas investigaciones de su mucus naso-faríngeo comprobaron que no eran portadores de Meningócocos.

F.—En 1917 grasó en diversas poblaciones de la sierra una enfermedad epidémica, entre cuyos síntomas predominaban hemorragias de diversos órganos (piel, naríz, intestinos), icteria, temperatura alta, hipertrofia del bazo y del hígado y reaparición en algunos casos de los mismos síntomas después de haberse establecido la convalescencia. El Dr. Demetrio **García del Barco,** médico titular de Ayacucho, con muy acertado criterio clínico, pensó en que la enfermedad epidémica que observaba era el **tifus recurrente,** y para definir el diagnóstico remitió a la Dirección de Salubridad láminas con frottís de sangre. El Dr. **Ribeyro,** como Director del Instituto de Vacuna y Seroterapia, confirmó el diagnóstico del Dr. **García del Barco,** pues comprobó la presencia en las indicadas láminas de espirílos análogos por su morfología al que origina la fiebre recurrente. Los mismos espirilos fueron encontrados en láminas de sangre remitidas de la provincia de La Mar por el Dr. **Escarcena,** y dicho germen fué hallado también por el malogrado Dr. **Pajuelo** en la sangre de enfermos observados en Huancayo que provenían del departamento de Huancavelica; así como por los Drs. N. **Concha Boza, Del Prado, Changanaquí** y **Chiriboga** en preparaciones de sangre de diversos pacientes que atendieron, como comisionados para combatir la epidemia que grasaba en el citado departamento. **Ribeyro** comprobó los mismos microorganismos en las láminas de sangre que en

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

1918 y en 1919 le remitió el Dr. E. **Portal,** distinguido médico titular del Cerro de Pasco, en cuyos años observó en el distrito del cercado de esa provincia más de ciento veinte casos de tifus recurrente.

La indicada infección a cuyo esclarecimiento contribuyeron las observaciones microscópicas realizadas por **Ribeyro,** no pudo naturalmente ser considerada como enfermedad nueva en el país, siendo lo único nuevo el reconocimiento de su verdadero agente etiológico y, como consecuencia, el verdadero nombre que le correspondía en nosología. Ella había pasado sin duda confundida con el tifus exantemático, y es posible que la enfermedad de la sierra del Perú a la que se refiere el Dr. **Archibaldo Smith,** médico inglés que residió varios años en el país, en sus artículos sobre "Geografía de las enfermedades en los climas del Perú", publicados en 1858 en Edimburgo (New Philosophical Journal) identificándola con la fiebre amarilla de la costa, haya sido el tifus recurrente o, cuando menos, es posible pensar que dicha enfermedad coexistiera con una severa epidemia de **tifus exantemático.** Dicho médico escribió: "La fiebre amarilla de la costa y el tifus de los valles templados de los Andes se considera que son la misma enfermedad modificada solamente por el clima y la elevación".

Muchos facultativos del Perú habían emitido la misma opinión, motivada por la icteria que presentaban los enfermos; pero, necesariamente, ella era inaceptable, y los principales médicos de la época sostuvieron que carecía de fundamento tal similitud y que la epidemia de la Sierra fué el tifus vulgar.

G).—El Dr. Ribeyro dispensó constante atención en sus estudios experimentales al tifus exantemático, en razón de que esta enfermedad grasa epidémicamente en nuestra sierra y ocasiona una crecida mortalidad. Siguiendo el procedimiento del Director del Instituto Pasteur de Túnez, a quien tanto debe la ciencia en el conocimiento de la citada infección, desde 1916 cultivó en el Instituto de Vacuna el virus tífico en los caballos e inició con antígeno proveniente de esos animales la inmunización de un caballo en noviembre de 1917, para conseguir suero antiexantemático. Tratando de estos importante puntos en su Memoria sobre el funcionamiento del Instituto en el año 1917, dice:

"La infección de estos animales (se refiere a los cobayos) con el virus peruano, es exactamente igual a la que se obtiene con el virus africano y Balkánico. El Dr. Ch. Nicolle a quien le envié las curvas termométricas obtenidas en Lima, me dice en su carta de fecha 17 de setiembre último: "He examinado las dos curvas térmicas que me ha enviado Ud. Son exactamente idénticas a las que obtengo con los virus africanos". Posteriormente el Dr. Nicolle me envió tres frascos de suero anti-exantemático

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

que me han servido para experiencias de identificación del virus, de las que en nota posterior daré cuenta".

"Durante el curso del año hemos inoculado 344 animales con el objeto de estudiar la infección, mantener el virus y otras experiencias".

En su memoria referente a la marcha del Instituto en el año 1918, contrayéndose a los mismos puntos, expone lo siguiente:

"Conociendo ya la evolución del tifus en el cuy (cobayo) comenzamos la inmunización de un caballo en noviembre de 1917; el animal recibió tres inyecciones de antígeno en 1917, y 18 inyecciones desde enero hasta octubre de este año. Desgraciadamente en el mes de octubre una serie de cuyes inoculados, no tomó el tifus, por lo que interrumpimos su cultivo y no hemos podido continuar la inmunización del animal. El Dr. Portal, médico titular del Cerro de Pasco, se ha esforzado después en enviarme animales inoculados en esa ciudad, pero fatalmente ninguna de las series remitidas ha tenido un tifus clásico".

El suero obtenido de dicho caballo inmunizado con antígeno tifo-exantemático fué ensayado con éxito satisfactorio, en el tratamiento de enfermos tíficos, por el Dr. **Portal,** en el Cerro de Pasco, así como en Casapalca, por el Dr. **Wieland,** y por el mismo **Ribeyro** en dos casos que tuvo a su cargo en el Hospital Francés.

Estudió también la reacción de Weill-Félix para el diagnóstico del tifus exantemático, consistente en la aglutinación del bacilo Proteus X 19 por el suero de los tíficos, habiendo obtenido aglutinaciones que variaban entre uno por cien y uno por diez mil; y comprobó que la aglutinación macroscópica del mismo germen por suero tífico era menos intensa que la microscópica, así como que el suero de cobayos atacados de tifus no aglutina el Proteus X 19.

Siguiendo sus estudios sobre el tifus trató de investigar si el virus exantemático andino producía o nó la reacción de **Mooser,** es decir, si desde este punto de vista pertenecía al virus tífico de Méjico o Americano, o al virus del viejo mundo. Con tal objeto en abril del año pasado inyectó dos cobayos, por vía intra peritoneal, con sangre de un enfermo de tifus, proveniente del Cerro de Pasco, que se asistió en el Hospital "Dos de Mayo". Las reacciones morbosas fueron precoces en ambos animales, los que presentaron una marcada tumefacción testicular, habiendo el autor comprobado en las preparaciones microscópicas que verificó la presencia de células endoteliales con numerosas Rickettsias. El Dr. **Mackehenie** obtuvo los mismos resultados con la inoculación que practicó a animales de la misma clase con sangre de una enferma de tifus benigno, proveniente de San Bartolomé, del Servicio del Dr. Monje en el Hospital "Arzobispo Loayza": de modo que ambas pruebas experimentales permiten considerar que existe en nuestra Sierra el virus tífico mejicano, virus tífico del nuevo mundo o virus tífico de origen murino. Y si junto con estas

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

pruebas se toma en consideración, por una parte, que el Dr. **Weiss** y sus colaboradores **Montoya, Arias y Mejía,** mediante la inoculación de cerebros de ratas o cobayos reprodujeron en estos animales lesiones orquíticas enteramente análogas a la que produce el virus tífico americano o murino, y comprobaron la presencia en esas lesiones de gérmenes del todo semejantes a las Rickettsias, lo cual manifiesta—si tales premisas no admiten duda—que en la ratas de Lima existe el virus del tifus mencionado en estado de infección inaparente; y, por otra, que el Dr. **Monge** observó, en junio último, un caso de tifus en un miembro del ejército, y que todos los datos que concurren en él le han permitido establecer que se trata de un caso autóctono de esta enfermedad, se está autorizado a afirmar que tanto en la Sierra (de donde provenían los enfermos estudiados por los Drs. R. y M) como en esta capital existe el virus del tifus mejicano, del tifus del nuevo mundo o del tifus de origen murino.

Ribeyro en su nota sobre la producción que obtuvo del fenómeno de **Mooser** en los cobayos hace presente que dicho investigador había obtenido también la reacción testicular en los indicados animales con el virus tífico africano, hecho que en su concepto no debe sorprender, dice **"por que es posible, casi seguro, que ambos virus existen en todos los lugares dada la frecuencia y constante emigración por vía marítima de las ratas, entre el antiguo y el nuevo continente".**

"En todo caso—agrega—quedaría siempre abierto al estudio experimental el hecho de que la reacción de Mooser se observa con frecuencia en ciertas circunstancias y en otras nó."

En sus antiguas inoculaciones del virus tífico a los cobayos **Ribeyro** no obtuvo, sin duda, las lesiones de periorquitis o vaginalitis, por que no se ha referido a ellas en la nota sobre su experiencia de abril último, y tal cosa no es de extrañar, en razón de que el mismo **Mooser** dice: **"Los investigadores mejicanos, anteriores a nosotros, que han relatado sus experiencias relativas a cepas mejicanas en el cuy, Gaviño y Girad, Anderson y Goldberger, Olitzsky, Denzer y Husk, han aislado esta cepas en período netamente epidémico."**

"Todas mis cepas mejicanas,—agrega—así como las que fueron aisladas por investigadores norteamericanos en el Sur de los EE. UU. desde las primeras inoculaciones, fueron aisladas de casos de tifo-endémico. Las dos cepas aisladas por mi antiguo colaborador Ruiz Castañeda, durante una epidemia, se distinguieron, como ya lo hemos indicado, por una tendencia notoriamente escasa para las lesiones escrotales."

Las diferencias entre el virus del tifus clásico del viejo mundo y el virus del tifus mejicano o tifus del nuevo mundo, establecidas según los modos como se comportan ellos por inoculación a las ratas y a los cobayos, han perdido mucho de su rigorismo en virtud de que los experimentos de Mooser, con virus tí-

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

fico de Túnez, lograron trasmitir éste a las ratas por medio de la pulga Xenopsylla Cheopis y de que, con la inyección de cerebros de esas ratas a cobayos, pudo observar en la mayoría de los casos la reacción escrotal tal como se obtiene con las cepas mejicanas, en cuanto al aspecto, a la intensidad y a la duración; por eso **Mooser** en su artículo denominado "Ensayo sobre la Historia Natural del Tifo Exantemático" leído en la Academia de Medicina de Méjico en la sesión de 13 de abril de 1932, pudo decir:

"Basado en los datos obtenidos con las experiencias que preceden, me creo con derecho de modificar mis puntos de vista anteriores con respecto a las diferencias del tifo del nuevo mundo y del antiguo. En efecto, por paso rata-pulga-rata, aparecieron todas las características del virus del nuevo mundo, al menos temporalmente, en el virus de Túnez".

"Si hacemos pasar una cepa no orquítica del antiguo mundo por la pulga, y sobre todo, por la pulga transferida de rata a rata, vemos aparecer súbitamente en dicha cepa los síntomas que caracterizan las cepas endémicas americanas y nuestras cepas murinas aisladas de ratas. En conclusión, no quiero dejar de insistir sobre el hecho de que estos datos nuevos sobre el tifo (infección de las ratas domésticas, trasmisión por las pugas) SON DE UNA IMPORTANCIA PRINCIPALMENTE CIENTIFICA; pero sin estar desprovistas, por esto, de cierto alcance práctico, sobre todo en el nuevo mundo; quedando esclarecido principalmente el hecho de que el tifo, considerado como una enfermedad propia del hombre, fué originariamente una plaga de ciertos roedores".

"El punto central para el dominio del tifo es, y quedará siempre, en Méjico como en otras partes, la lucha contra el piojo, basada sobre los descubrimientos de Carlos Nicolle, y contra la ausencia de limpieza que proteje la pululación de esos parásitos. Obtenido este resultado en todos los pueblos, el tifo no persistirá más que bajo la forma endémica, benigna, producida por la pulga y no pondrá ya en peligro a la humanidad".

Según lo expuesto, podría afirmarse que cuando **Ribeyro** en 1917|18 cultivó el virus del tifus de nuestras serranías en cobayos, con el fin de obtener suero anti-exantemático por inoculación de antígeno a caballos, la cepa que empleó en esos cultivos provino de una manifestación epidémica del tifus en el hombre; y que el virus que en abril del año pasado inoculó al cobayo, en el que produjo la reacción testicular, era originario de un caso de tifus endémico. Esta manera de juzgar estaría en armonía con el hecho acontecido el mes próximo pasado en el Hospital "Dos de Mayo", donde se observaron cuatro casos de tifus exantemático provenientes de la provincia de Huarochirí, y cuya sangre inoculada a cobayos no produjo en ellos la reacción **Mooser.**

Ricardo Jorge, el eminente higienista lusitano, sostiene que las designaciones de tifus americano o mejicano y de tifus europeo, son hoy defectuosas, pues la existencia del primero ha sido comprobada en Europa: en Tolón, en París, en Roma, en Ate-

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

nas, etc., tanto en las ratas como en el hombre, así como en Asia, en la Manchuria, e, igualmente, en Australia; de la misma manera que el tifus europeo se ha diseminado por diversas partes del mundo. Las dos infecciones son cosmopolitas y carecen, por lo tanto, de exclusividad geográfica.

Según el mismo autor el nombre de tabardillo que se dá al tifus en Méjico está indicando su origen ibérico, pues así se le denominaba antiguamente en España y en Portugal, países en que hoy no existe dicha locución. El tifus habría sido importado a Méjico, llevado por los conquistadores; y él refiere que un médico español, **Francisco Bravo,** que conocía la enfermedad por haberla tratado en Sevilla, en 1533, describe en su obra "Opera Medicinalli", publicada en Méjico en 1570, el tabardillo de dicha ciudad.

Tratando el indicado autor del origen murino atribuído al tifus hace notar que no en todos los tiempos las ratas han formado parte de la fauna europea y que precisamente el Profesor **Nicolle,** para negar el papel tifógeno de esos roedores, recuerda con razón que la existencia del tifus en Europa es conocida desde épocas anteriores al siglo XII, cuando ni la especie **rattus** ni la **norvegicus** habían llegado a ese continente, y que los zoologistas hacen a las cruzadas responsables de la importación de la rata negra, conducida de Levante por los navíos de esas expediciones que inspiró el sentimiento religioso.

"Si no se puede afirmar de una manera perentoria — dice Ricardo Jorge — que el rattus faltase en Europa antes de la época indicada, hay indicios que tienden a hacer admitir que no era desconocida. La literatura comienza a mencionarlo solamente en el siglo XII y no se ha desarrollado realmente sino después de las cruzadas. El murino común y predominante era el ratón y el rattus, por su rareza, no habría podido originar epidemias.

Entre nosotros no está debidamente dilucidado si el tifus era conocido en el Imperio Incaico, pues si algunos historiadores como **Acosta, Monardes** y el Padre **Cobos** hablan del tabardillo, tabardete o tavardete, y probablemente es esta la enfermedad a que se refieren el Licenciado **Santillán** y el Padre **Molina,** según **Lavorería,** en concepto de **Ullóa** nada autoriza a considerar que esos términos sirvieran para calificar exclusivamente al tifus. Esta opinión, siendo dichos vocablos de origen español, no parece justificada.

La existencia del tifus antes de la conquista encontraría apoyo en la referencia que hace **Mendiburu,** de que **"los Emperadores imponían tributo en piojos para librar de la inmundicia a las muchedumbres que subyugaban para protegerlas y socializarlas",** si se supone que tal tributo era originado por que en dicha época se conociera la acción vectora de ese insecto para el virus tífico, para lo cual no hay suficientes fundamentos.

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

Un argumento poderoso en contra de que el tifus hubiera sido conocido entre los Incas, lo constituye el hecho de no existir en el idioma quechua una palabra para designarlo.

El origen murino que hoy se reconoce al tifus permite también considerar que él no existió antes del Coloniaje, y que su importación tuvo lugar con la de los primeros ratones que se vieron en el Perú, en 1545, cuando llegó el navío que el Obispo de Placencia, don **Gabriel de Carbajal,** había enviado a costear el mar del norte y del sur, viniendo por el Estrecho de Magallanes. Tal cosa afirma **Agustín de Zárate** y también asegura **Gomara,** el cual invoca como prueba de esa afirmación el nombre que los indios dan a los ratones, que es Uchuchoca, y por corrupción Ucucha, términos que quieren decir "cosa que salió de dentro del mar". **Garcilazo,** por su parte, manifiesta que los ratones que trajo aquel navío fueron las ratas grandes que vulgarmente se denominan pericotes, cuyo tamaño es el triple del de los ordinarios. Tales datos que constan en "Los Documentos Literarios" de don **Manuel Odriozola,** armonizan con el hecho de que la primera noticia que se conoce sobre el tabardillo sea la que señala en 1585 una epidemia de esa enfermedad en el Cuzco.

Don **José Toribio Polo** en su "Apuntes sobre las epidemias del Perú" cita una de tabardillo que hubo en esta capital en 1625, y el Dr. **Leonidas Avendaño** en su tésis de bachillerato sobre el tifus exantemático, manifiesta que epidemias de esta enfermedad devastaron el Cuzco en los años 1589 y 1720, así como la provincia de Castro de Virreyna en los años de 1666.

Si el tifus no pudo existir en el Perú antes de la venida de los españoles por que faltaba en su territorio el animal que constituyese el reservorio de dicho virus, resulta una vez más enteramente fundado el concepto histórico que atribuye a dicho mal, lo mismo a la viruela y a las otras fiebres eruptivas y a otras infecciones, importadas como él por los conquistadores, la causa, en primer término, del aniquilamiento de los habitantes del imperio; y aparece igualmente con nitidéz de luz meridiana la excelsitud y justificación del programa que el genio de **Unánue** formulara para contrarrestar los fatales efectos demográficos de la conquista y conseguir la restauración de la población indígena del Perú, mediante la lucha contra esas enfermedades, basada en la organización de la medicina científica y en la acción del Estado en la higiene y en la asistencia. Desgraciadamente todo eso ha tenido hasta aquí muy escasa o casi ninguna realización, no obstante la primacía que debiere concedérsele.

Orientado **Ribeyro,** por circunstancias especiales, desde sus primeros pasos en la carrera médica, hacia la medicina profiláctica, como miembro del Instituto de Vacuna, primero, y como su Director, luego, que supo imprimirle todos los progresos que debían asegurar su eficiencia, no se detuvo únicamente en la restringida aunque muy importante acción, de lucha contra la viruela,

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

sino que, como se ha visto, dedicó sus actividades a estudiar también la verruga y el tifus con el fin de combatirlos, y esta labor la siguió como simple particular cuando ya no actuaba en el Instituto mencionado.

Cumplió, de ese modo, su deber humanitaria y patrióticamente, y sí se inspiró en las ideas de **Unánue;** como hombre de laboratorio, fué sin duda guiado también por los grandiosos conceptos que pronunciara el ilustre **Pasteur** en la gran ceremonia de la celebración de su septuagésimo aniversario de nacimiento, cuando dirigiéndose a sus discípulos dijo:

"Confiad vosotros en estos métodos seguros, poderosos, de que nosotros no conocemos aún sino los primeros secretos. Y todos cualquiera que sea vuestra carrera no os dejéis dominar por el escepticismo denigrante y estéril, no os desalentéis por las tristezas de ciertas horas que pasan sobre una nación. Vivid en la paz serena de los laboratorios y de las bibliotecas. Interrogaos, de contínuo, diciendo primero: ¿Qué he hecho yó por mi país?, hasta el momento en que podáis tener quizá la inmensa felicidad de pensar que habéis contribuído en alguna cosa al progreso y al bien de la humanidad. Pero aun cuando los esfuerzos sólo sean favorecidos más o menos por la vida, es menester que cuando se aproxime el gran fin, tener el derecho de decir: Yo he hecho lo qué yo he podido".

No dependió evidentemente de la voluntad de **Ribeyro** haber hecho más de la obra que rápidamente he dado a conocer: ya se ha visto que se debió a la acción gubernativa el límite que se puso a su ingerencia en el Instituto de Vacuna, precisamente en los momentos en que era promisora de una labor más fecunda, por tener entonces él mayor saber y experiencia.

Cuanto he manifestado sobre su vida y sus trabajos me autoriza a afirmar que la personalidad de **Ribeyro** se caracterizó por su inteligencia sólida, por su ilustración intensa y variada, por su espíritu recto y probo, tranquilo y tolerante, y por su carácter bondadoso y sagaz; cualidades todas que hicieron que como profesional, fuera de notable competencia, de honradez singular y que se dedicara constantemente al estudio para poder desempeñar dignamente sus funciones; que como servidor del Estado, su contracción y su eficiencia fuesen especiales; que como profesor, acreditase su saber y sus cualidades de ética; que como amigo, demostrara ser sincero, afectuoso y servicial; que como ciudadano, fuese digno y patriota; y que como miembro de familia, le correspondieran los más preciados atributos, tanto en relación con el hogar a que perteneció, como con el que él mismo formara.

Es muy justo, por consiguiente, que la Academia de Medicina, acatando el acuerdo de la Asamblea Médica que auspició la celebración del centenario de muerte del gran **Unánue,** perpetúe el recuerdo de **Ramón Ribeyro** mediante la colocación de su retrato en esta sala. El permitirá tener constantemente presente su personalidad física, porque el pincel del artista ha sabido tras-

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

ladar con acierto al lienzo sus ragos fisonómicos, y evocar por ellos sus cualidades anímicas de saber, de carácter y de moral. Cumple así también la Academia con un deber que corresponde a sus altos fines, señalando la vida y la obra de uno de sus miembros que tanto la dignificó, a la consideración del gremio médico y de la sociedad en general, y como un ejemplo honroso de imitar para las nuevas generaciones que se dediquen al estudio de la medicina. Este proceder digno y noble responde a un deber exigente de ética en la hora presente, en que tanto sufre el ideal, y armoniza con el pensamiento de Renán, cuando dijo: **"Para obtener de los hombres el simple deber, hay que señalarles el ejemplo de los que se exceden de él: la moral se mantiene por los héroes".** En relación con el progreso de esta Academia, Ribeyro dejó planteada en su discurso de inauguración del período institucional que fué llamado a presidir, la conveniencia de procurar la fundación de una biblioteca médica. **"La Academia Nacional de Medicina, dijo, debe iniciar una enérgica acción ante el poder público, con el objeto de que cree una biblioteca médica nacional, que desgraciadamente no existe entre nosotros. Todos los esfuerzos que se han hecho antes de ahora han sido infructuosos. Poseemos varias bibliotecas, que por su excesiva pobreza, su atraso, y su formación fragmentaria no llenan ninguna finalidad."**

No es necesario comentar el significado cultural de una biblioteca, porque sin ella no hay luces para los espíritus. Promover la realización de esa iniciativa será honrar al que la concibió, labrar el progreso de esta institución y hacer obra de bien nacional. Si es verdad que el desaliento invade los ánimos cuando se piensa en la situación que han tenido las cosas médicas aquí, como lo indiqué ya, estamos obligados a reconocer también que somos los médicos los únicos que podemos cambiar la situación, mediante la unión de nuestra clase y trabajando perseverantemente en el sentido que corresponde.

"La prosperidad duradera de las naciones—escribió en una de sus obras el ilustre sabio español Ramón y Cajal—es obra de la ciencia y de sus múltiples aplicaciones. De esta indiscutible verdad síguese la obligación inexcusable del Estado de estimular y promover la cultura, desarrollando una política que podría llamarse científica."

En ninguna parte más que en Perú existe la necesidad de que tengan aplicación esos pensamientos. Por suerte, preside ahora el Gobierno un egregio militar, a quien preocupa la satisfacción de todas las necesidades nacionales.

¡Que los manes de **Ramón Ribeyro** hagan fácil para la Academia la consecución de su acertada iniciativa de fundar una biblioteca médica!.

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

APRECIACIONES SOBRE ASISTENCIA HOSPITALARIA

Párrafos de la Memoria presentada

Por el Dr. LEONIDAS AVENDAÑO

La acertada y científica organización de los hospitales y de sus servicios anexos, solo se alcanzará el día que la Sociedad de Beneficencia se resuelva a abandonar los vetustos métodos de épocas pretéritas, hoy incompatibles con los progresos alcanzados por la ciencia sanitaria, y escuche la valiosa y sólidamente fundada opinión de los técnicos, que ya en varias ocasiones se ha producido en magistrales estudios y luminosos informes.

Por muy laudables que sean los esfuerzos que haga la Sociedad de Beneficencia, para modificar el defectuoso funcionamiento de sus hospitales, nada se conseguirá mientras no se encare el problema en toda su amplitud y se le quiera resolver conforme a lo que mandan todas las ramas del saber humano, que han aportado y aportan sus enseñanzas a la organización de los nosocomios modernos.

Como por ensalmo se transformará la asistencia hospitalaria, sin mayor esfuerzo económico de parte de la Sociedad de Beneficencia, el día que se decida a llevar a la práctica las dos grandes reformas, que vigorizarán los establecimientos asistenciales, colocándolos en condición de desempeñar su importante cometido, conforme no sólo con las enseñanzas de la ciencia, sino también con la incesante transformación del organismo social. Esas dos grandes reformas, son: el establecimiento del **seguro social de enfermedad, de invalidez, de maternidad, etc.**; y, la creación de la **Oficina Técnica de Asistencia Social.**

Sobre el primer tópico, ya en 1922, en el Art. 175 del Reglamento de Hospitales y servicios anexos, se ordenaba la organización, por la Sociedad de Beneficencia, de la **Caja de Previsión Social,** que a decir verdad, constituía un primer paso en el sentido de aclimatar entre nosotros el seguro de enfermedad. Desgraciadamente, este buen deseo de la Sociedad de Beneficencia se quedó únicamente escrito, y la difícil condición económica de la institución, que se tuvo el anhelo de remediar, se intensifió más y más de entonces al momento actual. Después, los doctores **Julián Arce y Abel S. Olaechea,** en la 12ª conclusión de su informe sobre la **Reforma de la Organización Nosocomial,** emitido el 14 de agosto de 1929, se pronuncian por el establecimiento de los seguros sociales obligatorios de enfermedad y o-

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

tros, insistiendo en "que ha de ser la misma institución (la Beneficencia) la que permitirá que los servicios de asistencia entre nosotros alcancen los progresos que reclaman". Por su parte, el doctor **Abel S. Olaechea,** en el "Informe del Jefe Técnico de Asistencia Social sobre el Régimen económico en vigencia y las reformas que conviene introducir, y respecto a la organización definitiva de la Oficina de Asistencia Social", formula conclusiones precisas al respecto, tan precisas, que nada mejor que reproducirlas como lo hago a continuación:

"1º que la asistencia se orienta hoy en todas partes "en el sentido de la prevención de las enfermedades más "que en el de su curación, siendo necesario cuando menos, "aunar ambas directivas en nuestros establecimientos noso- "comiales";

"2º que el servicio social nacido para auxiliar a la "asistencia, va adquiriendo cada vez las más grandes am- "plitudes y rindiendo los resultados más satisfactorios, sien- "do conveniente aplicarlo entre nosotros en la mayor es- "cala posible;"

"3º que el punto de vista económico, tan estrechamen- "te ligado a las actividades de la asistencia, sólo puede sal- "varse mediante la adaptación de los seguros sociales contra "la enfermedad y los otros riesgos que éllos contemplan, y "que mientras se pueda incorporarlos a nuestra legislación, "es importante sustituírlos con la Caja de Previsión, que es- "tudia la Sociedad de Beneficencia y que urge llevar a la "práctica".

Y finalmente, los doctores **Esteban Campodónico** y **Juan Losno,** en un bien meditado estudio, que vió la luz pública últimamente en "El Comercio" de esta capital, sugieren a la Sociedad de Beneficencia la creación del seguro de enfermedad, como el medio más rápido y eficiente, tanto de transformación sustancial de la asistencia hospitalaria, como de restauración del equilibrio económico de sus hospitales, tan desmedrado en el momento actual.

Respecto al segundo tópico, la creación de la **Oficina Técnica de Asistencia Social,** el mismo doctor **Abel S. Olaechea,** en su juicioso y bien documentado informe ya citado, estudia el asunto con minuciosidad de detalles y profusión de argumentos convincentes, rememorando las tentativas que anteriormente se han hecho — por los doctores **Francisco Rosas, José Casimiro Ulloa, Manuel Atanacio Fuentes** y otros, en la prensa médica y los diarios políticos, por los doctores **Francisco Almenara Butler, Ricardo L. Flores** y **Constantino T. Carvallo,** como personeros de la Academia de Medicina; por el doctor **Almenara Butler,** como senador de la República, por los distinguidos directores de la institución, señores **Domingo Olavegoya, Carlos Elías,** doctor

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

Domingo Almenara, Enrique Barreda, doctor **Alfredo Solf y Muro, Enrique de la Piedra** y doctor **Julio Ego-Aguirre** — proyectando la constitución definitiva de la "Oficina Técnica de Asistencia Social".

Poco es lo que hay que agregar a las bien meditadas y mejor razonadas opiniones vertidas sobre este trascendental asunto; pues lo único que extraña es que datando ya de época remota las indicaciones que se han hecho a la Sociedad de Beneficencia, tanto por sus personeros oficiales, como por los voceros de la ciencia, para que modifique sus procedimientos en lo que atañe a la asistencia hospitalaria, todavía se vacile al terminar el primer tercio del siglo XX. para aceptarlas y convertirlas en hechos prácticos. La única tímida reforma que se ha efectuado para que los hospitales sean manejados por los técnicos — como son: los asuntos judiciales, por los jurisconsultos; las construcciones, por los ingenieros; las oficinas recaudadoras, por los contadores; etc, —, la creación de la **Junta de Hospitales**, ha dejado y deja mucho que desear; pues en su constitución predomina el personal extraño a la medicina, cuyas determinaciones, aunque inspiradas por la mejor buena voluntad, no pueden informarse sólidamente en los severos e inconmovibles preceptos de la ciencia sanitaria. Además, la citada Junta funciona con notoria irregularidad, y en ella no se escucha hoy (pues si lo era en 1921, cuando desempeñé interinamente la dirección del Hospital "Dos de Mayo") la opinión más autorizada, la de los médicos-directores de los nosocomios. Para que ese organismo corresponda a los fines de su creación, es indispensable organizarlo de distinto modo que el actual, integrarlo sólo con los muy competentes profesionales que son socios de la Beneficencia, y que sea el cuerpo deliberante cuyos acuerdos informen, de preferencia, las normas de la Oficina Técnica de Asistencia Social.

Como se ve, pues, no es muy difícil ni muy complicada la reorganización científica de los establecimientos asistenciales que sostienen la Sociedad de Beneficencia. Los estudios en que debe inspirarse la reforma, sobran: son completos y de magnífica factura. Todo se reduce a tener un poco de buena voluntad para iniciarlos y otro poco de constancia para llevarlos a buen término. Los beneficios que se derivará son incalculables y es innecesario que me detenga a puntualizarlos, ya que son indiscutibles y están profundamente arraigados en la conciencia pública, pues es unánime el convencimiento de doctos y profanos, de que es imposible que los hospitales continúen viviendo vida anacrónica y estéril. Si se persiste en mantener la situación actual, la existencia de los hospitales casi no tiene razón de ser; pese a los incesantes y meritorios esfuerzos del personal médico, que consecuente con las gloriosas tradiciones de su gremio, labora con austeridad, con competencia y con desinterés.

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

BIBLIOGRAFIA

LA OBRA DE LOS MEDICOS EN EL PERU.—Un vol. de 216 páginas.—**Editorial Perú Moderno.**—Lima 1934.

Con prólogo del Prof. L. Avendaño ha aparecido este volumen, que ha compuesto con sus afanes, trabajo y desvelos, el editor Sr. Federico Bolaños que ocupa puesto distinguido en las letras patrias.

Obra nacionalista, de auténtico peruanismo, que sin embargo no está en pugna con el interés de Mercurio, ella es manifestación elocuente de lo que han hecho los médicos, cada uno por su cuenta, en su afán de conseguir gloria científica y lauros para el país.

En efecto, el esfuerzo ciudadano, la tenacidad en el trabajo, el deseo de saber, todo ello repercute en la Nación, que siempre usufructúa los dones y aptitudes de sus hijos, sin que muchas veces contribuya en la más mínima parte, a la fábrica de prestigios y nombradía personales.

Desfilan en la obra, por orden alfabético, biografías y bibliografías, pudiendo afirmarse que en el Perú no hay otra profesión, distinta a la médica, que ostente caudal más nutrido y enjundioso. Por algo la Medicina es profesión aristocrática, no obstante las tendencias plebeyisadoras que soplan por doquiera; los que reciben su consagración profesional, lustran sus características ancestrales, que deben mantenerse en un tono de superación y progreso. Aristocracia de la inteligencia, aristocracia de la moral, aristocracia de la conducta, eso quiere y exige el sacerdocio médico.

En el libro que comentamos hay páginas consoladoras y datos muy interesantes para la historia de la Medicina peruana, principalmente cuando se consignan datos bibliográficos.

Hay que agradecer a Bolaños su labor editorial, que ineludiblemente ha necesitado el concurso económico de los biografiados, porque entre nosotros, nadie compra libros, nadie tiene afán por lo escrito, quien sabe como una manifestación de indisimulable envidia, razón por la cual el autor no ha podido pensar en vender el libro que ha publicado.

Celebremos la aparición de "La Obra de los Médicos en el progreso del Perú", cuyo primer volúmen está en circulación y hagamos votos porque muy pronto aparezca el segundo tomo, que, según anuncia la editorial, ya está preparándose.

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

LA CHANCRE MOU, por J. Millian.—Un Vol. de 52 páginas.—**Librairie Octave Doin,** Editores, París.—20 fr.

Forma parte este tomo de la notable colección "La practique médicale ilustrée".

Se estudian en este libro los síntomas, diagnóstico y tratamiento del chancro blando. La sintomatología es variadísima con los chancros mixtos, fagedénicos, enanos, sin hablar de las distintas localizaciones regionales, etc. Los bubones son también de enorme complejidad sintomática y etiológica.

El diagnóstico descansa sobre el encuentro del bacilo de Ducrey, la autoinoculación, intradermorreacción, todos métodos de laboratorio que el médico debe en la actualidad conocer.

El tratamiento del chancro blando y del bubón está expuesto con todo lujo de detalles y con gran claridad y sentido práctico, tal que cualquier médico puede hacerlo perfectamente aun en el primer caso que se le presente.

La monografía es eminentemente práctica, como todas las publicaciones de Millian, maestro en la especialidad.

PRURITS ET PRURIGOS, por Lucien Hudelo.—Un tomo en 8º de 40 páginas.—**Gastón Doin, Editores.** París 1933. 15 fr.

La cuestión de los pruritos y prurigos es uno de los capítulos de la Dermatología que desde hace un siglo, ha sido objeto de discusiones interminables, lo mismo desde el punto de vista de la determinación de los trastornos cutáneos, que deben incluírse en este cuadro, que de las relaciones que pueden tener entre ellos; la diversidad misma de las denominaciones aplicadas, no es más que el reflejo de las divergencias en la interpretación nosográfica.

En el curso de este interesante estudio, el autor se esfuerza en aclarar las obscuridades de la cuestión. La etiología está minuciosamente estudiada; el autor insiste sobre la habitual complejidad y la regular indicación de las condiciones asociadas que ponen en juego las reacciones cutáneas; indica las dificultades clínicas para establecer una medicación realmente etiológica, destinada, no solamente a curar los accidentes en curso, pero sobre todo, a prevenir las recidivas.

El estudio y discusión de innumerables terapéuticas que han sido preconizadas, son objeto de un cuidado particular; en cortos resúmenes, expone el autor para cada variedad clínica, las medicaciones, tanto internas como externas, que le han dado mejores resultados; espera que sus compañeros los encontrarán útiles, siendo un verdadero guía de los estados dermatológicos.

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

FORMULAS DE QUININA, Oficina para el fomento del empleo de la quinina. Amsterdam, (Holanda), 1933.

Un nuevo folleto publicado en español dedicado a dar a conocer las aplicaciones múltiples que tiene la quinina en la terapéutica de las diversas enfermedades, además de paludismo.

Por orden alfabético de enfermedades se agrupan una interesante colección de fórmulas del empleo de esta substancia.

Recomendamos la lectura de esta publicación, que se envía gratuitamente.

EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EN LA PRACTICA GENERAL, por el Dr. Harry Beckman.—Un vol. de 1036 páginas.—Editores, **Espasa Calpe, S. A.,** Madrid 1933.

Harry Beckman, profesor en la Marquette University de Milwaukee (Estados Unidos), ha escrito "el libro de Terapéutica probablemente más práctico de los que hoy existen".

Así decía **The Journal of the American Medical Association,** el periódico médico más prestigioso de los Estados Unidos, al hacer la crítica de la edición inglesa de esta obra. Y añadía:

"Está dividido en enfermedades infecciosas y parasitarias, perturbaciones alérgicas y enfermedades de los varios sistemas del cuerpo: Incluye también intoxicaciones, una sección especial de quemaduras, obstetricia y un cierto número de sujetos misceláneos. El material se da en forma práctica inmediatamente aplicable a la cabecera del enfermo.

El libro ha adquirido una gran popularidad, cosa de esperar dado su carácter práctico y su gran utilidad".

Este libro no se ocupa más que de **tratamiento.** El doctor Beckman discute el tratamiento que el médico ha de escoger, planear y aplicar en su consulta o a la cabecera de sus enfermos.

Habla en términos prácticos: enfermos, prescripciones, regimenes, medicamentos, cuidados de las enfermeras, etc.

Hay en este libro cientos de recetas, transcritas con todo detalle y con datos acerca de las cantidades y modos de administración.

En los casos en que la dietética tiene importancia se describe el régimen adecuado.

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

UN CASO DE HEMATONEFROSIS

Por el Dr. **FERNANDO WIELAND**

Hemos tenido la oportunidad de tratar, en la Clínica Villarán, a un joven portador de una **hemonefrosis,** complicación de una **hidronefrosis** de evolución larga. Hubo necesidad de intervenir de urgencia, por habérsele presentado en forma inusitada una hematuria abundante, que puso en peligro la vida del enfermo. Sin pretender aportar nada nuevo al capítulo de la **hidronefrosis,** que tantos puntos tiene por esclarecer. vamos a referir la historia clínica de este enfermo que, sin ser excepcional, tiene algo de interés, ya que esta clase de complicaciones de la hidronefrosis, aún en países con bastante material enfermo, son muy raros.

Nombre: N. N.
Edad: 22 años.
Profesión: estudiante.

Antecedentes hereditarios.—El padre ha muerto de neumonia. Su madre vive, es sana.

Antecedentes personales.—Tuvo sarampión en la infancia.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Comienza sus molestias desde la edad de 10 años con **dolores en el flanco izquierdo,** irradiados en forma trasversal. Las crisis dolorosas se presentan en forma intermitente y cesan con la evacuación de abundante orina. Pasadas las crisis dolorosas sufre de sensación de peso en la región lumbar izquierda. Posteriormente, después de algunos años, percibe en dicha región la presencia de un tumor, que a medida que pasa el tiempo va aumentando de volumen. En estas condiciones consulta con varios facultativos en Arequipa, los que le diagnistican tumor renal. Durante todo el tiempo de evolución de su enfermedad, solamente hace poco tiempo tuvo dos hematurias discretas, después de haber jugado balompie. No ha tenido ni calofríos ni fiebre. No tuvo oliguria ni disuria. Padece de constipación. Siempre duerme por el lado izquierdo para disminuír el dolor.

Estado actual.—(Julio de 1928). Enfermo en mediocre estado de nutrición. Piel blanca y pálida. Conformación esquelética normal. Sistema muscular poco desarrollado.

Aparato respiratorio.—No hay nada de especial.

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

Abdomen.—Las paredes son flácidas, depresibles, en el hemiabdomen derecho. En el cuadrante superior izquierdo y flanco del mismo lado se percibe una masa tumoral grande, lisa, de contornos regulares, inmóvil, dolorosa, con sensación de renitencia. No se percibe bazo. El hígado es normal. La tumuración rechaza las costillas a nivel de la línea mamaria y por detrás llena la fosa lumbar y el espacio comprendido entre ésta y la cresta iliaca.

Cromocitoscopia.—Capacidad vesical: 200 c.c. El trígono no está congestionado. El meato ureteral derecho, de bordes salientes, elimina el índigo-carmín que se inyecta previamente. El meato ureteral izquierdo, pequeño, no eyacula el índigo-carmín después de 10 minutos de espera.

Examen radiográfico.—La radiografía practicada por el Dr. Sánchez Checa, reza: "Tumor voluminoso que ocupa el flanco izquierdo, de contornos regulares, que rechaza el colon descendente. Por su forma, contornos y consistencia, parece ser de contenido líquido".

Análisis de sangre.—Nada importante.

Análisis de orina.—Densidad 1012. Reacción ácida. Aspecto: claro.—Urea: 11,529; cloruros: 7.00; Fosfatos: 1,3; Albumina: vestigios; Glucosa: no hay. Examen del sedimento.—Numerosas células epiteliales planas. Algunos hematies y leucocitos.

Esta interesante historia clínica presenta los siguientes detalles, que relacionados, permiten clasificar la lesión.

a) Tumor del hipocondrio y flanco izquierdo, voluminoso, renitente, que evoluciona durante largo tiempo.
b) Sindrome doloroso recidivante con intermitencias, acompañadas de trastornos funcionales de parte de las vías urinarias: poliuria intermitente.
c) Cromocitoscopia.—Falta de eliminación de la materia colorante por el meato ureteral izquierdo y con buena eyaculación por el meato ureteral derecho.
d) Radiografía.—Tumor de gran tamaño que ocupa el flanco izquierdo, que rechaza el colon descendente hacia la derecha. Por sus caracteres parece de contenido líquido.

a) **Tumor del hipocondrio y flanco izquierdo.**—El hipocondrio izquierdo es el punto de partida de tumores que pueden alcanzar una gran magnitud. Sus puntos de orígen están en los siguientes órganos: lóbulo izquierdo del hígado, páncreas, bazo, cápsulas suprarenales y riñón izquierdo. A propósito he dejado a un lado en la numeración los tumores dependientes del ángulo cólico izquierdo y del estómago, por adquirir rara vez grandes dimensiones y ser poco apreciables por la palpación en los primeros tiempos de su desarrollo. Además, porque el enfermo no

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

acusa trastornos gastro-intestinales en su historia clínica y la radiografía revela las vísceras abdominales rechazadas por el tumor hacia la derecha.

Los tumores del cuerpo y de la cola del páncreas están situados en el epigastrio y solamente cuando adquieren un gran volumen llegan a invadir el flanco y hasta tener contacto lumbar. Hay que contar también, cuando han adquirido un cierto desarrollo con la posible invasión más allá de la línea media, hacia la derecha del paciente.

La discusión debe circunscribirse entre sí el punto de partida del tumor es el bazo o el riñón. Ante todo los tumores del bazo se caracterizan por su situación lateral e izquierda y muy en contacto con los últimos espacios intercostales. Al desarrollarse se dirigen hacia abajo sin perder su relación con la pared abdominal anterior. Los tumores del bazo, debido al rechazo del tubo gastro-intestinal, son de sonido mate en toda el área de proyección. Aún cuando estén fijos en el hipocondrio debido a un proceso de periesplenitis, dadas sus relaciones íntimas con la cúpula diagragmática, suelen excursionar con los movimientos respiratorios.

En nuestro caso particular, el tumor voluminoso tiene contacto lumbar y ha invadido todo el flanco: su polo inferior alcanza la pelvis y su borde interno no pasa la línea media del cuerpo, además da la sensación de renitencia. Todos son detalles que están en favor de un tumor del riñón.

b) **El sindrome doloroso** es un apoyo para el diagnóstico de tumor renal. Los dolores en el paciente son de carácter expontáneo y sobrevienen más o menos alejados, estos episodios dolorosos son frecuentes en las distenciones piélicas o sea en las hidronefrosis congénitas antes de llegar a su período de atonía, en el que el riñón se deja distender progresivamente sin manifestación de dolor.

c) La cromocitoscopia practicada inmediatamente después de una inyección endovenosa de indigocarmin, nos permite reconocer la eliminación de la materia colorante por el meato ureteral derecho; en cambio, en el meato ureteral del lado izquierdo, que es poco visible, falta la eyaculación de la materia colorante. Este examen, muchas veces, se suficiente para afirmar que el tumor tiene por asiento el riñón y que la función urinaria está asegurada por el riñón opuesto. Si no se recurre a la cromocitoscopia, examen simple, que debe ser considerado de regla obligatoria, los grandes tumores líquidos de los flancos pueden ser motivo de errores de diagnóstico. Ahora bien: si la cromocitoscopia revela la eyaculación de la materia colorante por ambos meatos ureterales, se rechazará, por el contrario, el diagnóstico de hidronefrosis, puesto que un tumor considerado hidronefrótico implica un riñón funcionalmente destruído y, por tanto, incapacitado de eliminar el indigocarmín en un tiempo dado.

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

d) La radiografía acusa un tumor voluminoso que ocupa todo el flanco y se extiende hasta la pelvis. Esto nos hará pensar en que la dilatación quística alcanza hasta el ureter.

Por otra parte, la falta de fiebre, de calofríos, de leucocitosis y elementos piogenos en la orina, nos pondrá en el camino de pensar que la bolsa quística no está infectada. Esto, desde luego, no es por lo general, pues como decía **Guyón:** "que no hay que admirarse de ver evolucionar un gran número de infecciones urinarias sin llamar mayormente la atención".

Dos días antes de ingresar a la clínica para ser operado, fuimos llamados de urgencia a la casa del enfermo, por habérsele presentado al paciente una hematuria abundante. Inmediatamente fue llevado a la clínica. Al día siguiente, muy temprano, previa trasfusión de 200 c.c. de sangre en la noche anterior, fue operado, pues la hematuria no cesaba un momento.

En presencia de un caso de hidronefrosis voluminosa, con hematuria abundante, no puede haber discusión sobre la terapéutica a seguir: la nefrectomía constituye su tratamiento.

Operación.—Anestesia Eter.—Insición Trasversal. Resección de la última costilla. Nos encontramos frente a una gran bolsa quística, con adherencias múltiples a los órganos adyacentes. Como la separación de las adherencias requiere algún tiempo, y teniendo en cuenta el estado precario del paciente, decidimos abrir la bolsa hidronefrótica. Hecho esto extraímos una gran cantidad de sangre coagulada del saco. Acto contínuo, invitamos a nuestro asistente, Sr. Benavides, para que comprima, por dentro de la bolsa, con gasa embebida en suero de Hayem caliente, el hilio del riñón, para cohibir momentáneamente la hemorragia, mientras se separan las adherencias que dificultan la extirpación de la bolsa gigante. Se extirpa un saco inmenso, previa ligadura con seda de los vasos renales y se cierra rápidamente la brecha operatoria, dejando un dren de desagüe.

Post-operatorio.—Una vez el enfermo en su cama, se le administra suero de Hayem, tonicardiacos y 200 c.c. de sangre por la vena. Por la noche se le practica otra trasfusión de 100 c.c.. Al día siguiente, suero de Hayem y 50 c.c. de sangre. Al no ser por la trasfusión de sangre, seguramente el paciente hubiera fallecido por anemia aguda.

Hemos de hacer algunas ligeras consideraciones acerca de este proceso.

En el estado actual de nuestros conocimientos sobre hidronefrosis, no obstante la abundante bibliografía mundial, no es posible todavía sacar conclusiones completas y definitivas sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de este sindrome. Todo se ha discutido y se discute en la hidronefrosis: el nombre, el concepto, la etiología, la patogenia, el diagnóstico y el tratamiento.

Las opiniones de los autores sobre problemas de hidronefrosis son sumamente variados, a pesar de las observaciones clí-

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

nicas y experimentales. Razón tiene **Hinman** cuando dice: "La hidronefrosis es algo único y singular en el organismo, que no tiene analogía con lo que ocurre en otras glándulas, como las salivares, el hígado y el páncreas, en las que la obstrucción completa de sus conductos excretores conduce a la atrofía primitiva del órgano, y la obstrucción parcial ocasiona dilataciones insignificantes, en comparación con los que alcanza a veces el aparato urinario".

Desde que se ha dejado de considerar la hidronefrosis como un simple fenómeno mecánico y se ha introducido en su patogenia el concepto de la dinamicidad, dice **Sánchez Covisa,** ha comenzado a vislumbrarse el conocimiento de esta enfermedad del aparato excretorio del riñón. Seguramente, en un tiempo no muy lejano, los grandes investigadores aclararán tantos puntos obscuros de esta enfermedad.

Se han dado muchas definiciones de la hidronefrosis, teniendo en cuenta las diversas modalidades clínicas y etiológicas de la lesión. En nuestro concepto, la definición más descriptiva es la dada por **Sánchez Covisa,** en el último Congreso Internacional de Urología habido en España. Según este autor, "la hidronefrosis es una lesión caracterizada por la dilatación primitiva aséptica, progresiva, congénita o adquirida, parcial o total de la cavidad calipélvica del riñón, con retención permanente, incompleta, originada por las dificultades a la expulsión de la orina".

La denominación de hidronefrosis, propuesta por **Royer,** parece ser apropiada para los casos avanzados de la lesión, especialmente cuando el parenquima renal experimenta lesiones histológicas de esclerosis y atrofía. Pero en las primeras fases de su desarrollo progresivo, cuando la dilatación afecta solamente a la pelvis y a los cálices, la palabra hidronefrosis resulta poco gráfica, mucho más si se tiene en cuenta el contenido del saco, ya sea este orina, sangre, pus, etc. Otras denominaciones, como la de uronefrosis, riñón hidrópico, etc., adolecen del mismo inconveniente. **Fedoroff** ha propuesto la denominación **pieloectasia,** que parece el más exacto y expresivo, ya que especifica el factor anatómico fundamental: la dilatación de la pelvis, y si a esta palabra se le agrega los prefijos de **uro, hemo, pio,** tendremos los derivados **uropieloectasia, hemopieloectasia,** etc., según que el contenido sea orina, sangre, etc. Según estó, el caso cuya historia acabo de presentar debía denominarse, dada la extensión del saco que ha comprometido el riñón, pelvis, ureter: **hemouropieloureteroectasia.** Pero como la denominación de hidronefrosis está sancionada por el uso, nuestro caso lo determinaremos solamente: **hematonefrosis gigante.**

En la clínica, como todos sabemos, la hidronefrosis se manifiesta bajo diversos aspectos: o bien, es el tumor que constituye el síntoma esencial; o bien, al contrario, es el síntoma dolor que domina la escena. En nuestro caso ambos síntomas se presentaron.

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

Complicaciones.—Desde el punto de vista anatómico, la marcha de la hidronefrosis es progresiva y lenta. Desde el punto de vista clínico es casi siempre intermitente, es decir, que la evolución crónica es interrumpida por ataques dolorosos, como resultado del cierre del pasaje del saco.

La hidronefrosis se vuelve peligrosa por sus complicaciones: la más frecuente es la infección, que trasforma el líquido urinario en líquido uro-purulento, una hidronefrosis en una uropionefrosis. Otras veces, según los autores, en el curso de la hidronefrosis se observa hematurias, muchas veces abundantes, como resultado de simples lesiones de nefritis o de simples congestiones. En este caso, la bolsa hidronefrótica puede trasformarse en hematonefrosis.

Nosotros interpretamos nuestro caso, no en el sentido de hematonefritis primitiva, sino más bien, como de hidronefrosis antigua, que evolucionó hacia la hematonefrosis por rotura de cualquier vaso de la pared del casquete renal.

Patología.—La presencia de una hidronefrosis varía con el estado de distención del saco, posición original y forma del riñón tomado. El volumen del tumor varía desde el tamaño de un riñón hipertrofiado hasta la de un saco enorme conteniendo varios litros de líquido. En los casos de obstrucción de la extremidad distal del ureter, la dilatación principia por la de este conducto, luego alcanza la pelvis y los cálices y, finalmente, el sistema tubular del parenquima y llega hasta los glomérulos.

Los cambios progresivos de degeneración del parenquima renal han sido estudiados por **Broedel**. Para este autor, al principio el riñón no ofrece ninguna modificación. Pero, poco a poco, debido a la presión intrapélvica, los cálices participan de la dilatación, pues las papilas se dejan aplanar. Mas tarde, la dilatación alcanza el tejido renal, perturbando tanto la nutrición como la capacidad secretora. Mas adelante, bajo la influencia de la compresión y por la degeneración de los vasos renales, el tejido renal sufre de un proceso de nefritis intersticial. La esclerosis arterial acompaña a este estado. La unidad renal puede permanecer normal o puede estar también considerablemente disminuída por la presión de la sustancia cortical. La compresión continúa hasta el fin, entonces el riñón se convierte en un gran quiste fibroso.

El interior del saco presenta una serie de sacos limitados por tabiques, resto de cálices dilatados y de tejido conjuntivo que separa los lóbulos renales. Cada cavidad renal está en suma formada por la distención del lóbulo renal.

A medida que se desarrolla el saco pélvico, los vasos del hilio renal se separan, se disocian.

La estructura de la pared de la bolsa varía en lo que concierne al riñón. Al principio, los tubos rectos y contorneados están dilatados, lo mismo que los glomérulos. Más tarde las partes nobles del riñón desaparecen progresivamente por atrofía; los

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

glomerulos forman pequeños quistes con atrofia de su "bouquet" vascular. Por último, el tejido renal está reducido a un casquete de tejido fibroso, en el que se encuentra quistes o restos glandulares. (**Diseases of the kidneys, ureters and bladder** by Kelly and Burnam).

Tratamiento.—En lo que concierne al tratamiento de la hidronefrosis varía según los casos. La terapéutica es médica y quirúrgica. El tratamiento quirúrgico puede ser conservador o radical. El tratamiento conservador se propone, si es posible, suprimir la causa productora de los trastornos, respetando el riñón, mientras que el radical sin atender la causa, se limita a suprimir el órgano enfermo. Por regla general, en los casos de hidronefrosis voluminosas sólo está indicada la intervención radical, salvo el caso de insuficiencia funcional del riñón delfo y el mal estado del enfermo.

En nuestro caso, a pesar de la hemorragia intensa, la nefrectomía curó al enfermo y la trasfusión yuguló la anemia aguda.

UN CASO DE SINDROME DE SCHICKELE

Por el Dr. **JOSE B. JIMENEZ CAMACHO**

De la Maternidad de Lima

Antes de exponer la historia clínica de un caso de Sindrome de Schickelé, comunicaré algunas impresiones personales que se relacionan con el conocimiento del Síndrome de Schickelé en el medio hospitalario limeño.

A principios del año 1932, observé el caso que sigue:

Se trataba de una primeriza, que hacían más de dos días tenía dolores de parto y que además, según el asistente del servicio, presentaba un cuadro de abdómen agudo, no recuerdo si oclusión intestinal o apendicitis. Había dilatación de 4 cm. con bordes gruesos y presentación cefálica alta, cabeza no encajada. A cada contracción la bolsa de las aguas se insinuaba en el orificio uterino. Los dolores eran intensos. Hice un tacto vaginal y al realizar el examen se produjo la rotura de la bolsa de las aguas, que me produjo pánico; eran las 4 p. m., a las 6 y ½ p. m. se realizó el parto, siguiendo un alumbramiento normal.

Quedó en mi espíritu temor para volver a realizar un tacto vaginal, pero en cambio me preguntaba: ¿Cómo poco después del tacto imprudente, que sembró el pánico en el Servicio, se pro-

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

dujo el parto rápido y sin accidentes, después que la parturienta estuvo más de dos días con dolores y el caso se había calificado de parto prolongado y difícil, cuya dilatación no avanzaba?

A fines del año 1932 publicó en "El Día Médico" de Buenos Aires (21 de noviembre de 1932), el profesor titular de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de Rosario Dr. **Borghi,** un trabajo intitulado "El parto Médico". Según este profesor, el parto médico tiene por objeto salvar dificultades en la evolución del parto, dificultades dependientes de anormalidades posibles de tratamiento en beneficio de la parturienta y del nuevo ser; se refiere a los estados espasmódicos del útero y a la formación de la bolsa de las aguas; trata el profesor **Borghi** del trabajo normal del útero y de la disociación de la sinergía funcional llamada **Síndrome de Schickelé,** en recuerdo del maestro de Estrasburgo que fue el primero que lo descubrió. Estudia después su clínica y su posible mecanismo, llegando a la conclusión que las bolsas de las aguas planas, breves y duras, que son las que mantienen la presentación alta, deben ser rotas precozmente para evitar el parto prolongado, futuro de consecuencias insospechables. Termina el profesor **Borghi** indicando que el parto médico no está en contra de la cualidad más importante del partero que es la de saber esperar, y que no ha sido inspirado en la impaciencia, sino que es el fruto de conocimientos modernos que obligan a cambiar de criterio sobre la duración fisiológica del parto y que permiten hacer un parto óptimo de uno no óptimo.

He aquí la historia clínica del caso observado:

Victoria B., 25 años, mestiza, casada, natural de Lima, sin profesión, procede de Lima. Ingresa a las 9 p. m. del día 26 de noviembre de 1933.—Servicio del Dr. San Bartolomé.

ANTECEDENTES

Personales.—Padre muerto, ignora la causa.—La madre vive y es sana.—No ha tenido hermanos.

Paludismo y grippe.

Menarquía: 17 años.—Tipo 4/30.—Irregular en tiempo.—Relaciones sexuales a los 24 años.

Obstétricos: No recuerda la fecha de su última regla.—Es el primer embarazo. Nunca ha sido objeto de tratamiento ginecológico.

EXAMEN

Inspección: vientre globuloso desde el apéndice xifoides al pubis.—Línea media bruna manifiesta.

Palpación: fondo uterino 1 cm. por debajo del apéndice xifoides. Dorso fetal a la izquierda.—Cabeza insinuada.

Auscultación: latidos fetales a la izquierda.

Mensuración: longitud 32 cm.—Circunferencia 92.

Resultado: Embarazo a término con feto vivo y en trabajo de parto.

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

Hay infección gonocócica genital.

Pelvis normal.—Al tacto no se toca promontorio.

Situación longitudinal; presentación vértice, posición izquierda anterior. El 24 de noviembre, dice la paciente, sentirse con dolores en toda la región del hipogastrio y las fosas iliacas. El 27 siguen los dolores intensificándose y no cambiando de localización. El 26, recurre al consultorio de la Maternidad, pero vuelve a su casa porque se le manifiesta que todavía falta tiempo para su parto. El mismo 26 por la tarde los dolores se hacen intensos y a las 9 p. m. ingresa al servicio con el dato de 3 cm. de dilatación y membranas intactas; en la noche de su ingreso siguen los dolores. El 27 los dolores se hacen cada vez más intensos y sin modificarse la dilatación. El 28 a las 9 y 30 a. m. la observamos.

Los datos tomados hasta este momento refieren los dolores uterinos a la región lumbar, el tacto vaginal encuentra un cuello uterino con 3 cm. de dilatación, de bordes edematosos, una bolsa plana y dura, y esto es lo más interesante, a cada contracción del útero el cuello se retrae, haciéndose más edematoso, formando la bolsa de las aguas hernia en la cavidad vaginal. El polo cefálico no está encajado.

Por los datos señalados, y habiendo eliminado las posibles causas de distocias orgánicas, sugiero la existencia del Síndrome de Schickelé que es aceptado y confirmado por el Dr. San Bartolomé. El parto médico se lleva a cabo con la siguiente evolución:

Día 28 de noviembre de 1933.—A las 9 y 50 a. m. rompo la bolsa de las aguas, valiéndome de la rama de una pinza Kocher, pues, a la maniobra digital son resistentes las membranas. Inmediatamente la salida del líquido es regular. A los pocos minutos se comprueba que la cabeza ha descendido en la excavación pelviana. Dejamos encargo de vigilar a la paciente y nos retiramos del servicio llevando el ánimo de un pronóstico favorable. A las 11 y ½ a. m. la dilatación aumentó 5 cm. y como los dolores se tornaron intensísimos, se administró una dosis prudente de heroína. Los dolores se regularizaron, la paciente reveló claramente que los dolores habían cambiado de localización, dejándose sentir en la región del fondo uterino; la dilatación completa se hizo a las 3 y 30 p. m. y el nacimiento del niño fue a las 4 y 20 p. m.— El alumbramiento natural a las 5 y 50 p. m. sin nada anormal que anotar. Todo el trabajo del parto prácticamente duró desde las 10 menos 10 a. m., hasta las 5 y 50 p. m. del día 28 de noviembre.

Altura del útero después de la expulsión del feto 25 cm. Altura del útero después de la expulsión de la placenta, 19 cm. Estado del aparato genital normal. El niño trajo circular al cuello. Licor amniótico abundante y lechoso. Distancia del borde de la placenta al borde de la rotura del corion 8 cm. Cordón 53 cm. inserción normal.

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

Puerperio normal.

El Síndrome de Schickelé corresponde al cuadro clínico de distocia uterina por disociación de la sinergía funcional, del profesor argentino **Peralta Ramos.** Es, pues, una distocia netamente funcional cuya etiopatogenia seguramente debe buscarse en la fisiología del útero cuando está en trabajo y cuando éste trabajo no es normal, pues, la sinergía funcional entre el cuerpo y el cuello uterino condiciona la fisiología normal del mecanismo dilatador.

"La sinergía funcional entre cuerpo y cuello significa la coordinación fisiológica, por la cual los elementos éxitoconstrictores del cuerpo uterino entran en acción motora, mientras que los elementos similares del cuello tienen una acción pasiva, es decir, sufren una inhibición. Si esta situación se modifica o se invierte se crea la distocia funcional en la que los elementos constrictores del cuello dominan el cuadro y hasta provocan la inhibición de los elementos contráctiles del cuerpo".

La rotura precoz de las membranas en este caso, no tiene por objeto acelerar el parto, como pasa en las multíparas, sino que se trata de distocia funcional, que en la mayoría de los casos se presenta en las primerizas, y cuya etiopatogenia, cuadro clínico, variedades y terapéutica han sido ampliamente expuestos por los profesores argentinos **Peralta Ramos, Borghi** y otros. En Santiago de Cuba el Dr. **Francisco Magrans Roca** se ha ocupado ampliamente de ésta distocia funcional.

En resúmen:

Se publica en el Perú el primer caso de síndrome de Schickelé;

La rotura de las membranas se hizo de modo deliberado;

El trabajo del parto, se transformó de lento y penoso, en acelerado y bonancible.

Conviene prestar atención al síndrome obstétrico descrito, para aplicar la terapéutica conveniente.

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

APUNTES DE SEMIOTICA ENDOCRINA

Por el Dr. ALEJO S. BRAUNE

Leer en la sintomatología de un enfermo en el trascurso del reconocimiento, el estado de funcionamiento de sus glandulas endocrinas y hallar en el mismo la causa primordial o coadjuvante de su enfermedad y aun el modo de ser y de reaccionar del mismo ante los diversos estímulos afectivos y medicamentosos con el objeto de poder proporcionar una terapéutica adecuada, es un ideal de la Semiología moderna.

La complejidad del problema, dados nuestros conocimientos actuales de Endocrinologia es grande. Sinergias funcionales, glandulas que han sido alteradas en su función para suplir o contrarestar los productos glandulares de una primitivamente afectada, vienen a complicar más el problema de intricamiento de una función en sentido de aumento y disminución ya constante ya sea transitoria (Inestabilidad tiroidea de L. Levi). Ante un desequilibrio pluriglandular deberíamos intentar averiguar cual fué la primera glándula que entró en disfunción, con el fin de poder efectuar una terapéutica eficaz. Recuerdo siempre con gusto las frase citada por **Parisot** en su libro de Endocrinología: Siempre que receto un preparado pluriglandular me recuerdo de una frase citada con ocación de una masacre célebre. "Dios reconocerá a los suyos". Desde luego un estudio del fondo de la cuestión es, dado el estado actual de nuestro conocimientos, muchas veces prácticamente imposible, por varios conceptos, entre ellos, no el de menor importancia, las molestias que se ocasionan al enfermo y los elevados dispendios que este estudio requeriría, debiéndonos limitar a reconocer por un exámen clínico detallado, los datos posibles que nos ilustren del estado de sus glándulas endocrinas.

Ahora bien, hay muchos síntomas que nos revelan estos defectos funcionales.

Desgraciadamente muy esparcidos por la literatura médica de diversos paises, y muchos que no han sido aceptados o que investigados han dado resultados francamente inconstantes. Desde luego el hallazgo de un síntoma aislado no nos permitirá, como en ninguna enfermedad, concluir absolutamente en un transtorno de determinada glándula.

Además, en el transcurso del exámen, muchos de los síntomas no se buscan por olvido. Este es el motivo principal de nuestro trabajo.

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

Con el objeto de que no me pasaran inadvertidos algunos síntomas en el transcurso del reconocimiento, pensé en realizar el presente trabajo, que no es completo, ni tiene la pretención de ser didactico, ni mucho menos, sino que lo califico simplemente como una ayuda para el Médico práctico, a quien espero le preste los mismos servicios que a mí.

MODO DE SER Y PRESENTARSE

Tímido: Hipotiroideo
Hipogenital
Apocado: Hipotiroideo
Hipogenital
Hiposuprarenal
Lento: Hipotiroideo
Hiperhipofisario
Rápido: Hipertiroideo
Seguro: Hipergenital
Hipersuprarenal

TIPO Y ACTITUDES

Característicamente femeninas
En el hombre: Hipogenital
Hipertímico
En la mujer: Hipertímico
Característicamente masculinas
En la mujer: Hiperovárica
Hipersuprarenal

ASPECTO GENERAL

Juvenil: Hipertiroidismo
Senilidad prematura: Hipotiroidismo
Macizo: Hiperhipofisario
Hinchado: Hipotiroidismo
Robusto brevilineo: Hipergenital
Longilineo, configuración elegante: Hipertiroideo
Atlético: Hipersuprarenal
Macrosomia infantil: Hipertímico
Hiperpineal
Síntomas de constitución degenerativa: Hipertímico
Parecido al Hipertímico: Hipohipofisario
Gracilidad, sutileza: Hiposuprarenal
Tendencia a encogerse de hombros: Hiperhipofisario
Compensación acromegaloide: Hipotiroideo (a veces)
Detención del desarrollo tímico con involución prematura: (Hipotímico), Hipotiroideo (a veces)

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

TALLA

Disminución de la talla: Hipotímico
Hipohipofisario juvenil
Disminución de la talla por inhibición del desarrollo longitudinal: Hipohipofisario de tipo Frohlich
Disminución de la talla por retraso de la aparición y por proliferación insuficiente de las células cartilaginosas de los huesos epifisarios: Hipotiroidismo
Talla eunucoide (enanos o grandes): Hipogenital
Enanismo: Hipotiroideo
Hiposuprarenal
Pequeños y de piernas largas: Hipogenital
Pequeños y de piernas cortas: Hipergenital
Grandes y de piernas largas: Hiperhipofisario
Gigantismo: Hiperhipofisario
Hipersuprarenal
Predominio del tronco, macroesplacnicos: Hipotiroideos
Predominio de las extremidades inferiores: Hiperhipofisarios
Anchura escapular y perímetro toráxico menores que anchura pelvis y perímetro pelviano
En el hombre: Hipogenitalismo

PESO

Aumento: Hipotiroidismo
Hipogenital
Disminución: Hipertiroidismo
Hiposuprarenal
Variaciones frecuentes: Hipertímico

DISTRIBUCION DE LA GRASA

Adiposis generalizada: Hipotiroidismo
Hiperpinealismo
Hipertímico (a veces)
Hiperhipofisario (a veces)
Hipohiposifario (Sindr. Lawrence Moon Biedl y Frohlich)
Adiposidad parcial: Hipogenital
Tipo eunucoide: Hipogenital
Tipo femenino: Hipohipofisario
Lipodistrofia progresiva tip. Barraquer-Simonds: Hipogenital
Adiposidad de tipo Rubens en la mujer: Hipogenital
Adiposidad localizada de preferencia en los genitales masculinos: Hipohipofisario de tipo Frohlich
Almohadilla de grasa suprapública: Hipogenital
Delgadez: Hiperhipofisario (a veces)
Hipopancreatismo

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

Hipoparatiroideo
Hiposuprarenal
Hipertiroideo
Hipertímico

Desaparición de la grasa: Hipohipofisario tipo Simonds

SISTEMA OSEO

Alteraciones:
Raquitismo: Hipotimico
Osteomalacia: Hipotimico
Fragilidad ósea: Hipotimico
Fracturas: Hipotimico
Retardo de puntos de osificación: Hipotimico
Osteosis: Hiperparatiroidismo
Recklinghausen ósea: Hiperparatiroidismo
Enf. de Paget: Hiperparatiroidismo
Reumatismo anquilosante: Hiperparatiroidismo

SISTEMA MUSCULAR

Predominio de los músculos sobre la grasa en la mujer: Hipersuprarenal

Predominio de la grasa sobre los músculos en el hombre: Hipogenital

Fuerza escasa: Hipohipofisario
Hipopancreático
Hiposuprarenal

Músculos delgados: Hiposuprarenal

Relajación muscular (Hombres serpientes o de goma) Hipertímico

Consistencia floja, pastosa de los músculos: Hipertímico

CRANEO

Grande: Hiposuprarenal
Hipergenital
Hiperhipofisario

Aumento relativo del diámetro posterior anterior: Hipertímico

Pequeño: Hipohipofisario

Cráneo pequeño especialmente diámetro transverso: Hipogenital

CARA

De luna llena (Gull): Hipotiroidismo

Cara estrecha y larga: Hipertiroidismo

Aspecto asustadizo: Hipoparatiroideo

Cara tetánica. (Boca de pez) (Risa sardónica) Hipoparatiroidismo

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

Biblioteca Mayor de San Marcos Lima - Perú

Facies de terror: Hipertiroidismo
Facies oscura, triste, delgada: Hiposuprarenal
Facies eunucoide o femenina: Hipogenital
Facies de sueño o acromegálica: Hiperhipofisario
Arrugas en el rostro, especialmente frontales, profundas: Hipotiroidismo
Pabellón de la oreja grande: Hiperhipofisario

CABELLO

Abundante, indomable, áspero: Hipotiroidismo
Secos, quebradizos, caen con facilidad: Hipotiroidismo
Erizado, caen con facilidad, crecimiento poco denso: Hipoparatiroidismo
Liso: Hipogenital
Grueso, fuerte, espeso: Hiperhipofisario
Zonas extensas de calvicie sobre la oreja y nuca: Hipotiroidismo
Canicie precoz: Hipertiroidismo
Calvicie prematura: Hipertiroidismo
Calvicie: Hipotiroidismo (a veces)
Escasos: Hipergenital
Calvicie precoz, especialmente temporal: Hipergenital
Caída o encanecimiento: Hipohipofisario tip. Simmonds
Caída o escasez: Hipohipofisario tipo Frohlich
Abundantes, rizados: Hipersuprarenal
Terminación del cabello en trenzas en la nuca, en el hombre: Hipogenitalismo (Marañon)
Terminación en la región zigomática con interrupción con la barba en el hombre: Hipogenital (Marañon)
Signo de V. Stein (Ausencia de entradas en los ángulos frontoparietales en el hombre) Hipogenital

OJOS

Exoftalmia, generalmente bilateral, a veces unilateral (Faure Beaulieu): Hipertiroidismo
Brillo intenso: Hipertiroidismo
Hendidura palpebral aumentada: Hipertiroidismo
Hendidura palpebral estrechada: Hipotiroidismo
Ojos grandes, de expresión dulce: Hiposuprarenal
Iris irregularmente pigmentados: Hipertimo
Pupila excéntrica: Hipertimo
Midriasis: Hipersuprarenal
Párpados hinchados y pendientes en el tercio externo: Hipogenital
Párpados engrosados, sacciformes: Hipotiroideo
Pigmentación periorbitaria: Hiposuprarenal
Hipertiroideo (Signo de Jellinek)

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

Signo de Hertoghe (Rarefacción de la parte superior de la ceja) Hipotiroidismo

Tumefacción palpebral (Signo de Senger): Hipotiroidismo

Signo de Grafe. (Al mirar hacia arriba o hacia abajo queda visible una parte de la esclerótica por encima de la córnea.): Hipertiroidismo

Signo de Sainton. (Al mirar hacia abajo puede haber un ascenso del párpado superior quedando visible la esclerótica): Hipertiroidismo

Signo de Mobius. (Debilidad de convergencia): Hipertiroidismo

Signo de Stellwag. (Falta de parpadeo involuntario): Hipertiroidismo (a veces hay parpadeo rápido)

Signo de Clifford (Dificultad de ranversar el párpado superior): Hipertiroidismo

Signo de Kocher (El párpado no sigue en su movimiento al ojo que siguen el dedo que se mueve de arriba a abajo): Hipertiroidismo

Signo del frontal (Joffroy) En la mirada hacia arriba no se contrae el frontal: Hipertiroidismo

Signo de Sattler (Aumento de la tensión intraocular): Hipertiroidismo

Signo de Loewi (Midriasis adrenalínica): Hipertiroidismo

Signo de Dalrymple (Al mirar el dedo colocado enfrente de los ojos, hay desviación del globo ocular hacia arriba y atrás): Hipertiroidismo

Signo de L. Levi (Pérdida del tercio externo de las cejas): Hipotiroidismo

Alteraciones de las reacciones pupilares: Hiperpinealismo

Signo de Argyll Robertson: Hiperpinealismo

Contracciones combinadas de los globos oculares: Hiperpinealismo

Parálisis musculares de los párpados: Hiperpinealismo

Lagrimeo o sequedad: Hipertiroidismo

Tics oculares: Hipoparatiroidismo

Esclerótica azul: Hipoparatiroidismo (Síndrome de Van der Howe)

Neuritis óptica con atrofía: Hipoparatiroidismo
Hipotiroidismo

Miopía: Hipoparatiroidismo (Falta)

Miopía después de los 50 anos: Hipopancreatismo

Hipermetropía: Hipersuprarenal

Hemianopsia bitemporal: Hiperhipofisis

Jaqueca oftálmica: Hiperhipofisis

Descenso de la presión ocular en los grandes hipertensos de orígen suprarenal (Richter): hipersuprarenal

Retinitis pigmentaria: Hipohipofisario (Síndrome de Lawrence Moon Biedl)

Retinitis hemorrágica: Hipopancreatismo

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

Blefaritis, orzuelos etc.: Hipopancreatismo
Keratitis intersticial de Hutchinson: Hipotiroidismo (Lues)
Cataratas: Hipotiroidismo
Hipertiroidismo
Hipopancreatismo
Hipoparatiroidismo
Hiperparatiroidismo
Hiposuprarenal
Hiperhipofisario
Catarata puberal, en relación con la glándula intersticial

CEJAS

Espesas: Hiperhipofisis
Sinofridia, Hipertricofidia: Hipergenital
Poco pobladas: Hipogenital
Caída de las cejas y pestañas: Hipohipofisario tipo Simmonds

NARIZ

Abultada, Cianótica: Hipotiroidismo
En cuchilla: Hipertiroidismo
Pequeña, pueril estenosada: Hipohipofisario
Prominente, gruesa, larga: Hiperhipofisario

MAXILAR SUPERIOR

Prognatismo: Hipofisario tip. Frohlich
Hipogenital
Pequeño: Hipohipofisario

LABIOS

Hinchados, Cianóticos: Hipotiroidismo

MAXILAR INFERIOR

Pequeño: Hipohipofisario tip. Fr.
Disminuído, con disminución de la mastoides: Hipertímico
Pequeño o grande exageradamente: Hipogenital
Desarrollado, Prognatismo: Hiperhipofisario

MEJILLAS

Llenas y colgantes: Hipotiroidismo

BARBA

Abundante: Hipergenital
Viril (en la mujer): Hipersuprarenal

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

Escasa: Hipogenital
Clara: Hipohipofisario tip. Fr.

CUELLO

Bocio: Hipotiroidismo
Bocio blando al principio, después duro, ruidos vasculares, no produce casi nunca síntomas de comprensión traqueal. A veces bocio retroesternal: Hipertiroidismo
Cartilago pequeño: Hipertímico
Tiroides aumentado: Hipertímico
Cuello breve grueso, tiroides no palpable: Hipotiroidismo
Signo de Marañon (Dermografismo pretiroideo): Hipertiroidismo
Signo de Lian (Hiperestesia pretiroidea): Hipertiroidismo
No pueden llevar el cuello ajustado: Hipertiroideo

TORAX

Región supraclavicular hinchada, grasosa: Hipotiroideo
Síndrome de Paltauf (Aumento timo. Aumento linfáticos) Hipertímico
Signo de Boggs y Jacoby (Matidez retroesternal mobil, sujeto en pronación): Hipertímico
Alargamiento del tórax: Hipertímico
Eminencia de las escápulas: Hipertímico
Costillas cervicales flotantes: Hipertímico
Pezón pequeño con pérdida de pigmento: Hipogenital
Mamas desarrolladas en el hombre: Hipogenital
Cifoescoliosis cervicodorsal: Hiperhipofisario
Clavículas, costillas y esternón engrosados: Hiperhipofisario
Pezones pequeños hundidos: Hipohipofisario tipo Frohlich
Lordosis lumbar: Hiperhipofisario
Signo de Brysson (Imposibilidad de dilatar el tórax): Hipertiroideo

ABDOMEN

Prominente. Meteorización intestinal por atonia: Hipotiroidismo

PELVIS

Ancha, tipo fausse maigre: Hipertiroidismo
Amplia en el: Hipertímico
Ancha en la mujer: Hipergenital
Ancha en el hombre: Hipogenital

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

GENITALES EXTERNOS

Insuficientemente desarrollados: Hipotiroidismo en la juventud
Hipohipofisario en la juventud
Atrofiados: Hipohipofisarios tipo enanismo hipofisario
Hipohipofisarios (Síndrome de Lawrence Moon Biedl)
Normales o disminuídos: Hipertímico
Hipertrofiados: Hipotiroidismo (a veces)
Anomalías en el desarrollo: Hiperpinealismo
Clitoris hipertrofiado: Hipersuprarenalismo
Macrogenitosomia precoz: Hiperpinealismo
Puede existir tumefacción de la mucosa uretral: Hipotiriodismo

EXTREMIDAD SUPERIOR

Ángulo del brazo con el antebrazo, manos en pronación
Hombre 173. 17
Mujer 167. 35
Acrocianosis: Hipotiroidismo

MANO

Larga y sutil: Hipogenital
Hipertiroidismo
Hipertímico
Varonil: Hiperhipofisario
Hipergenital
Ancha, de dedos gruesos, punta cuadrada: Hiperhipofisario
Larga o larga y ancha: Hiperhipofisario
Cónica, pequeña, mano mongloica: Hipohipofisario
Pequeña, blanda, dedos en punta (Vinci): Hipohipofisario tipo Frohlich
Infantil: Hipohipofisario tip. Fr.
Invernal, de cocinera, ensanchada en la punta, dedos toscos. gruesos, fría, dorso de la mano intensamente tumefacto: Hipotiroidismo
Fina, eritromelalgia: Hipertiroidismo
Angélica: Hipertímico
Polidactilia: Hipohipofisario (Síndrome de Lawrence Moon Bield)
De tocólogo, pulgar en abducción (Trousseau): Hipoparatiroidismo
Temblor, oscilaciones rápidas (8 á 9 por segundo): Hipertiroidismo
Uñas anchas, cortas, planas, acanaladas longitudinalmente: Hiperhipofisario
Con manchas blancas y alteraciones de las uñas, quebradizas y longitudinalmente estriadas: Hipotiroidismo
Frágiles y acanaladas: Hipoparatiroidismo

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

Anchas y fuertes: Hipergenital
Largas, relucientes, fuertes: Hipertiroidismo (pueden haber alteraciones)
Sabañones: Hipogenital
Calambres, dedo muerto: Hipoparatiroidismo
Enfermedad de Raynaud: Insuficiencia tiro - hipofisaria

EXTREMIDAD INFERIOR

En la mujer hay convergencia de las rodillas por mayor amplitud de la pelvis
Extensión tónica de la articulación de la cadera y rodilla con flexión plantar máxima y supinación del pie con encogimiento de los dedos. Espasmos de los adductores. Espasmos carpopedales: Hipoparatiroidismo
Acrocianosis: Hipoovarismo

PIES

Tobillos grandes, pies fríos de dorso túmefacto: Hipotiroidismo
Pie plano: Hipertimico
Pequeños, blandos, dedos en punta: Hipohipofisario tipo Fróhlich
Grandes, largos: Hiperhipofisario

PIEL

Delicada, aspecto reluciente: Hipertiroideo
Transparente: Hipogenital
Hipohipofisario tipo Fr.
Aterciopelada: Hipohipofisario
Hipertimico
Engrosada, arrugada: Hiperhipofisario
Tendencia a edemas: Hiposuprarenal, Hipertímico
Aparición de sombras, con líneas atróficas purpuroides: Hiperhipofisario
Pálida, cerea, tinte amarillento a moreno claro: Hipotiroideo
Pálida, hipomelanodermia: Hipertimico
Hipogenital
Hipohipofisario
Rosada: Hipertiroideo
Hipercrómica: Hiposuprarenal
A veces en el hipertiroidismo hay manchas de tipo Addissoniano en las cejas, cuello, pezón, línea alba y aún en todo el cuerpo, excepcionalmente en las manos.
Disminución de la capacidad regeneradora de los tejidos: Hipotiroidismo
Caliente: Hipertiroideo
Hipergenital

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

Hipersuprarenal
Fria: Hipotiroideo
Hipohipofisario tip. Fr.
Hipertimico
Húmeda: Hipertiroideo
Hipergenital
Seca: Hipotiroideo
Hiperhipofisario

Procesos inflamatorios crónicos, Sabañones, Eczemas, Esclerodermia, Ictiosis. Descama fácilmente: Hipotiroidismo

Eczemas: Hipoparatiroidismo

Vitiligo: Hiposuprarenal
Hipertiroideo

Urticaria y Prurito: Hipertiroideo
Hipogenital

Tendencia a piodermitis: Hipertimico
Hipopancreatismo

Gerodermia y atrofía: Hipohipofisario tipo Simmonds

Signo de Vigoroux positivo (Conductibilidad eléctrica aumentada) Hipertiroideo

Signo de Vigoroux negativo (Conductibilidad eléctrica disminuída) Hipotiroideo

Raya blanca de Sergent: Hiposuprarenal

Signo de Polonsky: Hiposuprarenal

Mercier señala la disminución o hasta supresión del Dermografismo doloroso en el Hipotiroidismo (Bing)

SUDORACION

Escasa: Hipotiroidismo
Hipohipofisario tip Fr.

Aumentada: Hipoparatiroidismo
Hipoovarismo
Hipertiroidismo (Sudores profusos y bruscos)

VELLO

Escaso: Hipotiroidismo
Hipohipofisario

Aumentado: Hipertiroidismo
Hipersuprarenal
Hipergenital
Hiperhipofisario (En las hembras y machos jóvenes, en los adultos al contrario).

Olor especial del vello axilar: Genital

Terminación especial del vello perineal y anal característico. (En el hombre se continúan sin interrupción, en la mujer la región anal está generalmente libre de vello) En caso contrario en el hombre: Hipogenitalismo

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

Caracteres femeninos de distribución del vello: Hipertimicos

BOCA Y DIENTES

Tumefacción de la mucosa bucal: Hipotiroidismo
Lengua gruesa: Hipotiroidismo
Hiperhipofisario
Aumento de los folículos de la base de la lengua (Signo de Shridde)
Hipoparatiroides
Hipertimico
Uvula grande, engrosamiento de las cuerdas vocales: Hiperhipofisario
Paladar ojival, adenoidismo: Hipohipofisario
Hipertímico
Dientes pequeños, mal implantados: Hipogenital
Diente frágiles, con defectos de esmalte: Hipopancreatismo
Hipoparatiroidismo
Hipertímico
Hipogenital
Hipohipofisario
Hipotiroideo
Dientes duros y descalzados: Hipergenital
Hipertiroideo (a veces son frágiles, con caríes)
Predominio de los Incisivos medios superiores: Hipertímico
Signo de Dobrowsky (Predominio de los incisivos medios superiores sobre los caninos (normal en la mujer) en el hombre: Hipogenital
Dientes muy separados: Hipohipofisario
los dientes superiores están más próximos entre sí en la mujer
Aparición prematura de los dientes: Hipohipofisario tipo Fr.
Caída temprana: Hipohipofisarios tipo Simmonds

APARATO DIGESTIVO

Inapetencia: Hipoparatiroidismo
Hipohipofisario tipo S.
Bulimia: Hipopancreatismo
Hipertiroidismo (a veces)
Vómitos: Hipertiroidismo
Hipoparatiroidismo
Hipohipofisarios tipo Simmonds
Gastritis hiperclorhídrica: Hipoparatiroidismo
Espasmos pilóricos: Hipoparatiroidismo
Ulcera gástrica: Hipoparatiroidismo
Dilatación gástrica: Hipoparatiroidismo (a veces retracción en esponja)

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

Hipoclorhidria: Hiperhipofisario
Anaclorhidria: Hipohipofisario tipo Simmonds.
Inhibición de la secreción de jugo gástrico: Hiperhipofisario
Deglución laboriosa: Hipertímicos
Mala digestión de las grasas, mal gusto de boca: Hipohepático
Enteritis mucomembranosa: Hipotiroideo
Constipación: Hipotiroidismo
Hipotímico
Diarreas: Hipertiroideo
Alternativas de estreñimiento y diarrea: Hiposuprarenal
Visceroptosis: Hipertímico
Hipohepático (Prueba de Glénard)
Esplacnomegalia: Hiperhipofisarios
Esplacnomicria: Hipohipofisarios tipo Simmonds
Contracciones vesiculares: Hipoparatiroidismo
Insuficiencia pancreática: Hiposuprarenal

APARATO CIRCULATORIO

Alteraciones del miocardio, tonos débiles, pulso lento, dilatación de ambas mitades: Hipotiroidismo
Rapidez de circulación aumentada. Taquicardias. Hipertiroidismo (La taquicardia no mejora o aún a veces se exagera con el reposo)
Eretismos: Hipertiroidismo
No hay arritmia respiratoria: Hipertiroidismo
Excitabilidad vasomotriz, palidez, enrojecimiento, oleadas de calor: Hipertiroidismo
Fibrilación auricular, síntoma de desfallecimiento cardiaco: Hipertiroidismo
Taquicardia (120 - 140) Fenómenos angioespásticos, Corazón dilatado: Hipoparatiroidismo
Dolores estenocardiformes, Corazón en forma de gota: Hiposuprarenal
Corazón aumentado de tamaño: Hiperhipofisario
Pulso lento: Hipohipofisario
Presión arterial disminuída: Hipotiroideo
Hiposuprarenal (a veces aumentada)
Hipertímico
Hipohipofisarios tipos Fr. y S.
Presión arterial aumentada: Hiperhipofisario lóbulo posterior
Síndrome suprareno vascular de Josue (Hipertensión, Hipertrofia cardiaca, edema agudo del pulmón, ateroma, glucosuria) Hipersuprarenal medular
Aumento de la Presión arterial media de la pierna al pasar de la posición echada a la de pie después de las comidas: Hiposuprarenal.

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

Corazón pequeño o dilatado secundariamente, miocardio con elementos linfoides. Degeneración grasosa frecuente, Vasos estrechados: Hipertimo

Electrocardiogramas

R disminuído T aumentado: Hipoparatiroideos

Disminución o debilitación de las ondas auricular y terminal: Hipotiroidismo

Presión diferencial aumentada

Mx. aumentada

Mn. igual o disminuída: Hipertiroidismo (no siempre)

Latidos que se transmiten a la cabeza simulando el signo de Musset de la Insuficiencia aórtica: Hipertiroidismo

Indice oscilométrico aumentado (Lian): Hipertiroidismo

Ateromatosis: Hipotiroidismo

Tendencia a Arterioesclerosis: Hiposuprarenal
Hipertímico

Varices: Hipotiroideo
Hipertímico

Signo de Novak (Presencia de redecillas venosas y de venillas ectásicas): Hipoovarismo

El fenómeno de Rumpell-Leede da erosiones: Hipoovarismo

Normalmente hay caída de la T. A. y disminución notable de la frecuencia del pulso en la época premenstrual. Falta en el: Hipoovarismo

Coagulaciones intravasculares: Hipertímico

Hemorragias espontáneas: Hipertímico

SISTEMA LINFATICO

Aumento de las amígdalas: Hipertiroidismo
Hipertímico

Aumento del timo: Hipertiroidismo
Hipertimo

Aumento del Bazo: Hipertiroidismo
Hipertimo (no constante)
Hiperhipofisario

APARATO RESPIRATORIO

Respiración irregular, acelerada: Hipertiroidismo

Aumento de frecuencia: Hipoparatiroidismo

Respiración de Biot: Hiposuprarenal

Difícil, entrecortada: Hipertímico

Disnea, hasta asma: Hipertiroidismo
Hipertímico

Paroxismos de asfixia: Hipertímicos (Respiran mejor echando la cabeza atrás)

Cianosis: Hipertímicos

Tos nerviosa, seca, molesta: Hipertiroideos

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

Espasmos laringeo y bronquial: Hipoparatiroidismos graves
Tos: Hipertímicos
Voz atiplada: Hipertímicos
Signo de Rihn (Tumefacción de la foseta supraesternal en el máximo inspiratorio): Hipoparatiroidismo
Maniobra d' Espine (Diferenciación del Hipertimo con la hipertrofia de los ganglios mediastíncos. Escuchando la voz cuchicheada por debajo de la 7 a. V. c. positiva en la hipertrofia de ganglios mediastínicos.
Laringe masculina más desarrollada. Voz profunda: Hipersuprarenal
En el hombre voz grave, de bajo a tenor
En la mujer voz aguda de soprano a contralto
Frecuencia de infecciones de las vías aéreas superiores: Hipohipofisaric tip. Fr.
Hipotiroideo
Hipoparatiroideo
Hipertimico

SEXUALIDAD

Función genésica limitada en los adultos: Hipotiroidismo
Decadencia de la libido: Hipertiroidismo
Hiposuprarenal
Hipogenitalismo
Hiperhipofisario
(A pesar del aspecto aparente de aumento se observan siempre alteraciones histológicas en los genitales).
Hipohipofisario (a veces no)
Desaparición de la libido heterosexual: Hipersuprarenal
Libido aumentada: Sindrome suprareno genital de Josue: Hipersuprarenal cortical
Macrogenitosomia precoz: Hiperpinealismo
Inversión sexual: Hipertimico
Hemorragias menstruales profusas, continuadas de aparición prematura: Hipotiroidismo
Menstruaciones irregulares: Hipertiroidismo
Menstruaciones escasas y dolorosas: Hipertimico
Hipoovarismo
Amenorrea: Hipersuprarenal
Hiperhipofisario
Hipoovarismo
Aparición de calostro: Hiperhipofisario (a veces)
Caracteres sexuales secundarios
Masculinos: Libido hacia la mujer. Orgasmo rápido, aptitud fecundante
Instinto de actuación social.
En caso de disminución o ausencia: Hipogenitalismo

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

Femeninos: Libido hacia el hombre, Orgasmo lento, aptitud concepcional, Instinto de maternidad.
En caso de disminución o ausencia hay disovarismo (hiper o hipo)

ESFERA PSIQUICA

Caracter débil: Hipohipofisario
Agresividad: Hipersuprarenal
Caprichoso: Hipertimico
Irritabilidad: Hipertiroideo
Hiposuprarenal
Indiferentes, apáticos, flemáticos: Hiperhipofisarios
Lentos, apáticos, flojos: Hipohipofisarios tipo Fróhlich
Hipotiroidismo
Abatimiento general: Hipohipofisarios tipo Simmonds
Hiposuprarenal
Adinamia, pereza, somnolencia: Hipogenital
Hipotiroideo
Incapacidad de concentración: Hiperhipofisarios
Lentitud mental, Autoinhibición: Hiperhipofisarios
Pereza intelectual: Hipotiroideo
Inteligencia escasa: Hipohipofisario (Sindrome Lawrence Moon Biedl)
Idiocia: Hipertimico
Hipotiroideo
Hipohipofisario (Sindr. L. M. B.)
Inteligencia práctica a veces elevada: Hipogenital
Inteligencia a veces aumentada: Hiposuprarenal
Voluntad fuerte aunque flaqueando a veces: Hiposuprarenal.
Buena capacidad de comprensión, Orgullo: Hipohipofisario tipo Fr.
Inteligencia viva: Hiposuprarenal
Alteraciones intelectuales, Rareza: Hipohipofisario tipo S.
Inteligencia crítica elevada, Memoria muy desarrollada: Hiperhipofisario
Afectividad infantil: Hipotiroideo
Incontinencia de ideas, excitación maniaca o depresiva: Hipertiroideo
En la mujer hay normalmente
Mayor sensibilidad para los estímulos afectivos
Menor capacidad para la labor abstracta
Menor capacidad para la impulsión motora
Según Klippell (Bing) hay una encefalopatía addissoniana que tiene su asiento en el lóbulo frontal

SISTEMA NERVIOSO

Lentitud de reflejos: Hipotiroidismo

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

Aumento de reflejos: Hipertiroidismo

Hiperirritabilidad neuromuscular: Hipoparatiroideo

Excitabilidad eléctrica disminuída: Hipotiroidismo

Reflejos profundos disminuídos: Hiposuprarenal

Signo de Lust (Estímulo de n. peroneo aumentado): Hipoparatiroides

Signo de Hoffmann (Est. del n. radial sobre corredera bicipital) aumentado: Hipoparatiroides

Signo de Chvostek 1.—(Golpeando la región delante del conducto auditivo hay espasmo de la región facial y frontal): Hipoparatiroidismo

Signo de Chvostek 2.—(Reaccionan los músculos del ala de la naríz y boca): Hipoparatiroidismo

Signo de Chvostek 3.—(Reaccionan únicamente los músculos de los labios) Hipoparatiroides

Signo de Schlessinger o del tibial: Hipoparatiroides (Además excit. refleja)

Fenómeno de Trousseau. (Al comprimir el brazo se produce un ataque de tetania típico): Hipoparatiroides

Signo de Falta y Kahn (Al comprimir el brazo para el signo de Trousseau hay anemia intensa de los dedos): Hipoparatiroidismo.

Signo de Kashide (Hiperexcitabilidad térmica): Hipoparatiroides

Signo de Erb (Aumento de la excitabilidad eléctrica): Hipoparatiroides

(Hay impresión auditiva al paso de una corriente galvánica de débil intensidad): Hipoparatiroidismo

Fenómeno de Schlessinger: (Igual al Trousseau en la pierna, al doblar la pierna extendida por la articulación de la cadera) Hipoparatiroidismo

Fenómeno de Pool (Producción de contracciones típicas al tirar fuertemente del brazo extendido verticalmente): Hipoparatiroidismo

Signo de Weiss (Como el Chvostek, pero percutiendo el ángulo externo de la órbita, hay contracción del facial superior): Hipoparatiroides

Fenómeno de los labios (Percutiendo la mucosa bucal se contrae el orbicular de los labios, hace hocicos): Hipoparatiroidismo

Estados de espasmofilia de Heubner Jenare o estados tetanoideos de Escherich: Hipoparatiroidismo

Ganglios espinales y nervios periféricos hipertrofiados: Hiperhipofisis

Transtornos del gusto y olfato: Hipotiroidismo

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

Dolores óseos, articulares, musculares, reumatoideos: Hiperhipofisis
Hipoparatiroides
Hipogenital

Neuralgias: Hiposuprarenal

Parestesias, sensaciones dolorosas de estiramiento especialmente de las extremidades inferiores: Hipoparatiroides
Hiperhipofisis
Hipotiroideos

Cefáleas: Hiperhipofisis
Hipohipofisis tip. Fr.
Hipogenital
Hipotiroideo
Hiperpineal

Tendencia a la fatiga y debilitamiento: Hiperhipofisis
Hiposuprarenal
Hipopancreatismo
Hipotiroideo
Hipogenital

Temblor: Hipoparatiroideo
Hipertiroideo

Aumento de contracciones musculares: Hiperhipofisis

Convulsiones tónicas y clónicas: Hipoparatiroidismo

Contracciones fibrilares tronco y extremidades: Hipoparatiroides

Ataques seudo epilépticos: Hipoparatiroides

Contracciones con cosquilleo: Hipoparatiroides

Contracciones musculares, especialmente extremidades inferiores, Ataques de temblor: Hipertimicos

Inquietud motora, vacilación de las piernas: Hipertiroideo

Insomnio: Hipertiroideo

Jaqueca: Hipotiroidismo

SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO

Hiposimpaticotonia: Hipotiroidismo
Hiposuprarenal

Hipovagotonia: Hipertimico (a veces hipersimpaticotonia)

Simpaticotonia: Hipersuprarenal medular
Hipopancreatismo
Hipertiroidismo (Eppingery Hess dividieron los hipertiroideos en simpaticotónicos y vagotónicos)

Hipervagotonia: Hipertimico (a veces)
Hipogenital
Hipohipofisario lob. posterior

Aumento de la receptividad ante estímulos vagotropos y simpaticotropos: Hipoparatiroidismo

Reflejo óculo cardiaco exagerado: Hipotiroidismo completo

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

Bassedow, tipo vagotónico
invertido: Hipotiroidismo frustrado
normal: Hipertiroidismo (a veces)
Líquido céfalo raquídeo
Calcio disminuído: Hipoparatiroidismo

SANGRE

Coagulabilidad aumentada: Hipotiroidismo
Hiposuprarenal
Hipertimico
disminuída: Hipertiroidismo
Hipoparatiroidismo
Hipogenital
Viscosidad aumentada: Hipotiroidismo
disminuída: Hipertiroidismo
variable: Hipoparatiroidismo
Viscosidad específica en relación con las albúminas sericas (Método de Hellwig y Neuscholtz, constatación de la mayor o menor viscosidad por el aumento o disminución de las substancias proteicas en el suero, Normal de 0.96 a 1.04)
Aumentada: Hipotiroidismo
Disminuída: Hipertiroidismo
Valor refractométrico
Aumentado: Hipotiroidismo
Disminuído: Hipertiroidismo
Punto crioscópico
Aumentado: Hipotiroidismo
Disminuído: Hipertiroidismo
Función fagocitaria disminuída: Hipotiroidismo
Función antitóxica aumentada: Hipertiroidismo
Reacción anafiláctica: Hipotiroidismo
Hipertiroidismo
Cuadro hemático leucocitario, tipo constitucional degenerativo (Disminución de Neutrófilos con aumento de Linfocitos, monocitos y eosinófilos) (No constante ni específico): Hipotiroidismo
Hematies
Disminuídos: Hipotiroidismo
Hipertiroidismo
Hipertimicos
Hiperhipofisis lóbulo posterior
Hiperhipofisis tipo Frohlich
Hiposuprarenal
Aumentados: Hipoparatiroides (mas de 7 000 000)
Hipogenital
Eritrosedimentación aumentada: Hipotiroidismo
Eritrocitos grandes, aparición de nucleados: Hipotiroidismo (Vaquez)
Aumentada: Hipogenital

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

Disminuída: Hipohipofisario Tip. Fr.
Hipertimo (a veces)

Leucocitos
Disminuídos: Hipertiroidismo
Hipotiroidismo
Hipohipofisarios tip. Fr. y S.
Aumentados: Hiposuprarenal

Aparición de formas juveniles: Hipotiroideos
Hiposuprarenal

Eosinófilos aumentados: Hipotiroideos
Hiposuprarenal (con leucopenia)
Hipertimicos (no siempre)
Hipohipofisarios lóbulo posterior
Hipohipofisarios tip. Fr. (a veces)
Hipohipofisarios tipo S.
Hiperhipofisarios
disminuídos: Hipogenital

Neutrófilos
disminuídos: Hipertiroidismo (con leucopenia)
Hipohipofisario tip. Fr.
Hipotiroidismo
Hipertimicos
aumentados: Hipoparatiroidismo
Hipohipofisario lob. post.
Hiperhipofisario

Linfocitos
absoluta y relativamente aumentados: Hiposuprarenal
Hipertimicos
aumento relativo a veces: Hipohipofisis tip. Fr.
Hipertiroidismo
Hipotiroidismo

Monocitos
aumentados: Hipotiroideos
Hipertimico
Hipoparatiroides
Hipogenital
Hipohipofisario lob. posterior
Hipohipofisario lob. anterior
Hiposuprarenal
Hipohipofisario tip. Fr. (a veces aum. relativo).

QUIMICA DE LA SANGRE

Signo de Slosse (Aumento de N. en el suero): Hipotiroidismo
Aumento de substancias proteicas en el suero: Hipotiroidismo
Disminución de substancias proteicas en el suero: Hipertiroidismo

Glucemia
Normal: Hipotiroidismo

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

Aumentada: Hipopancreatismo
Hipersuprarenal
Hiperhipofisis lob. post.
Hipertiroidismo
Disminuída: Hiposuprarenal
Hiperpancreatismo
pH. igual o aumentado: Hipoparatiroidismo
aumentado (Acidosis) Hipopancreatismo
disminuído (Alcalosis): Hipoparatiroidismo
(se transforma en acidosis antes de la muerte)
Reserva alcalina disminuída: Hiposuprarenal cortical
Hipertiroidismo (Puede ser normal en el suero, pero siempre está disminuída en los glóbulos (E. Cantilo).
Acido láctico aumentado: Hipertiroidismo
Yodo aumentado (Fotoseroreacción de Kottmann) Hipertiroidismo
disminuído: Hipotiroidismo
Lipemia aumentada: Hipopancreatismo
Azufre disminuído: Hipopancreatismo
Hiposuprarenal
Guanidina aumentada: Hipoparatiroidismo
Amoniaco aumentado: Hipoparatiroidismo
Calcio disminuído: Hipoparatiroidismo
Fósforo aumentado: Hipoparatiroidismo
Potasio aumentado: Hipoparatiroidismo
Balance Fósforo y Calcio alterado: Hiposuprarenal
Acido úrico aumentado: Hiperhipofisario
normal: Hipohipofisario tip. Fr.
Adrenalina (Método de Ehrmann y Trendlenburg)
aumentada: Hiperovarismo
disminuída: Hipoovarismo
Hormona ovárica (Método de Frank y Goodberger)
aumentada: Hipersuprarenal medular
disminuída: Hiposuprarenal medular
Reacciones serológicas
Test de Berkeley Desviación de complemento
Test de Pregl de Crinis
Sinforeacción y Enzimoreacción de Sivori y Rebaudi

ORINA

Disminuída: Hipotiroideo
Hiposuprarenal
Hiperhipofisis (a veces aumentada)
Aumentada: Hipopancreatismo
Peso específico aumentado: Hipotiroideo
Hipoovarismo (1.028 a 1.038)
Hipopancreatismo

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

disminuído: Hiperhipofisario (a veces) Diabetis insípida
Urea aumentada: Hipopancreatismo
Acido úrico disminuído: Hipertiroideo
Hipohipofisario tip. Fr.
aumentado: Hiperhipofisario
Calcio aumentado: Hipertimico
Hipertiroidismo
disminuído Hipoparatiroides
Hipogenital
S. aumentado: Hipoparatiroides
Hiposuprarenal
Guanidina aumentada: Hipoparatiroides
Oxaluria: Hiperhipofisis
Hipotiroidismo
Dextrinuria: Hiperhipofisis (Armindle)
Hipopancreatismo
Glucosuria: Hipopancreatismo
Hiperhipofisis (a veces)
Cetonuria: Hipopancreatismo
Fosfatos aumentado: Hipertiroidismo
disminuídos: Hipoparatiroidismo
Amoniaco aumentado (a expensas de la Urea): Hipoparatiroidismo

Como diferenciación de la diabetis insípida de peso específico bajo con otras formas tenemos la Prueba de la sed, (Reducción gradual hasta supresión total de los líquidos, la cantidad eliminada es siempre superior a la ingerida, la sangre conserva su cloremia normal). La prueba de la concentración de NaCl (10 gramos de cloruro sódico aumenta la diuresis, el p.e. no aumenta, el Cl. aumenta). Prueba de Korany con el refractómetro de Pulfrich índice de refracción del suero antes y después de un período de sed. El aumento del mismo indica diabetis insípida. La prueba de Meyer con la teocina (Aumenta el p. e. de la orina en la nefritis intersticial)

TERMOGENESIS

Aumento de temperatura: Hipopancreatismo
Hipoparatiroidismo
Hipersuprarenal
Hipergenital
Hipertermia paradójica (Temperatura axilar mayor que bucal o rectal) Hipertiroidismo
Disminución de la temperatura: Hipogenital
Hipohipofisario lob. post.
Hiperhipofisario
Hipohipofisario tipos Fr. y S
Disminución de la temperatura con disminución de la facultad de regulación: Hipotiroidismo (Parece recuperarse)

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

Termoreacción de Cushing (La temperatura se eleva después de una inyección de 1 c.c. de extracto de lob. anterior de hipofisis: Hipohipofisario anterior

Sensación de frío: Hipotiroidismo

Prueba de la Diatermia (Plastzek y Scapensky)

hace subir el Metabolismo basal: Hipotiroidismo

hace descender el Metabolismo basal: Hipertiroidismo

METABOLISMO

Metabolismo basal aumentado: Hipertiroidismo
Hiperhipofisario lob. posterior
Hipoparatiroideo (a veces igual)
Hiposuprarenal (a veces variable)
Hiperpancreático

disminuído: Hipotiroidismo
Hipogenital
Hipohipofisario tip. Fr. (a veces igual)

Acción específico dinámica de los alimentos
aumentada: Hipertiroideos
disminuída o retrasada: Hipohipofisarios tip. Fr.

Descenso del aumento de los cambios respiratorios después de la ingestión de alimentos. Característico de: Hipohipofisario

Metabolismo de las grasas aumentado: Hipertiroidismo
Hipersuprarenal

disminuído: Hipotiroidismo
Hiposuprarenal

Disminución del metabolismo de agua y sales: Hipotiroideo
Hipohipofisario tipo S.

Disminución de la eliminación de agua: Hipotiroidismo
Hipoparatiroidismo

Aumento de la eliminación de agua: Hiperhipofisis lob. post.

Sensibilidad a la falta de Oxígeno disminuída: Hipotiroidismo

Consumo de Oxígeno disminuído: Hipohipofisario tip. Fr. y S.
tendencia al aumento: Hiperhipofisarios
ligero aumento durante el trabajo: Hipertiroidismo (3,9 en vez de 2, 7)

Tolerancia a los Hidratos de Carbono. Signo de M. Labbé

Aumentada: Hipohipofisis tip. Fr.
Hiposuprarenal
Hipotiroideo

Disminuída: Hiperhipofisis (en 25 % de casos hay glucosuria)
Hipoovarismo (pasajeramente)

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

Hipersuprarenal
Hipertiroideo
Hipoparatiroideo
Hipopancreático

Las purinas son eliminadas con disminución o con retraso: Hipohipofisis tip. Fr.

No metilizan el ácido guanidinacético para transformarlo en creatinina: Hipotiroidismo

Eliminación de Urea disminuída: Hipotiroidismo
Hiperhipofisis (por lesión hepática)
aumentada: Hiperhipofisis
Hipopancreatismo

Eliminación de amoniaco aumentada: Hipotiroidismo
Balance Urea y ácido úrico aumentados: Hiposuprarenal
Retención Ph. Hipotiroideos
Hiperhipofisarios
Retención Ph. disminuída: Hipoovarismo
Eliminación Ph. aumentada: Hipertiroideos
Eliminación Ca. aumentada: Hipertiroideos
Hipertimicos
Hipoovarismos
disminuída: Hiperovarismo
Retención de Cloro: Hiperhipofisis
Hipohipofisis
Hipotiroideos
Hipoparatiroideos
Eliminación de Cloro aumentada: Hipogenitalismo
Eliminación de Mg. aumentada: Hipoovarismo
Creatinina disminuída: Hipotiroidismo
Colesterinemia aumentada: Hipersuprarenal cortical
disminuída: Hiposuprarenal cortical

PRUEBAS FARMACODINAMICAS

Reacción a la pilocarpina aumentada: Hipotiroidismo
Hipoparatiroidismo
Hipertimico
Hipertiroideo (a veces)
Reacción a la adrenalina aumentada: Hipertiroidismo (a veces)
Hipopancreatismo
Hipoparatiroidismo
disminuída: Hipotiroidismo
Hiposuprarenal
Hipohipofisario tip. Fr.
Reacción a la atropina: aumentada: Hipersuprarenal
disminuída: Hipertimico
Hipotiroidismo

Prueba de Volhard retardada: Hipotiroidismo

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

Prueba de Bram (Tolerancia a la quinina) Positiva: Hipertiroidismo

Refractarios a los estímulos febriles: Hipotiroidismo

Prueba de la Adrenalina y Efedrina. (Normalmente hacen subir la presión igual una que otra, en el hipertiroidismo la efedrina es inactiva para la persona)

Test de Benedikt (Tolerancia a los H. de C.)
aumentada: Hipotiroidismo
disminuída: Hipertiroidismo

Test de Rudinger (Recambio nitrogenado aumentado): Hipertiroidismo

Signo de Sloss (Nitrógeno aminado disminuído con aumento de la eliminación de la urea amoniacal): Hipertiroidismo

Prueba de la Glucosuria floridzinica: Hipertiroidismo (Grote)

Prueba de Comesatti (Adrenalina sanguínea):
Hipopancreatismo
Hiposuprarenal medular

Signo de Noel Patou y Findlay (Guanidina aumentada):
Hipopancreatismo
Hiposuprarenal medular

Oftalmoreacción de Lœwi (Instilación de adrenalina)
aumentada: Hipertiroidismo
Hipopancreatismo

Signo de Parisot Richard (Inyección de tiroides)
Pulso igual o lig. aumentado
P.ar. Mx. igual; Mn. disminuída: Hipotiroidismo
Pulso disminuído, 10, 20 o 30 pulsaciones
P.a. Mx disminuída Mn. igual
R. O. C. que estaba aumentado se convierte en normal: Hipertiroidismo
Negado por Gilbert Dreyfus

Signo de Clude, Bernard y Piedelievre (Hipofisis y adrenalina)
P. a. Mx. disminuída
Pulso igual: Hipotiroidismo
P. a. Mx. aumentada (Adrenalina)
Pulso aumentado: Hipertiroidismo
Glucosuria 40 — 75 gramos
P. a. Mx. disminuída (Hipofisis)
Pulso disminuído
Glucosuria 5 — 15 gramos: Hipertiroidismo

Prueba de Porak
Disminución de Mx. y Mn.
Disminución de pulso
Glucosuria: Hipertiroidismo

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

Tensión aumentada
Falta glucosuria: Hiposuprarenal
Presión disminuída
No modifica pulso
Falta glucosuria: Hipotiriodismo
Prueba de Goetsch: Inyección de adrenalina
Mancha blanca, redondeada, con areola roja: Hipertiroidismo
Prueba del tiroides de Harrower: Hipertiroidismo
Prueba de Block (Prueba de Goetsch con estudio del R. O. C. y la glucosuria): Hipertiroidismo
Reacción a la pituitrina aumentada: Hipertiroidismo
disminuída: Hiposuprarenal
Hipertimico
Hiperhipofisario
Prueba de Czepal (Instilación de pituitrina en el ojo, anemia) positiva: Hiperhipofisario
Método de Błock (Capilaroscopia después de inyección de extractos glandulares)
Prueba del nitrito de amilo. (Técnica Josue Gadleworsky)
Aceleración de la respiración, reacción primaria de hipotensión con hipertensión secundaria:
Hipersuprarenal
Hipertiroidismo
Prueba de Ascoli y Fagucoli: Adrenalina en inyección intradérmica
Termoreacción de Fránkl Hochwart (Igual a la de Cushing, vease Termogenesis)
Aumento de la temperatura de 1 a 3 grados con la inyección de 1 c. c. de lóbulo posterior de hipófisis: Hipohipofisarios

Hemodiagnóstico

Normalmente la inyección de lóbulo posterior de hipofisis da leucocitosis ligera con aumento de N y después aumento de Monocitos y eosinófilos
No hay reacción: Hipohipofisarios
Pruebas intradérmicas de Leone. (variables)

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

Biblioteca Lima-Perú

CODIGO DE MENORES

Disertación sostenida en el Rotary Club de Lima

Por el Dr. **CARLOS A. BAMBAREN**

El siglo actual se ha denominado, con acierto, el siglo del niño; se explica así el interés superlativo de los pueblos cultos, de defender a la infancia de todos los peligros que la acechan y de canalizar técnicamente los aprestos que se hacen con ese fin. En este empeño unen sus esfuerzos juristas, médicos y trabajadores sociales, buscando la manera de hacer práctica y llevar a buen término las doctrinas que se preconizan para protejer al niño.

En la vida jurídica de las naciones, el Código de Menores aparece como una de sus últimas manifestaciones legislativas. Se comprueba en todas partes que el Código de protección al niño, sólo se dicta en nuestros tiempos, después de otras leyes que reglan la convivencia humana.

En el Perú, con motivo del VI Congreso Panamericano del Niño, celebrado el año 1930 se expresó, por primera vez, la necesidad de un Código de Menores. En 1918 se dictó una ley con finalidad circunscrita, que tutela el trabajo de la mujer y el niño. el Código Penal de 1924 creó el régimen de menores, estableciendo juzgados especiales. A primera vista asombra que para proteger al niño, se hubiese buscado el Código Penal, pero hay que reconocer que los codificadores, poniendo su capacidad técnica y sus corazones, plantearon por primera vez, entre nosotros, el fuero especial que conviene al niño, cuando se le juzga o tutela.

La iniciativa de 1930 sólo ha podido convertirse en realidad, en el mes de agosto de 1933, gracias a la comprensiva inteligencia del Dr. **Daniel Olaechea,** Ministro de Justicia, quien obtuvo del Sr. Presidente de la República el Decreto Supremo que nombra la Comisión que ha de redactar el Código de Menores.

El acontecimiento no se ha subrayado como merece; en el ambiente técnico ha merecido elogios justificados, pero en el ambiente profano no ha aparecido la más leve exteriorización emotiva. Es que en el Perú se declama mucho sobre protección a la infancia, pero se desconoce la existencia de un nuevo Derecho, de aquel que consagra los Derechos del Niño.

El Rotary Club de Lima tiene motivos justificados para interesarse por el Código de Menores, pues hay que recordar que por su sugerencia existe el artículo 52 de la nueva Constitución,

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

según el cual se declara que "es deber primordial del Estado, la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia".

El Código de Menores es una ley que al reconocer los Derechos del Niño, canaliza y orienta su protección. Al dar estas pautas, señala su "amparo integral", es decir, que incluye a la madre dentro de la tutela.

El **nacituro,** el recien nacido, el lactante, el puericio, el impuber, el puber y el adolescente, requieren protección y tutela, porque durante todo el tiempo que dura su crecimiento para llegar a la edad adulta, se encuentran en estado de inferioridad respecto a los demás miembros del agregado social. Durante el recorrido de esta parte de su vida debe estar en el hogar, recibiendo el influjo provechoso del afecto maternal; de ahí que sea necesario la protección de la madre también.

El Código de Menores tiene, pues, que puntualizar la protección del binomio madre e hijo, defendiendo a toda costa el Hogar y declarando que el niño tiene derecho a vivir siempre con su madre, de la que no debe separársele sino en casos excepcionales y siempre previstos por la ley.

La Medicina Social cuando se ocupa de la protección a la madre, dirige sus miradas a la **madre soltera** y cuando trata del niño se refiere al **hijo ilegítimo,** según expresión consagrada por el Derecho Civil clásico, que olvida que la legitimidad sólo debe basarse en razones biológicas y no en las resultantes del matrimonio. Es la madre soltera y el hijo ilegítimo los que necesitan protección, porque éste y aquélla se encuentran en condiciones propicias para sufrir la influencia de todos los factores del medio ambiente, que en alguna forma pueden aminorar sus resistencias biológicas, sus capacidades morales. Urge defenderlos, porque son los más necesitados en la Sociedad, ya que la vida instintiva se enseñorea en las clases más numerosas y como consecuencia vienen niños, cuyos padres no conciben las obligaciones que dimanan de la fecundación de una mujer.

El **amparo integral** al niño que debe puntualizar el Código de Menores, asegurará a la madre todos los elementos que necesite durante el embarazo, en el momento del parto y después de él, a fin de garantizar la supervivencia de ambos, que necesitan protección, casualmente por ser madre soltera e ilegítimo el hijo.

Los **"derechos familiares"**, deben ingresar al Código de Menores, porque ellos deben poseer como meta legal la protección del niño. El reconocimiento de la paternidad, la patria potestad, el suministro de alimentos, etc., son otras tantas cuestiones que deben segregarse del Código Civil y pasar al Código de Menores, porque en el régimen tutelar del niño, se aplica el Derecho teniendo en miras, principalmente, la protección de la infancia.

El Perú necesita incorporar a su jurisprudencia administrativa el "Código de los Derechos del Niño", que se dictó en Ginebra en 1924 y haciéndolo así, transformar sustancialmente el fondo y la forma de la protección de la infancia en estado de peligro moral, material y social. No es posible que persistan por más

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

tiempo los apelativos de niños huérfanos, abandonados, delincuentes, etc.; todas estas denominaciones deben desaparecer, para que sólo exista el vocablo sublime de **Niño,** al cual amparará sus derechos y cautelará sus intereses el Código de Menores.

El Código de Menores tendrá que definir con exactitud todo lo que se refiere a la adopción, no con el criterio del Código Civil de proteger los derechos sucesorios, sino con el fin de crear una nueva figura jurídica, la **semiadopción,** que sin preocuparse de sucesiones, consiga evitar que acontezca lo que hoy sucede, pues, con frecuencia después de sacar al niño del "estado de peligro", se le coloca en "estado de servidumbre".

Las vinculaciones entre la madre y el hijo, tienen que defenderse y mantenerse vivamente en el Código de Menores; mientras no exista razón en contrario, el hijo debe permanecer con su madre, porque es el hogar el que mantiene el fuego espiritual y ético de que tan necesitada está la humanidad del porvenir. Cuando existan algunos factores que pueden perturbar el normal desarrollo del niño, la **libertad vigilada** será la forma en que el niño permanezca al lado de su madre. En estos casos el **Servicio Social,** llenará su papel, manteniendo a las instituciones de tutela en contacto con el hogar que necesita esta vigilancia.

Será necesario que en el Código de Menores se dé cabida a la nueva figura jurídica, según la cual **el abandono de familia** es delito merecedor de sanción penal. Es propósito de los que han legislado sobre este tema, que las sentencias, puedan ser cumplidas, aún cuando el padre se hubiese trasladado a otro país, eludiendo la sanción, es decir, que se propugna que el Derecho Internacional Privado incorpore la figura jurídica, para que de este modo llegue a surtir sus efectos, en cualquier país, la sentencia de un Juzgado de Menores. El Derecho de extradición de los padres que han hecho abandono de sus hijos y que se exilaron en otro país, regiría en estos casos, para hacer efectivas las sanciones.

El Código de Menores tendrá que legislar no sólo reconociendo los Derechos del Niño, sino, también, estableciendo un fuero privativo de Menores, en el cual las **tutorías de menores,** reprensentarían al Poder Público.

Además, la **ejecución de la tutela** debe figurar en el Código de Menores, porque conviene que la Ley puntualice lo que generalmente está reservado a los Reglamentos. Es necesario que desaparezcan las casas correccionales, los Orfelinatos y todo aquello que con su régimen arcaico mantiene distintas clases de niños, cuando sólo existe una sola.

Los establecimientos tutelares de menores deben poseer organización tipo hogar; ellos reemplazarán al hogar que falta a estos niños y que ineludiblemente los llevó al "estado de peligro"; en ellos no debe ser todo gratuito, porque el régimen caritativo hace que los padres olviden sus obligaciones, rompiendo a veces el último vínculo que los une a sus hijos; además, en otras ocasiones el progenitor desea pagar una parte de los gastos que

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

origina la tutela. Hay que romper con la práctica actual, según la cual el niño que cae en "estado de peligro", desde el momento que el Estado le quita la patria potestad al padre, este no contribuye económicamente a los desembolsos que demanda la tutela del niño. El Estado debe asumir la tutela del niño, pero los padres deben continuar con la obligación de subvenir, aunque sea en parte, a los gastos que origina la tutela.

La protección técnica del niño en "estado de peligro", no sólo, satisface imperativo social, sino que al adecuar las aptitudes para su felicidad futura, consigue la dicha individual y libra al agregado social de individuos inadaptados, que al fracasar en la lucha por la vida, reaccionan violentamente contra la Sociedad, con reacciones impulsivas que atestiguan su protesta y su particular constitución psicoorgánica. La educación adecuada dada en el Hogar, es la mejor profilaxia de las reacciones antisociales que sufre la Sociedad.

Como se vé, el Código de Menores será una Ley de carácter médico-social, en la que se consagrarán los Derechos del Niño, asegurando el amparo integral, protegiéndolo en su hogar, librándolo de caer en "estado de peligro" y en "estado de servidumbre", asegurándole un mínimum de protección que le permita vivir sin apelativo infamante alguno y lo coloque siempre bajo la égida de instituciones complementarias de asistencia, como la libertad vigilada, que siempre debe garantirla el Servicio Social.

El futuro del país está en la elevación de las características personales de sus habitantes; hagamos votos porque el Código de Menores que se dicte, contribuya a que este anhelo alcance cumplida realización, por la canalización técnica de las obras protectoras del menor en estado de peligro.

NOTICIAS

JUNTA DIRECTIVA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.—La siguiente es la composición de la nueva Junta Directiva de la Academia de Medicina.

Presidente.—Dr. Carlos Monge

Vicepresidente.—Dr. Leonidas Avendaño.

Secretario Perpétuo.—Dr. Carlos E. Paz Soldán

Secretarios anuales.—Drs. G. Fernández Dávila y Carlos A. Bambarén.

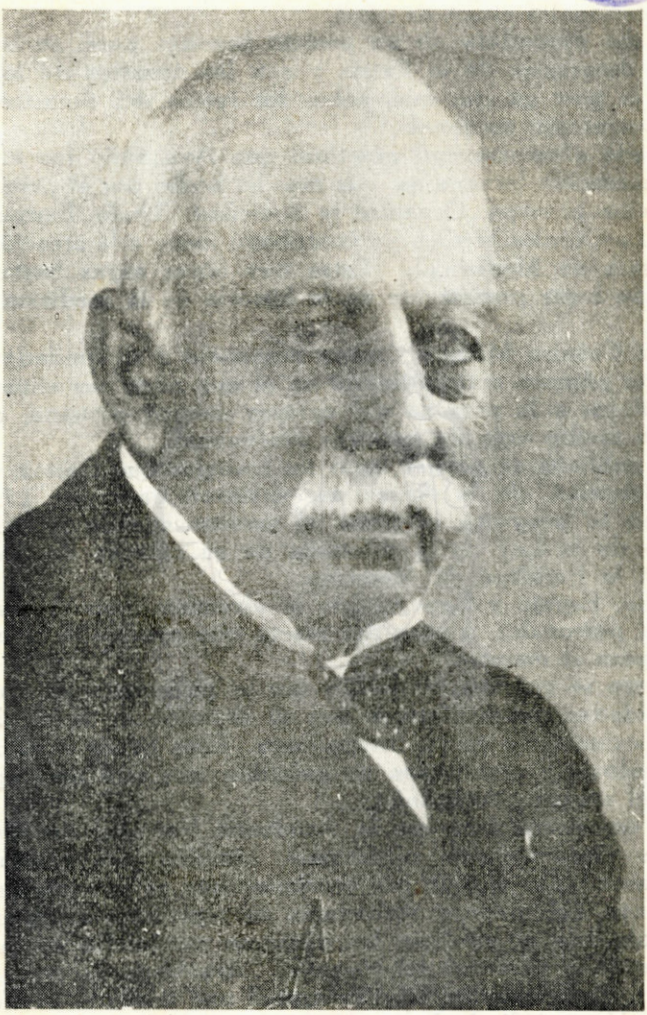
Tesorero.—Dr. Juan Voto Bernales

Bibliotecario.—Dr. Edmundo Escomel

Vocales.—Drs. Rómulo Eyzaguirre y A. L. Barton.

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

Universidad Mayor de San Marcos
Biblioteca
Lima - Perú



Dr. LEONIDAS AVENDAÑO

que celebró sus bodas de oro profesionales el 29 de abril de 1934

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

El maestro Leonidas Avendaño ha celebrado sus bodas de oro profesionales el 29 de abril.

Fecha evocadora de un pasado heroico, pues, se confunde con las desgracias de la Patria y con los aprestos de la juventud de la post guerra, que, sobre los restos del desastre, inició la reconstrucción nacional.

Puede afirmarse con exactitud que Avendaño fue el adalid de la generación fernandina, que mas ha hecho por el progreso de la medicina peruana. Organizó la Sociedad "Unión Fernandina", fundó "La Crónica Médica" y contribuyó luego a la creación de la "Academia de Medicina". Estas tres obras suyas bastan para que ocupe lugar prominente en la historia de la medicina nacional.

"La Crónica Médica", como homenaje a su fundador, presenta este número extraordinario en el que pone sus entusiasmos enaltecedores a la persona del egregio médico peruano, que ha cumplido medio siglo de ejercicio profesional.

Se publican en primer lugar los trabajos que Castex, Camauer y Bergman, de la Argentina, enviaron para un "Libro de Oro" que se proyectó ofrendar al maestro cuando se retiró por mandato de la Ley de la docencia de su cátedra de Medicina Legal en la Facultad de Medicina.

Bello, Espejo y Ego-Aguirre le ofrendan después sus apreciaciones personales, plenas del afecto que predicaba el anciano de Cos para el maestro.

Luego se insertan los juicios que se pidieron a un grupo de personalidades representativas, por su situación en la magistratura, en las ciencias o en las instituciones. Ellas tienen el alto valor de sus autores y constituyen un galardón que será muy apreciado por el maestro Avendaño.

La ceremonia con que la Academia Nacional de Medicina honró su cincuentenario profesional, también está reseñada en este número. Las magníficas oraciones que se pronunciaron en la apoteosis del maestro Avendaño, se reproduce íntegramente.

Igualmente se publican los discursos cambiados en la fiesta que le ofreció el personal del Hospital "Arzobispo Loayza" en la que el Dr. G. Fernández Dávila expresó una vez más su afecto y consideración de discípulo.

Algunas anécdotas recogidas por su privilegiada memoria, que las olvidó en la máquina de escribir, cierran la parte literaria de este número.

Este número significa un esfuerzo editorial bien empleado, por que homenajeamos al maestro bien amado, a quien fundó esta publicación en 1884 y en ningún momento ha dejado de prestarle el calor de sus afectos.

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

PATOLOGIA CLINICA DE LOS TUBERCULOS CUADRIGEMINOS

Por los Doctores:

MARIANO R. CASTEX

Miembro de la Academia de Medicina de Buenos Aires.—Rep. Argentina. Profesor titular de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

y

ARMANDO F. CAMUER

Jefe de Sala del Hospital Rawson, de Buenos Aires. Adscripto a la cátedra de clínica neurológica. Jefe de clínicas del Prof. Castex.

Hemos tenido la oportunidad de observar, en el curso de pocos años, cuatro casos de síndromes cuadrigemelares de los cuales tres seguidos de comprobación necrópsica.

Dado que se trata de un síndrome raro, casi excepcional (ya que Valobra, en 1909, sólo había podido reunir 55 casos en la literatura mundial), nos parece interesante ensayar a continuación un estudio de conjunto de la sintomatología que es dado observar en casos de lesiones, de cualquier índole que ella sea, de la región cuadrigemelar; estaría este ensayo justificado teniendo en cuenta la obscuridad que aún hoy día reina respecto a este asunto tan importante de clínica neurológica.

Esa obscuridad es una resultante de los siguientes hechos:

1º) No es posible hacer extensivas conclusiones experimentales en animales de especie diferente, dado el diverso grado de desarrollo de estos órganos en la escala zoológica.

2º) No es posible localizar experimentalmente las lesiones en la región cuadrigemelar sin lesionar la calota peduncular subyacente.

3º) Es muy raro encontrar en la Clínica, lesiones estrictamente localizadas en la región de los tubérculos cuadrigéminos, dado el volumen reducido de la región: de ahí la frecuencia con que se vé a signos de vecindad agregarse (enmascarando a veces) a los signos debidos al déficit cuadrigemelar.

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

Resumiremos a continuación, en la forma más sintética posible nuestras cuatro observaciones.

OBSERVACION PRIMERA. (1)

Se trató de un sujeto de 53 años, que sufrió un ictus y que falleció dos meses y medio después con enterorragias y respiración de Cheyne Stokes después de haber presentado, durante esos meses, el siguiente síndrome clínico:

1º) **Parálisis de la elevación de la mirada o parálisis combinada** de la elevación o de la mirada hacia arriba.

2º) Ambliopía pronunciada, sin edema papilar, sin neuritis óptica con acromatopsia.

3º) Estrabismo convergente por parálisis del recto externo, (lesión o participación del M. O. E.)

4º) Midriasis paralítica por parálisis pupilar y abolición del reflejo directo y consensual o fenómeno de Wernicke.

La necropsia demostró la presencia de un foco de reblandecimiento encefálico en la región de los tubérculos cuadrigéminos, más o menos a nivel del plano que separa las eminencias anteriores de las posteriores, rodeando al acueducto de Silvio, foco que medía de 6 a 10 milímetros en sentido trasversal por

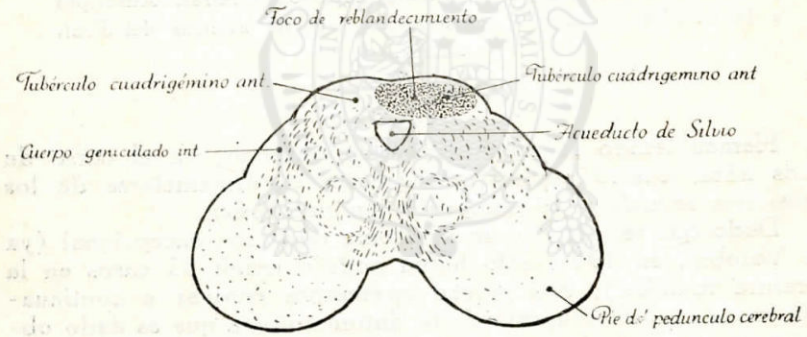


Figura 1

4 á 5 de ancho (fig. 1). Es un caso muy demostrativo por la localización tan limitada del proceso.

OBSERVACION SEGUNDA

Niña de 12 años que es vista y atendida en el Hospital Durand—(servicio del Dr. N. Romano) en 1924; el caso fué publicado, por nosotros en colaboración con el Dr. Romano, en **La Prensa Médica Argentina.**

(1) Publicada por uno de nosotros en colaboración con el Dr. J. L. Vizaldo, en **La Prensa Médica Argentina.** 1915.

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

Esta chica presentó durante 10 meses, como único signo mórbido, una parálisis típica de la elevación de la mirada o parálisis combinada de la elevación.

Cuando la examinamos presentaba el siguiente cuadro clínico:

1º) Parálisis de la elevación de la mirada o parálisis combinada de la elevación.

2º) Ambliopía, que si en parte era imputable al edema de la papila por hipertensión craneana (dado que la visión mejoró con una craniectomía decomprensiva) en parte obedecía a la lesión cuadrigemelar por las dos razones siguientes:

a) Por haber mejorado sólo relativamente con la craniectomía decomprensiva y

b) Por tratarse de una ambliopía más pronunciada del lado derecho, siendo así que el tumor tenía mayor desarrollo del lado izquierdo (y los fenómenos cerebelosos eran más pronunciados a la izquierda), es decir, que era un fenómeno controlateral con relación a los tubérculos cuadrigéminos, como es la regla que suceda ya que la lesión de los tubérculos cuadrigéminos producen fenómenos contro-laterales. En cambio en los casos en que los tubérculos cuadrigéminos no han sido lesionados, es común ver que el edema de la papila y la ampliopía sean más intensos en el ojo del mismo lado en que la lesión alcanza su mayor o único desarrollo (v. Gr.: en los tumores de los hemisferios cerebelosos).

3º) Estrabismo divergente por paresia del recto interno izquierdo (lesión parcelar del M. O. C. o motor ocular común— izquierdo).

4º) Fenómenos pupilares: primero anisocorea, más tarde parálisis pupilar con abolición completa de la reflectividad y fenómeno de Wernicke o abolición del reflejo consensual.

5º) Dureza auditiva derecha (cruzada con relación al tubérculo más lesionado, como la ambliopía).

6º) Fenómenos cerebelosos sobre todo intensos del lado izquierdo, aún cuando existían también del lado opuesto.

7º) Discretos fenómenos de piramidalismo.

8º) Bradifasia o bradilalia.

9º) Aglucosuria, cefálea del tipo por hidrocefalia interna intermitente (obstrucción intermitente de acueducto de Silvio). 2 meses y medio después de la entrada de la enferma al servicio entró en estado comatoso, muriendo dos días después.

La necropsia arrojó la existencia de un glioma, (figuras 2, 3 y 4) de pequeñas células redondas, de la región cuadrigemelar, comprimiendo los hemisferios cerebelosos (más el izquierdo) y al vermis, invadiendo el tallo cerebral, obstruyendo el acueducto de Silvio, con una vesícula quística y llenando casi completamente el tercer ventrículo.

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

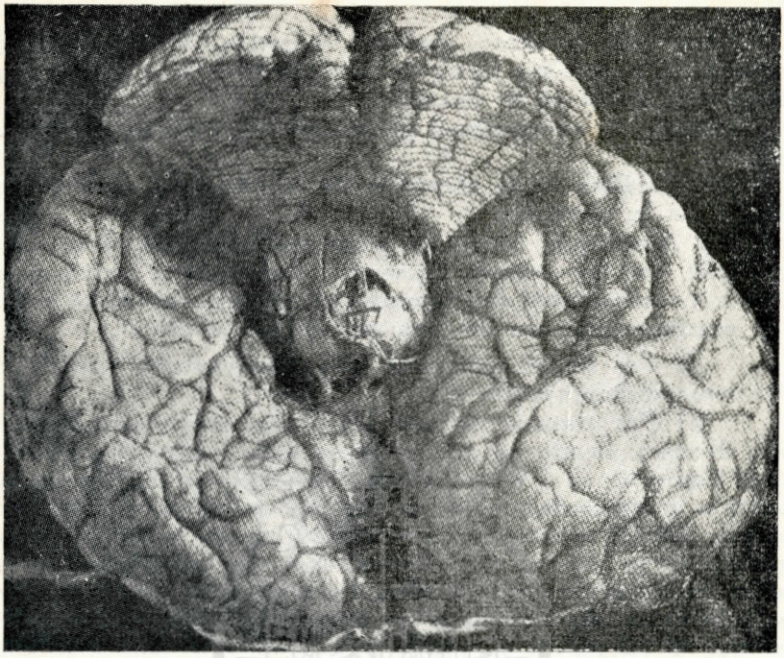


Figura 2.

Observación 2a.—Cerebro reposando sobre su convexidad.— Cerebelo erinado hacia arriba —Se ve, en el fondo del ángulo diedro limitado por esos dos organos, al tumor (glioma) ocupando la región cuadrigemelar, sobresaliendo entre los pedúnculos cerebrales.

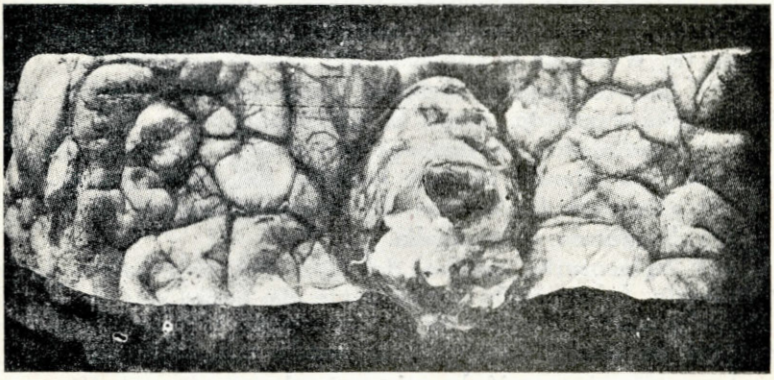


Figura 3.

Observación 2ª.—Zona media del cerebro — Tallo cerebral visto por su cara inferior.—Se observa el acueducto de Silvio enormemente dilatado, ocupado por la extremidad inferior del tumor que por él hace procidencia, lo que procide es una vesícula quística, como se demostró por los cortes sagitales.

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

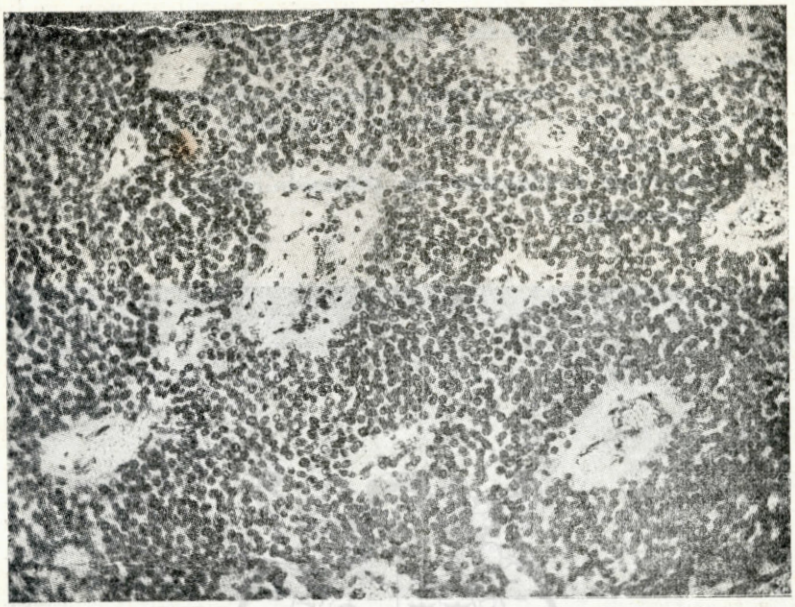


Figura 4—Microfotografía

Observación 2a.—Coloración hematoxilina y eosina gran aumento.— Gliomas de células redondas; gran riqueza vascular (vasos de neoformación). —La células gliomatosas están intensamente coloreadas.

OBSERVACION TERCERA

Se trata de un caso, también con observación necrópsica, que nos fuera enviado a la sala 4a. del Hospital Nacional de Clínica por el distinguido colega Dr. Alberto M. Marque y que será, en breve, objeto de un estudio detallado en colaboración con el aludido colega.

Mujer de 33 años, cuya enfermedad actual se inicia un año y 5 meses antes de nuestro primer examen con ambliopía, primero, y parálisis de la elevación enseguida.

En el momento de nuestro primer examen presentaba el siguiente cuadro clínico.

1) Ambliopía (signo que inició el cuadro) y acromatopsia.

2) Parálisis de la elevación de la mirada o parálisis combinada de la elevación.

3) Estrabismo convergente por parálisis de los nervios motores oculares externos (M. O. E.) de ambos lados y diplopia horizontal.

4) Pupilas: midriásicas, paralíticas, con abolición de los reflejos foto-motor, acomodativo y consensual.

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

5) Zumbidos de oídos como primera manifestación auditiva, seguidos de hipoacusia a intensificación progresiva hasta la ausencia casi completa.

6) Fenómenos cerebelosos: discretos—dismetría en el lado derecho, titubeo y vacilación en la marcha: mareos, vértigos, náuseas y vómitos.

7) Discretos fenómenos de piramidalismo.

8) Aglucosuria.



Figura 5.

Observación 3ª.—Tallo cerebral con el tumor abarcando toda la región cuadrigemelar

La necropsia de esta enferma mostró (figuras 5 y 6) un glioma de la región de los tubérculos cuadrigéminos invadiendo el tallo cerebral—(calota peduncular y protuberancial). El tumor tenía mayor desarrollo a la izquierda y comprimía más intensamente el pedúnculo cerebeloso superior izquierdo y la vía piramidal de ese lado, antes de la decusación.—Las células nerviosas de la protuberancia y del pedúnculo cerebral, en las zonas vecinas al tumor, estaban enrarecidas y las restantes aplastadas y deformadas.

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

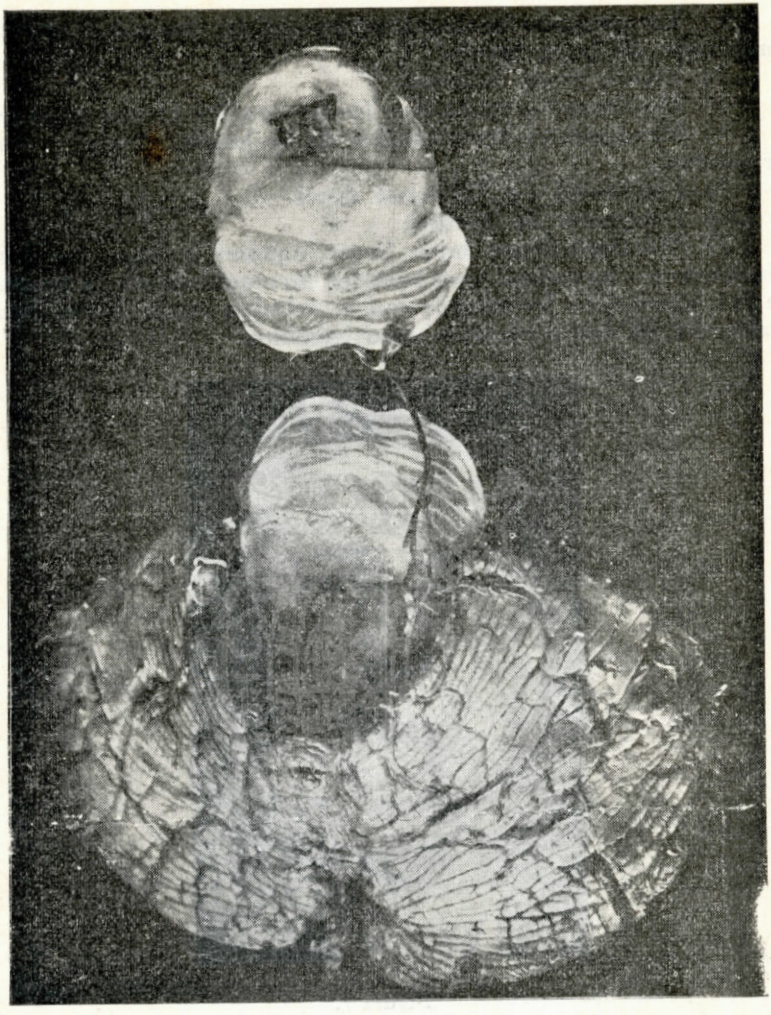


Figura 6
Observación 3ª.— El glioma de la región cuadragular perfectamente visible después de la sección transversal del tallo cerebral.

OBSERVACION CUARTA

Caso estudiado, exclusivamente desde el punto de vista clínico. Sujeto de 24 años de edad, que hace una encefalitis letárgica, 2 años antes de nuestro examen. Al examinarlo por primera vez (en Diciembre de 1926) encontramos una serie de secuelas de la encefalitis y, sobre todo, diversos exponentes de lesiones a nivel del tallo cerebral o mesocéfalo. Entre estos signos destacaba:

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

1) La parálisis de la elevación de la mirada o parálisis combinada de la elevación.

2) Ligera ptosis bilateral.

3) Movimientos clónicos y tónicos de los globos oculares.

4) Movimientos involuntarios de la lengua, labios y maxilar inferior.

5) Fenómeno de Zilberlast Zand.

6) Fenómeno de Sterling.

7) Manifestaciones labio-buco-linguales o liguo-maxilares, con sialorrea, masculleo, movimientos involuntarios de la lengua y de los labios. Los fenómenos serían debidos, según Rethi, a una excitación de los tubérculos cuadrigéminos.

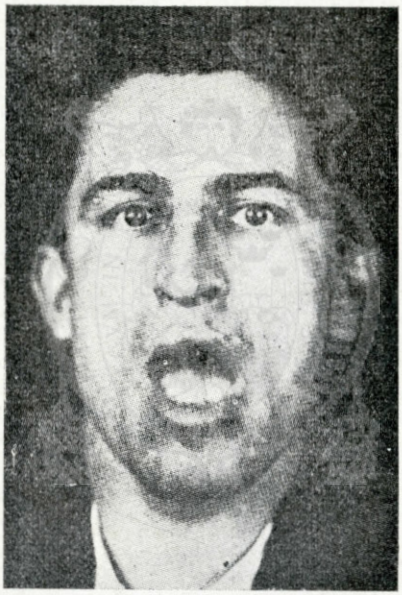


Figura 7.

Observación 4ª.—Síndrome post encefalítico. Fenómeno linguo maxilar. Cristalización de la musculatura facial, parálisis de la elevación de la mirada

Admitimos en este caso, como lesión hipotética, pequeñas alteraciones, parcelarias, a nivel de la región cuadrigemelar (eminencias, sobre todo, anteriores) y de las regiones encefálicas vecinas: tallo-cerebral: pedúnculos cerebrales, protuberancia anular, núcleos grises de la base, hipotálamo etc.

CONCLUSIONES QUE SE DESPRENDEN DEL ESTUDIO DE NUESTRAS OBSERVACIONES.

1º) Ha sido constante en nuestros cuatro casos **la parálisis de la elevación de la mirada o parálisis combinada de la elevación.**

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

Se trata de un signo precoz, siempre que el proceso se inicie a nivel de los tubérculos cuadrigéminos, no cuando lo invade secundariamente, pues en ese caso es más o menos tardío.

Podemos afirmar aquí que "cuando en el examen de un paciente se encuentra un conjunto sintomatológico que induce al diagnóstico de neoplasia endocraneana, si se observa una parálisis de la elevación de la mirada, se debe inmediatamente, considerar la hipótesis de una neoplasia de las eminencias cuadrigemelares"—en esto estamos de acuerdo con Bruns, con Valobra etc. etc.

2º) **Ambliopía o disturbio de la visión.**

Existió en los tres casos, con comprobaciones necrópsicas, por nosotros observados; en uno de los casos (el Nº 3) fué un disturbio precoz, inicial puede decirse. En el caso Nº 2 actuaba, concomitantemente con la lesión cuadrigemelar, para producir la ambliopía, la hipertensión craneana con Stauungs papille. La lesión cuadrigemelar explicaba porqué la ambliopía era más pronunciada en el lado de menor desarrollo tumoral, recordando que las lesiones de las eminencias producen fenómenos controlaterales o cruzados.

Hay casos publicados de lesiones cuadrigemelares sin ambliopía ni déficit visual.

A pesar de esto creemos que la lesión de los tubérculos cuadrigéminos, puede, en casos de neoplasias, contribuír con el edema papilar a explicar la ambliopía.

En apoyo de esta manera de ver citamos nuestra observación primera (foco de reblandecimiento) en la cual no existía hipertensión craneana y por lo tanto no había Stauungs papille y en la que estando limitada la lesión a la región cuadrigemelar y a la zona subyacente del tallo cerebral, la ambliopía era muy marcada y se acompañaba de acromatopsia, como en la observación tercera.

3º) **Fenómenos óculo motores.**

En los tres casos seguidos de autopsia existieron parálisis oculares: del recto externo en los casos 1 y 3, del recto interno (M. O. C.) en el caso 2º. Es decir que ha ocurrido, en nuestras observaciones, lo que se vé en la mayoría de los casos de lesión cuadrigemelar: parálisis de los músculos extrínsecos de los ojos inervados por el 3er. y el 6º par (M. O. C. y M. O. E.) la del último menos frecuente. Generalmente la parálisis ocular es simétrica, pero puede ser asimétrica. En este caso se debe localizar el tumor del lado del mesencéfalo correspondiente al de la parálisis más pronunciada. Un tumor unilateral, puede, sin embargo, dar parálisis bilaterales. La anamnesis, en tales casos, puede ayudar a hacer la localización porque, por regla general, la parálisis se inicia del lado en que está localizado el tumor.

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

Raramente participa el patético en la oftalmoplegia y cuando lo hace coexiste con parálisis del IIIer. par o M. O. C. (motor ocular común). La parálisis del VI par, o M. O. E. es relativamente frecuente; existió en 2 de nuestras 3 observaciones con autopsia. Ha sido observada por otros autores en el 12. 7% de los casos (Valobra). Puede existir aislada o coexistir con una parálisis parcelar del IIIer. par o M. O. C.

4º) **Disturbios pupilares**

En nuestros tres casos necropsiados existió una parálisis pupilar completa con midriasis paralítica e inmovilidad refleja con fenómeno de Wernicke.

En el primer caso (reblandecimiento) la parálisis pupilar fué precoz, **ab initio**; en los dos casos restantes sólo se produjo al constituírse en pleno la fenomenología cuadrigemelar. Sobre 55 casos analizados (de la literatura mundial) por Valobra en 15 de ellos faltaba toda referencia sobre el estado pupilar; en los 140 casos restantes se encontró:

Rigidez completa a la luz y a la acomodación en 13 casos.

Fenómeno de Argyll Robertson: en 7 casos. Torpeza de la reacción pupilar asociada (en el 80% de los casos) o anisocoria: en 10 enfermos. Anisocoria simple: en 7 casos.

Pupilas normales: en sólo 3 casos.

En suma:

a) En el 93% de los casos de tumores cuadrigemelares se encuentran fenómenos de alteración de la inervación pupilar.

b) El fenómeno más frecuentemente observado es la rigidez absoluta de la pupila a todos los estímulos.

c) Siguen en frecuencia: el fenómeno de Argyll Robertson (uni o bilateral) y la reacción perezosa de la pupila.

d) Sólo en 3 casos, sobre un total de 40, fué encontrada la pupila normal.

Puede pues afirmarse que se trata de signos casi constantes en las lesiones cuadrigemelares, signos que deben ser prolijamente buscados cuando se sospecha una lesión asentando en aquella región.

5º) **Disturbios auditivos.**

Existieron en nuestros 2 casos de **tumor** de la región cuadrigemelar (Observ. 2º y 3º). En la observación 2a., se trató de una dureza auditiva o hipoacusia más acentuada del lado opuesto al de mayor desarrollo tumoral — contro lateral.

En la observación 3a., los disturbios auditivos fueron precoces y precedieron a los fenómenos de hipertensión craneana; se iniciaron con fenómenos de irritación o excitación (zumbidos), evolucionaron hacia la hipoacusia y terminaron en una anacusia completa.

Es posible afirmar que los disturbios auditivos aparecen en los tumores de la región cuadrigemelar con una frecuencia mu-

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

cho mayor que en los tumores de cualquier otra región del encéfalo.

Cuando el disturbio auditivo es unilateral la lesión asienta en el lado opuesto al del trastorno funcional.

6º) **Trastornos cerebelosos. Disturbios de la coordinación.**

Existieron disturbios cerebelosos en los 2 casos de tumores de la región cuadrigemelar, que pudimos observar. En la observación Nº 2 el síndrome cerebeloso era muy intenso, casi esquemático y predominante del lado izquierdo, es decir, del lado de mayor desarrollo tumoral. En la observación 3a., el síndrome cerebeloso era discreto (titubeo y dismetría a la derecha) y el tumor incluído en el tallo cerebral no comprimía los hemisferios cerebelosos ni el vermis.

En la observación Nº 1 en que el proceso mórbido (foco de resblandecimiento) estaba limitado a la región cuadrigemelar y a las partes subyacentes del istmo del encéfalo, no existían disturbios de tipo cerebeloso.

Nos creemos, por consiguiente, autorizados para afirmar, que los disturbios cerebelosos, la incoordinación etc., no tienen nada que ver con la lesión cuadrigemelar. Son signos que indican lesiones de vecindad, es decir, que el proceso ha excedido los límites de la región de las eminencias.

7º) **Fenómenos de piramidalismo.**

Existieron en los casos 2º y 3º de nuestra casuística, es decir, en los 2 casos de tumores de las eminencias; se deben a la compresión directa o indirecta, de la vía piramidal en su trayecto por los pies de los pedúnculos cerebrales.

8º **Disturbios del lenguaje.**

Bradifasia: Fué notada en la observación segunda y debe ser interpretada como un indicio de lesión del aparato cerebeloso.

En la mayoría de los casos los enfermos que presentan más fenómenos atáxicos son los que tienen la disartria más intensa.

Parot refiere una observación interesante en la cual un pequeño foco hemorrágico localizado en el pedúnculo cerebeloso superior derecho, determinó una hemorragia con evidentes disturbios disártricos.

9º **Vómitos, cefaleas, disturbios psíquicos.**

Consideramos a estos disturbios como directamente supeditables a la hipertensión craneana.

No debemos olvidar que experiencias de Openchowsky y Klaskó ha demostrado la existencia de un centro especial del vómito en las eminencias cuadrigéminas.

La cefalea intermitente que se observa a veces en los primeros períodos de la evolución de tumores regionales es pro-

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

bable que se deba a la oclusión intermitente del acueducto de Silvio (por brotes congestivos, por ejemplo) con la consiguiente hidrocefalia interna transitoria.

Finalmente los disturbios psíquicos dependen del grado de la hipertensión endocraneana y de los trastornos de nutrición cerebral a ella consecutivos.

Se han citado casos que presentaban glusocuria; este fenómeno no existió en ninguno de nuestros enfermos.

BIBLIOGRAFIA

1) M. R. Castex y C. Vivaldo. Contribución clínica y anatómica a la patología de los tubérculos cuadrigéminos. **Prensa Médica Argentina, 1915**, obser. 1.

2) M. R. Castex, N. Romano y Armando F. Camüer. Contribución clínico-anatómica al estudio de los tumores de la región cuadrigemelar. **Prensa Médica Argentina**, 10 diciembre 1924. Obs. 2.

3) Alberto M. Marque y Armando F. Camauer. (Obs. III) Glioma de la región cuadrigemelar. **La Prensa Médica Argentina.** Enero 1925.

4) M. R. Castex y Armando F. Camaüer y Antonio Battro. Síndrome pottencefalítico Palilalia, fenómeno linguo maxilar, parálisis de la elevación de la mirada por lesión de los tubérculos cuadrigéminos anteriores. **Revista de Oto-Neuro-Ofalmología y cirugía Neurológica. Nº 1,** Julio 1927.

5) Bruns—Die Geschwüfte des nervensystems 1908.

6) Valobra. I tumori del mesencéfalo. Studio clínico ed anatómico. Torino. Lattes, editor. 1910.

7) Lewandowsky. Handbuch der Neurologie. 1911.

8) Andre Thomas, Etude sur les blessures du cervelet.

9) Duret: Les tumeurs de l'encephale.

10) Chatelin: Les tumeurs cerebrales. En el libro: Questions neurologiques d'actualité. 1921, pág. 23 a 48.

11) Viggo Cristiansen. Les tumeurs du cerveau. 1921.

12) Oppenheim: Tratado de las enfermedades nerviosas. 1923.

13) Gruner Bertolotti: Nouvelle iconographie de la salpetriere. Tomo XVIII. 1915.

14) Bouchard-Brissaud. Traité de Medicine, 1905.

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

EL JUICIO PERICIAL Y EL DE PELIGROSIDAD

Por el Dr. **GREGORIO BERMANN**
Profesor de Medicina Legal en la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)

> La science de la justice et la science de la nature sont une. Il faut que la justice deviene une médecine s'eclairant des sciences psychologiques.— **Michelet.**
>
> Les éléments du monde concret deróutent le chiffre tout aussi subtilment que les forces morales, a jamais irreductibles aux efforts de calculateur.—**Georges Duhamel,** ("Le Voyage de Moscou").

1. **El criterio de temibilidad.**—Ha quedado ya universalmente aceptada la defensa social como base del derecho penal, y conforme reconoce Jiménez de Asúa, su punto de apoyo ha pasado de las doctrinas metafísicas, empíricas o filosóficas, a las modernas tendencias antropológicas. Aunque no en forma tan unánime, la temibilidad ha llegado a ser el criterio positivo de la pena. Si la sociedad tiene el deber y el derecho de defenderse de delincuente, la sanción penal debe apoyarse en la posibilidad de ofensa que pueda recibir. Por eso para Garofalo, lo mismo que para casi todos los positivistas, la pena debe estar determinada por la temibilidad del delincuente, y así en los códigos y proyectos que han adoptado este punto de vista no es el acto delictuoso el pasible de pena, sino el individuo mismo y su posibilidad de ofensa.

De las muchas definiciones dadas de la peligrosidad, la de Grispigni es de las más precisas y menos expuestas a objecion "La peligrosidad criminal es la capacidad de una persona de llegar a ser con probabilidad autora de delitos". Se trata, por lo tanto, de una posibilidad, de una probabilidad, pero no de una simple posibilidad por demás hipotética, sino de la muy relevante capacidad de una persona para cometer un delito" (Grispigni)

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

Empleamos indistintamente temibilidad y peligrosidad, término de que se sirven preferentemente los penalistas clásicos, mientras los positivistas usan más bien el primero. Pero, como reconoce Ottolenghi, sólo cambia el nombre, la causa por el efecto; el individuo es temible justamente si es peligroso.

2. **El juicio de temibilidad surge de una investigación sobre ciertas condiciones psíquicas.**— Este concepto adquiere hoy, y especialmente para los médicos legistas argentinos, una particular importancia por la noción de temibilidad que rige medrosamente cierta parte del código vigente, y con diestro y decidido paso el proyecto de 1926. Corresponde, pues, su comprensión cabal, y es nuestro designio hacer seguir esta introducción de dos partes, dedicadas a la peligrosidad de menores y adultos desde el punto de vista médico-legal.

Dos sentidos puede tener la peligrosidad. El primero se refiere a la importancia del bien que corre riesgo de ser lesionado por parte del sujeto. El segundo es el número mayor o menor de probabilidades que el sujeto realice un delito. El primer sentido puede calificarse con el término de daño, y el otro con el de estado peligroso. Este último finca en el número, certeza e importancia de los elementos sobre los que se basa el juicio de peligro, o sea de la determinación de las causas psíquicas aptas para producir el delito. La peligrosidad depende entonces principalmente de la cantidad, calidad, intensidad, persistencia en el tiempo de dichas causas psíquicas (Gripigni).

La peligrosidad por causas ambientes, tan frecuente, puede parecer totalmente ajena al estado mental. Es bien conocida, sin embargo, la influencia que ejerce el medio, estudiada por los antropólogos. Tantas veces modifica el psiquismo de las personas, al punto que en el dominio que nos preocupa, ha sido necesario crear el grupo de delincuentes habituales por aptitud adquirida, es decir, de los que estando primitivamente constituídos de modo normal, llegan a presentar tales anomalías que es fácil confundirlos con los criminales natos. Como son delincuentes de orígen y condición eminentemente social, incumbe más su reconocimiento al jurista y al magistrado, pero también al perito. De cualquier manera, la misión de este último tiene por objeto la investigación sobre el estado mental, y esto es lo que deseábamos hacer resaltar.

Son estas condiciones mentales, precisamente, las que debe fijar el médico perito, de donde la máxima importancia que para él tienen. Nosotros debemos preocuparnos mucho menos por la gravedad del delito realizado, por las lesiones posibles que pueda inferir, que por la persona misma, por su vida entera, pasada, presente y futura. Debemos decir si es peligroso y en qué grado lo es, si su peligrosidad es permanente o transitoria, si es genérica para cualquier clase de crímenes o si es específica para determinados delitos (delincuentes especializados).

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

3. **Naturaleza del juicio.**—Si la peligrosidad consiste en que una persona esté predispuesta a cometer un delito (sin que se afirme por eso que lo cometerá), se enuncia un juicio hipotético sobre su futura actividad, futuro tan remoto como se quiera. No es, pues, un diagnóstico el que se exige del médico legista cuando se le pregunta acerca del grado de temibilidad de un delincuente, sino un juicio pronóstico, fundamentado en hechos reales, pasados o actuales.

Para comprender la naturaleza y caracteres de este juicio, conviene mucho aproximarlo a una forma de la actividad clínica. Por eso insistimos y más adelante surgirá con mayor nitidez este punto de vista al tratar del pronóstico en psiquiatría, que no se trata de un diagnóstico, como muchos afirman, sino de un pronóstico. Pero como todo pronóstico bien hecho, debe estar basado sobre un conocimiento exacto de las condiciones del sujeto en estudio. Todo pronóstico implica un diagnóstico preciso o aproximado.

Con el juicio sobre la peligrosidad se inicia una nueva era para la psiquiatría forense. Hasta ahora, lo esencial era el diagnóstico. Desde hoy en adelante será el pronóstico lo que jugará un papel al menos tan importante.

4. **Temibilidad y peligro de vida en traumatología forense.** — Para fijar este concepto, se refiere Ottolenghi al peligro de vida en traumatología forense. Dos interpretaciones pueden dársele. Una, que el peligro de vida sea potencial, o sea la eventualidad que una determinada lesión pueda acarrear la muerte. La segunda, el peligro actual, basado en síntomas reales, presentes, actuales, que demuestren que el sujeto está, en el momento que lo examinamos, en peligro de vida. Se trata, por lo tanto, de "uno stato veramente esistente e un pericolo attuale", basado en comprobaciones de orden clínico.

Estos síntomas que dan la sensación del peligro de vida inminente, son dados por las condiciones de los grandes aparatos de la economía cuya perturbación puede originar el deceso, y se comprueban por el estado del pulso, respiración, temperatura, sideración del sistema nervioso, etc. Cierto es que el peligro potencial en algunos casos puede importar mucho para la apreciación de la gravedad de una lesión, por ejemplo, si afecta a determinadas partes del cuerpo, cavidad abdominal o cavidad cráneo-espinal; si esto sucede también deberá tomarse en cuenta el peligro potencial, a la manera de un dato de hecho de comprobación presente.

La doctrina reinante en la jurisprudencia italiana acepta que el peligro de vida sea inmediato y presente, es decir, actual. En este sentido los profesores Ameghino y Rojas, en trabajos importantes, auspician la primacía del criterio mencionado en la aplicación de la parte pertinente al artículo 90. "El perito no debe

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

apartarse de este criterio clínico, no nosológico, dice vigorosamente Rojas: "La ley quiere un diagnóstico y no una hipótesis". Más bien que un diagnóstico, un pronóstico, que le esté tan poco alejado como sea posible.

Pues bien, el juicio, de peligrosidad es semejante, en otro orden de hechos, naturalmente, al juicio de peligro de vida actual.

5. **Semejanzas entre el pronóstico médico y el juicio sobre peligrosidad.**—Son muchas las semejanzas entre el pronóstico médico y el juicio pronóstico que implica la determinación de la peligrosidad de una persona. En ambos puede suceder que, aun sin un diagnóstico cierto, pueda emitirse una opinión más o menos justificada y aproximada ya sea acerca de la gravedad del enfermo o de la futura actividad antisocial del delincuente. ¡Cuántas veces sin conocer exactamente la naturaleza de la lesión o del órgano afectado, el médico tiene la certeza de la muerte inminente del enfermo, cuya explicación sólo encuentra en la mesa de autopsia! Afortunadamente, tantas otras se cura el enfermo sin saber con fijeza lo que tenía nuestro paciente. En ambos casos, sobre todo, en los estados agudos, la "natura medicatrix" para dar solución favorable al peligro actual, y cuando no el tratamiento, las providencias con urgencia adoptadas pueden remediar transitoria o definitivamente el mal. En una tanto como en otra forma de pronóstico, aún con los elementos de información, con los mejores métodos científicos, con la observación más minuciosa y fina, ¡cuántas lagunas y obscuridades para predecir el estado de salud o la naturaleza de la actividad del hombre!

6. **Diferencias.**—Pero hay también importantes diferencias que permiten comprender mejor todavía la naturaleza del juicio pronóstico que nos preocupa. Ante todo, no se trata de predecir con relación a la salud o la vida del sujeto, sino con relación a la manera como ha de reaccionar en sociedad y la vida que probablemente llevará.

Los elementos de que se vale la clínica son de diferente orden: Los síntomas actuales, el estado de los aparatos más importantes, y la constitución individual.

Los primeros tienen diversa imporancia según el estado de la enfermedad en que sean considerados, y también con relación a los otros datos del estado presente; así, por ejemplo, una temperatura 39°, 40°, o más grados comprobada durante un ictus de parálisis general es indicio mortal, mientras que esa misma temperatura en alguna enfermedad eruptiva o de otra naturaleza puede no tener significación especial; el segundo orden de elementos es fácil de comprender, y en cuanto a la constitución a la que en otros tiempos y aún hoy día en los medios científicos más adelantados se da justificada trascendencia, sirve para fijar la

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

calidad de las reacciones personales y el nivel de su capacidad de resistencia.

Ya vimos cómo los elementos del juicio pronóstico en la peligrosidad, se asemejan extraordinariamente a los de orden psiquiátrico, aplicándose muy en particular a conocer el estado de sus sentimientos sociales y su posible conducta futura. En cuanto a los antecedentes, en vez de interesarse exclusivamente o casi por los de orden patológico, como sucede en la clínica, estudia tomando en cuenta aquéllos, los personales en sus más variadas manifestaciones, desde su vida en la infancia hasta su comportamiento en la familia, en la sociedad y durante el trabajo, la manera cómo reaccionaba ante tales o cuales sucesos, remontándose además al estudio profundizado del temperamento y conducta de sus antecesores y parientes hasta el tercero o cuarto grado, las condiciones sociales económicas de la familia y del sujeto mismo, el medio de vida que ha frecuentado, las compañías que ha tenido y todos aquellos otros datos acerca de los cuales llamamos repetidamente la atención en capítulos anteriores.

Una gran ventaja lleva el perito psiquiatra al médico obligado a dar su opinión ante el lecho del enfermo, sobre todo cuando se supone gravedad. Entonces, acosado por la familia, forzado casi por los amigos, impresionado por tal o cual circunstancia, se le lleva a pronunciarse de inmediato, a veces sin suficientes elementos de juicio y aquellos que se comprobaron, son falseados a veces por la circunstancia trágica. ¡Cuántas ventajas tiene el médico perito ante el delincuente! No necesita deformar ni ocultar la verdad, como ante la familia, muy, por el contrario, puede estudiarlo con tranquilidad durante largo tiempo, consultar minuciosamente sus antecedentes, su comportamiento, interrogar a las personas que han estado en su contacto, cotejar debidamente el caso con otros de su experiencia o en la rica bibliografía de la especialidad, munirse, en fin, de todos aquellos medios de exploración psicológica y psiquiátrica que permitan un juicio aproximadamente seguro.

7. **Médicos y abogados ante el criterio de peligrosidad.**— Para los médicos nos resulta más viable que para los hombres de derecho comprender la naturaleza de este juicio y nos es más fácil enunciarlo, porque está dentro del cauce ordinario de nuestra actividad. Por eso el juicio sobre la peligrosidad del delincuente ha sido acogido entre los médicos como algo factible, como una pregunta a la que decorosamente podía contestarse, en franco contraste con la penosa situación en que se colocaba a los médicos cuando se les pedía fijaran la responsabilidad de los delincuentes. Recuérdese la polémica clásica sobre la cuestión y las terminantes afirmaciones de Gilbert Ballet, Bernheim y otros en el Congreso de Médicos Alienistas de habla francesa celebrado en Ginebra en 1907, en contra de la general tendencia de los magistra-

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

dos a pedir a los peritos determinaran la responsabilidad del delincuente y sus grados, actitud que halló la mejor acogida en el mundo médico. Cosa bien diferente sucede con la peligrosidad. No olvidamos cuán difícil es en ciertos casos hacer el pronóstico, tal vez la parte más delicada y azarosa del arte médico. Ya decía Hipócrates que el pronóstico es la piedra de toque del valor y de la experiencia del médico. Preferimos, sin embargo, responder a una cuestión compleja, espinosa, llena de dificultades, que nos expone a error, que frecuentemente deja la duda en el espíritu, ¡y la ponemos de manifiesto! antes que responder con gesto de arúspice acerca de una cuestión metafísica, que está fuera de todo alcance científico.

8. **Un penalista heterodoxo.**—No todos los juristas están de acuerdo con la ventaja que implica la introducción del criterio de peligrosidad en derecho penal. Los profesores franceses lo consideran atentatorio a las libertades individuales, y los Congresos de la tendencia políticocriminal han reducido en extremo su alcance.

Entre nosotros, Sebastián Soler, profesor suplente de la materia en la Universidad de Córdoba, en una excelente monografía, de las mejores que se han publicado en el país sobre esta rama del derecho, ha tenido el valor de enfrentarse agudamente al coro de alabanzas con que fué acogida esa orientación. Con una lucidez mental y talento lógico nada comunes, sostiene la total inaplicabilidad de la teoría y su falta de fundamento. ("La intervención del Estado en la peligrosidad predelictual", Exposición y crítica de la peligrosidad como principio general. Córdoba, 1926). Debemos detenernos para considerar algunos de los reparos, a nuestro juicio equivocados que le hace, ciñéndonos, claro está, al punto de vista del perito.

9. **No hay fórmula médica de la peligrosidad.**—Soler dedica un capítulo al aspecto médico, titulado: "Imposibilidad de hallar la fórmula", lo que considera un signo del fracaso de la teoría. Fórmula que no es posible hallar, sencillamente porque no existe. No hay fórmula de lo individual, y el juicio de peligrosidad es esencialmente individual. Tampoco puede darse la fórmula de un pronóstico de las enfermedades que comprende la patología médica y de ninguna de sus ramas. A lo sumo se expresan ciertas normas, criterios o juicios de orden general, según tales o cuales enfermedades, en forma aforística, tal como hizo Hipócrates.

Precisamente, la peligrosidad lleva a la individualización del tratamiento penal tan reclamado por todos, o mejor dicho, es uno de los elementos esenciales que lo integran.

10. **La fórmula desde el punto de vista jurídico.**—Definitivamente, del punto de vista médico, no puede hablarse de una

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

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima - Perú

fórmula positiva o científica de la peligrosidad". (Soler, pág. 101). Esto puede hacerse desde el punto de vista jurídico, que el autor parece confundir con el primero. Así, repite las palabras de De Angelis de que no puede tener al menos suficiente grado de perfección si no se quiere caer en un "terreno sumamente falaz por ser del todo subjetivo" (De Angelis — "La Riforma" — pág. 24, citado por Soler en páginas 103 y 104).

En cambio, nada más lógico que la tentativa de dar una fórmula jurídica de la peligrosidad, que Jiménez de Asúa enuncia así:

"Debe someterse a tratamiento penal, asegurar y tutelar, no porque aquel que ha cometido una transgresión sea libre en el obrar, no porque sea idéntico a sí mismo y semejante a los otros, no porque sea normal ni intimidable — como dicen aquellos que hablan de imputabilidad dentro de la doctrina determinista — sino porque constituyen un peligro social, porque con sus actos revela su temibilidad o peligrosidad" ("La pericolositá", pág. 69).

11. **"Imposibilidad" del juicio pronóstico.**—Pero Soler se interna en el terreno médico para demostrar la imposibilidad del juicio sobre la temibilidad de los delincuentes. Y recuerda la opinión de Falret, que se expresaba en los siguientes términos. "....desde el punto de vista absoluto y científico, toda distinción rigurosa entre alienados peligrosos e inofensivos es tan imposible de establecer como la de entre incurables y curables". Ciertamente que los tiempos han cambiado desde que el distinguido discípulo de Esquirol ejercía la especialidad, pues hoy estamos en condiciones de opinar sobre el pronóstico de un alienado con seguridad absoluta o aproximada en una apreciable mayoría de casos. Aunque sin hacernos ilusiones acerca de lo que falta por saber en psiquiatría, sabemos cuánto se han afinado en el presente los medios de diagnóstico, lo que invalida la secular afirmación de Farlet. Este dista tanto de nosotros como él de Hipócrates. Ningún especialista se atrevería hoy a concebir esa opinión. Como bien decía el Prof. Güemes, con la exactitud del diagnóstico se ha hecho más seguro el pronóstico y el tratamiento más científico, libertándose de la esclavitud del empirismo.

Después de declararlo teóricamente inaceptable por la imposibilidad de hallar la fórmula y emitir el juicio pronóstico, intenta demostrar su fracaso cuando trata de aplicarse en concreto, en cada persona. Al efecto, estudia las dificultades, que agrupa en cuatro títulos: 1) Complejidad; 2) Dificultades de aplicación; 3) Inseguridad; 4) Incertidumbre.

12. **Complejidad.**—Nos toca ocuparnos tan sólo del primero y del último. Soler se siente abrumado ante el cúmulo de datos cuyo análisis debe hacer el perito para formarse juicio acerca de la personalidad del delincuente. Junto al aspecto antropológico, debe agregarse el psicológico y el moral, lo que le da mo-

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

tivos para exclamar: "¡oh frondoso árbol de la literatura!". Todavía hay que comprender el acto peligroso y sus motivos, así como la conducta posterior al delito.

Ya en otra ocasión, hemos hallado esa especie de terror metafísico ante el misterio del "hombre" (1).

El profesor Ramos, con su elocuencia ha contagiado a Soler de sus implacables exámenes de conciencia, de sus dudas angustiosas y de sus escrúpulos, a vece tan legítimos. Soler tiene la plena conciencia de la complejidad del mundo y de la vida en oposición al elemental simplismo con que algunos la ven. Tiene dentro al filósofo, y esto se ve más aún en Ramos, que lleva en sí un filósofo dramático, que es un perturbador. Los médicos son más atrevidos y operan y aprenden, enuncian diagnósticos y formulan juicios sobre este "enigma viviente". Una ineludible necesidad práctica, supremo acicate de la ciencia, los lleva a ello, sin reparar en sutilezas racionales. El escepticismo es recurso de los débiles o de los demasiado fuertes. Sabiamente decía Claudio Bernard que es escéptico aquel que no cree en la ciencia, pero cree en sí mismo. Soler no es escéptico, sino un crítico severo y exigente. El mismo en otro capítulo halla muy legítima la ambición de conocer al delincuente y obrar en consecuencia: "Los esfuerzos son, en este sentido, dignísimos, y la mayor parte de la labor de la escuela se ha concretado precisamente a la busca de una fórmula positiva que permita la individualización absoluta de un tratamiento penal del individuo acabadamente adecuado".

---

(1) Juan P. Ramos: "El juicio penal y el delincuente" (Revista Penal Argentina, enero a junio, 1924). "He aquí el grande, enorme, insoluble problema del derecho penal: el hombre. Mientras él no sea resuelto, toda construcción teórica fallará por sus bases". "La ciencia del hombre está en sus comienzos. La psicología, la sociología, la historia lo ignoran todavía. No sabemos, en definitiva, casi nada de nosotros mismos". "Si hoy mismo, cuando los jueces fallan interpretando un caso de expediente a la luz de los principios claros de un artículo dado del Código Penal, tenemos en todas partes del mundo innumerables sentencias en que los votos de derecho, por el solo hecho de estar en relación con un acto inhumano, que puede ser considerado desde dos y tres puntos de vista, varían en proporciones enormes que van a veces de la absolución a la aplicación de una pena muy grave, qué no sucederá cuando siendo los jueces los mismos, tengan que fallar no sobre un expediente interpretado a la luz de un Código, sino sobre un hombre cuya peligrosidad hay que determinar, no sólo en relación con todo lo que fué su vida, con todo el delito que cometió, con todas las características individuales y sociales, que revela, sino también, con todo lo que será mañana cuando se vuelva a poner de nuevo en contacto con ese inmenso abismo de acciones y de reacciones que es la sociedad humana".

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

Esto requiere, pues, dice bien el autor, la posesión de la fórmula individual del sujeto, fórmula a deducir del sindrome que presente, de acuerdo con los elementos que más arriba hemos enumerado (pág. 27).

Es verdad que este esfuerzo se realiza con desigual intensidad en todas partes y bastante sabemos ya, aun cuando jamás será suficiente! como para restar valor a la afirmación del Prof. Modica, que declara insuficientes los actuales medios de investigación para la comprobación del estado peligroso. A la afirmación del catedrático de Medicina Legal, puede oponerse la autoridad de Ottolenghi: es un sueño creer que el estudio del delincuente pueda alcanzar a una perfección que... la misma clínica de las enfermedades mentales tiene tanta dificultad en alcanzar", o no conoce en qué modo puede revelarse la personalidad humana por ella misma en las múltiples ocasiones que ofrece el vivir común, y cuántos medios tiene la psicología individual para escrutar la psiquis, o no ve la cuestión en su verdadera esencia. A nadie aconsejamos que tome Córdoba como punto de mira para juzgar del valor de la psiquiatría ni de las pericias psiquiátricas.

13. **Incertidumbre.**—Si la complejidad es un obstáculo con que a diario tropezamos en la aplicación de las ciencias médicas, sin que nos amilane, antes bien nos inste a salvarlo, la "incertidumbre" no lo es menos. Cuestión seria ésta que no puede apartarse ligeramente. Con Jiménez de Asúa reconocemos de modo definitivo que "ni los juristas, ni los psicólogos, ni los pedagogos, nadie, en suma, es capaz de formular un juicio absolutamente cierto sobre la temibilidad del sujeto". ("La pericolositá", pág. 77).

Dejamos para los médicos molierescos las sentencias inconclusas y los juicios dogmáticos. Ni el diagnóstico ni el pronóstico pertenecen a las ciencias matemáticas, sino al arte médico; ni siquiera a las ciencias médicas, aunque intente aproximárseles en lo posible cuando anhela ser la consecuencia ineludible, la emanación misma de las llamadas ciencias médicas: de la etiología y de la patogenia, de la fisiología y de la nosografía. Vista de esta fuerte posición, la afirmación de Soler, "el peligro es una posibilidad, nunca una certidumbre", como casi todos los juicios humanos, choca como un recurso dialéctico antes que como poderoso argumento.

14. **El pronóstico en psiquiatría.**—No conviene ser excesivamente optimistas. Después del sentimiento de seguridad que milita en el párrafo anterior, es sano ver todas las dificultades, y ahora las desplegaremos en su diversa variedad, sin alarde, pero también sin temor.

Nada hay más esencial para el hombre que su mente. Puede tener poderosa musculatura, fuertes huesos, dice Bleuler,

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

pero se puede dirigir el mundo sin brazos ni piernas, mientras que una pequeña alteración en el mecanismo psicológico puede convertir al hombre más fuerte en un ser digno de compasión, en objeto de cuidados o en enemigo de la sociedad. Grande es la importancia de la psicosis, mayor que la de otra clase de enfermedades. Los perjuicios que origina son más grandes y de más vastas proyecciones. Quita la independencia a los que la padecen y destruye sus vínculos con la colectividad, no permite ganarse más la vida y pierde sus derechos como ente jurídico. Toda su situación en el mundo puede cambiar bruscamente con un diagnóstico. De ahí su extraordinaria significación en derecho penal y civil y la importancia de la pericia.

Son muchas las circunstancias en que se solicita al médico el pronóstico acerca de la enfermedad mental. En general, son sus parientes y allegados los que quieren saber el fin de la enfermedad, si vivirá o no, si curará y cuándo, ya sea por el interés natural, como en toda enfermedad de otra naturaleza, o bien para saber qué conducta observar en la dirección de los intereses que la dolencia ha alterado por perturbar el estado mental del paciente. Otras veces son los magistrados en el orden criminal, o los abogados defensores los que se interesan por una sanción justa para obtener la libertad de su defendido. Pueden ser, en fin, las autoridades en el orden civil o administrativo las que deseen saber si es necesario o no declarar la incapacidad del sospechado, a los efectos de la tutela, y el destino que se le debe dar según la naturaleza y marcha del proceso.

Se trata, pues, de una actividad que ejercitamos cotidianamente y cuyas dificultades no son desconocidas. El pronóstico puede solicitarse sobre aspectos diferentes que mencionaremos escuetamente. En primer lugar, se nos interroga acerca de las probabilidades de vida que tiene, una vez admitida la gravedad del estado. Después preocupa si curará o no; si habrá alguna detención en el curso de la enfermedad; si retrogradará. Un punto especialmente interesante está en saber si curará con "restitutio ad integrum", o incompletamente, como sucede tantas veces. Si está aparentemente curado, se quiere saber si se trata sólo de una remisión y si recaerá, pues, según las estadísticas, alrededor de una cuarta parte de los mentales que son dados de alta como curados vuelven a recaer una o más veces. Si será o volverá a ser socialmente apto, o si su capacidad para desempeñarse en la vida y en la sociedad disminuirá. Si cambiará o no de conducta.

Un motivo más de complicación en esta pesada y grave función del médico es la cantidad de factores que pueden influir sobre la marcha de la enfermedad: su etiología; la precocidad y acertada dirección del tratamiento; la intensidad y el grado de la enfermedad; el predominio de las causas internas y congénitas; la posible intervención de futuras condiciones fisiológicas y fisiopatológicas (infecciones, intoxicaciones, traumas, embarazos,

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

etc.); el predominio de las causas internas e ingénitas, más permanentes, por lo tanto, sobre las causas externas, ocasionales y transitorias; el grado de resistencia a la enfermedad por su estado de salud física y moral, anterior y actual; el medio social y físico en que actuará; la posición económica y la marcha de sus asuntos; las compañías que tenga y el medio familiar; la recaída en el alcoholismo o toxicomanía, causa del padecimiento mental sufrido; la permanencia demasiado prolongada en el Asilo o el alta prematura, etc.

Se ha pretendido obtener indicios para el pronóstico de las más diversas fuentes, síntomas psíquicos y somáticos, etiología, edad, sexo, duración y curso de la enfermedad. Naturalmente, que no es éste el lugar de precisarlos en sus diferentes significados e importancia. Queremos sólo recordar algunas de las normas más generales en ciertos de los indicios mencionados, para mostrar cuán inciertos son. En lo que se refiere al sexo, por ejemplo, sabemos que las curaciones son más frecuentes en el sexo femenino. En cuanto a la edad, el pronóstico es mejor si se trata de una persona joven, a menos que tenga demencia precoz. Es de noción vulgar y real, pero ¡tan poco segura! que el estallido repentino de una psicosis, con síntomas ruidosos, es de un porvenir menos desfavorable que cuando se inicia de manera insidiosa y lenta, con transformaciones de la personalidad. Las probabilidades de curación varían también mucho según el tiempo transcurrido. Von Krafft-Ebing reconoce que la posibilidad de curación está casi en razón inversa de la duración de la enfermedad. Las curaciones más frecuentes, hasta un 60%, son obtenidas en el primer semestre; en el segundo no hay más que un 25 por ciento de curaciones; y en el segundo año la cifra está reducida al 2 o 5%. Chaslin propone otra fórmula para el pronóstico según el tiempo transcurrido: primer semestre, grandes probabilidades de curación, según la forma de la enfermedad; segundo semestre, mitad de las probabilidades del primero; segundo año, un sexto de las probabilidades del primer semestre; cuarto año, curación excepcional.

No vamos a referirnos al significado de la etiología o de los síntomas, que nos llevaría demasiado lejos del tema (2).

---

(2) En cuanto a los síntomas, es un error suponer que bastan para hacer un diagnósico. Mucho depende del curso de la enfermedad. Por ejemplo, en lo que se refiere a la paranoia, la forma aguda no se diferencia de la crónica, (incurable), no se distingue, a menudo, más que por su corta duración.

Su marcha es más tumultuosa, precipitada, a veces más alucinatoria, pero la diferencia nunca es tan grande como entre las enfermedades agudas curables (o mortales) y las crónicas de la patología médica propiamente dicha. Otra dificultad es que las enfermedades curables pueden llegar a ser crónicas, o terminar por la demencia (Chaslin).

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

Es curioso comprobar cómo, a medida que hemos consultado los tratados de enfermedades mentales de más en más recientes, se ha ido reduciendo el capítulo del pronóstico en general, hasta desaparecer por completo en alguno de los últimos. Así, mientras en el "Lehrbuch der Psychiatrie", Bleuler le dedica unas líneas, Tanzi y Lugaro ("Trattato delle Malattie Mentali", segunda edición, 1923) y Oswald Bunke (traducción española del "Tratado de las enfermedades mentales", 1927) ni siquiera mencionan el pronóstico en el índice. Y es que de más en más se comprende que las normas generales son vagas y que no puede darse con aproximada seguridad, sino un pronóstico de lo particular. Así vemos que en los capítulos dedicados a la descripción de cada enfermedad mental en particular, se da cada vez más extensión a la parte que nos preocupa.

15. **La solución es hecho de progresiva experiencia.**—La sola enumeración de las causas que pueden influír sobre el curso de una enfermedad mental ya indica el grado de incertidumbre en el juicio pronóstico, que varía mucho de una enfermedad a otra. Conocemos enfermedades, dice Kraepelin, que conducen siempre o casi siempre a la muerte, y otras cuyas manifestaciones desaparecen generalmente después de un tiempo más o menos largo. Entre estas dos, se hallan aquellas enfermedades que pueden llegar a ser incurables, y es en éstas en que el pronóstico adquiere la mayor dificultad práctica. En parte es esto debido, dice el autor, "a nuestro conocimiento todavía demasiado insuficiente sobre el resultado final de las enfermedades, que a veces transcurren por decenios; en parte es debido a la falta de experiencia por aquellos síntomas de los cuales derivan las conclusiones pronósticas. Pero tenemos el derecho, creo, de suponer que también en éste campo se podrán formular con el tiempo leyes seguras... Si la esencia de las formas particulares de locura es diversa, si por sus manifestaciones estamos en grado de distinguir una de la otra, se podrá presuponer que también los cambios patológicos residuales de las diversas formas no sean las mismas. Por lo tanto, debe ser posible para del estado terminal al proceso morboso precedente, y, recíprocamente, determinar de manera precisa al comienzo de la enfermedad, cuales sean los posibles finales. La solución siempre perfeccionada de esta tarea es cuestión de progresiva experiencia".

Hemos querido señalar las dificultades del pronóstico en psiquiatría, poniendo de manifiesto su grado de incertidumbre, para no formarse demasiadas ilusiones ni prometer más de lo que puede la ciencia, pero como bien dice el maestro alemán, tales dificultades seguirán reduciéndose de más en más con los progresos de la experiencia clínica y la de las ciencias en que se apoya.

16. **La experiencia médica.**—A primera vista, después de lo antedicho, hacer un diagnóstico o un pronóstico es de una reali-

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

zación extraordinariamente difícil. De intento hemos acentuado hasta el máximun, presentando todas las debilidades de esta clase de juicios. Pero en la práctica y en virtud de ciertas leyes psicológicas fácilmente comprensibles las dificultades se reducen mucho.

Si Nietzche no hubiera hablado del eterno retorno, hubiéralo hecho un médico. . . Pues después de haber estudiado bien un cierto números de enfermos, se le vuelven a aparecer tipos de condiciones semejantes y hasta iguales. Sí, no hay enfermedades, sino enfermos, pero las peculiaridades no son tan acentuadas en general como para no reconocer las mismas condiciones y efectos. El que guiándose ingenuamente por aquel conocido aforismo médico, prescinda de los tipos clínicos y se dirija a cada enfermo como a un sujeto de estudio particularísimo y diferente a cuanto ha visto, se hallará en la confusión más grande. La circunstancia de reconocer el tipo clínico, que se repite de manera muy presente a sus sentidos, una y muchas veces, facilita muchísimo el trabajo médico.

Este es precisamente el valor de la experiencia médica.

17. **La determinación de categorías de peligrosos.**—La crítica de Soler está bien teóricamente dirigida cuando niega valor al intento de calificar los estados peligrosos — como se hizo en el proyecto de la Comisión Especial de 1924 — por la calidad de delitos o la clase de vida que los sospechados llevaban (caftens, mendigos, vagabundos, etc.). No por lo que dice Jiménez de Asúa, que "la peligrosidad es un concepto subjetivo". (Revista Penal Argentina, 1924, enero a junio, "El concepto moderno del derecho penal y la garantía de los derechos individuales", pág. 54), pues es, sí, un concepto, pero no subjetivo; tan objetivo como tantísimos otros que se usan en medicina y en toda otra ciencia o arte. El término ha hecho excesivo daño y conviene sustituírlo; no subjetivo, sino individual que es seguramente lo que quería decir el maestro hispano.

Contra tentativas parecidas ya se levantó Ottolenghi, especificando el error que había en determinar la peligrosidad "per un dato di fatto speciale del reato o il numero, o la gravitá, mentre invece la pericolositá e determinata da una serie di dati risultani e del reato e da tutta la personalitá del delinquente". Ni la calidad del delito, ni su número, continuidad, precocidad, instintividad, gravedad, estado mental patológico, intenciones y motivos, por importantes que sean, sirven aisladamente para determinar la peligrosidad. Pretender determinarlas a base de un solo requisito — número de delitos, delitos especiales, etc. — sería atentatorio a las leyes psicológicas y fisiológicas. Ottolenghi en su estrictez llega a negar la posibilidad de una clasificación de peligrosos.

Sin embargo, es sabido que entre clases de la sociedad, en sus residuos y bajos fondos, así como en determinadas categorías

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

de anormales, se recogen los más de los delicuentes temibles por su modo de vida y habitualidad. Desde cierto punto de vista debe contemplarse como legítimo el deseo, la pretensión de los juristas de clasificarlos.

Así lo han comprendido por su parte los miembros de la Comisión Especial que redactó el Proyecto sobre "el estado peligroso". En la excelente exposición de motivos que lo fundamenta, reconocen repetidamente sus miembros la falta de armonía entre la pura doctrina y la práctica. "Cuando se trata de la situación de "peligrosidad" de los delincuentes que cometen más de un delito, nos hemos visto obligados, dice la Comisión Especial, a presuponer la habitualidad de acuerdo con el número y la gravedad de las condenas, sin dejar de reconocer formalmente que el principio es doctrinariamente defectuoso y no responde a un verdadero concepto científico de la institución". Al tratar de los delincuentes de índice personal de peligrosidad, dice: 'Nuestro método puede ser doctrinariamente objetable. Prácticamente, no lo es". Y repite en el mismo capítulo: "Hacemos esta salvedad por respeto a nuestras convicciones, porque desde el punto de vista teórico nosotros solo aceptamos el concepto integral de la sentencia absolutamente indeterminada como complemento natural del principio de la peligrosidad".

18. **El derecho penal como ciencia.**—Aquí termina nuestra crítica a Soler desde el punto de vista médico. Pero ya que el talentoso profesor ha incursionado por terrenos hipocráticos, que permita me asome en dominios en que él es señor.

Los peritos pueden dar por cumplida su misión al declarar que el delincuente es o no peligroso, si lo es mucho, poco o nada, el indicar el tratamiento que a su juicio corresponde para su reforma o las medidas a tomar para ponerlo en condiciones de no dañar. Corre ya de cuenta del magistrado o penalista el problema de la pena: Si se gradúa ésta en relación al peligro, al daño o al delito, si se extiende el concepto de peligrosidad como fundamento de todo el régimen de la pena, o si hasta debe regir adelantándose al delito (peligrosidad predelictual). Mas, a veces, se interesan por problemas que trascienden su radio de trabajo.

No vamos a hilvanar frases en torno a la falibilidad de los juicios humanos, aún de aquellos que, como en este caso, para emitirlo se valen de todos los recursos creados por la experiencia científica o empírica. No puede haber hoy lugar más común que el de la relatividad del saber, incluso de las ciencias exactas. Si nos referimos a él, es con el fin de señalar el contraste entre el afán de seguridad absoluta, que plantea Soler para admitir la validez del juicio sobre la peligrosidad, y el reconocimiento previo de que esa seguridad no puede existir.

Vamos a explicarnos. Durante mucho tiempo se intentó construír el derecho penal y en general todo el derecho, a la ma-

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

nera de las ciencias, en un ansia de certeza y exactitud. Estas palabras de Michelet expresan con fuerza dicha ambición: "La science de la justice et la science de la nature sont une. Il faut que la justice devienne une médecine s'éclairant des sciences psychologiques".

Esta ambición ya se remonta a siglos, y para no mencionar autores médicos quiero sólo recordar un matemático y físico de la talla de Descartes, quien expresaba la convicción que la medicina sería en el porvenir la ciencia normativa por excelencia, y en el lugar de las rutinas o supersticiones vulgares, nuestra ciencia llegaría a trazar principios de razón y sabiduría. Todo el siglo pasado intentóse construír el derecho penal a la manera de las ciencias médicas a cuya exactitud y eficacia aspiraba. Recordemos cómo sin pretensiones, con verdadero interés, legiones de médicos, muchos tal vez sin fino sentido jurídico, contribuyeron a esa aspiración, casi siempre a pesar de la gente de derecho. No digamos de Lombroso, la obra de Ferri está llena de analogías y de términos de índole médica. La pasión por la justicia nos ha llevado a esa ingerencia. Sin perjuicio de que continuemos haciendo nuestro deber, ¿no será tiempo de dejar su lugar a los juristas y magistrados?

En el punto preciso del derecho que estamos tratando, Soler halla encomiable este empeño de sustraer hipótesis inciertas a la zona arbitraria de espíritu: "Si la ciencia criminológica llegara a conquistar la fórmula antropológicasocial de la peligrosidad e investirla de un carácter riguroso y positivo, si en ella es posible concentrar la expresión individual del hombre y sí, por otra parte, la barrera impuesta por las figuras delictivas componente de un derecho penal objetivo y extricto puede ampliarse hasta alcanzar un determinismo legal máximo con una posibilidad de error mínima; en una palabra, si el derecho penal puede dejar de ser un conjunto de relaciones jurídicas —, de voluntad a voluntad — para tornarse una de las llamadas leyes naturales, el actual derrotero está bien orientado".

19. **La exigencia de seguridad absoluta y la naturaleza del juicio pericial.**—Pero cree que está "aun remoto el día que pueda hablarse de la historia como historia natural y del derecho como física". (pág. 62). Dice que está lejos, lo que parecería no negar la posibilidad de alcanzar gradualmente un grado de exactitud. Pero después niega que el derecho penal sea ciencia, es política, dice después de esta cita de Florián: "Naturalmente, la apreciación del legislador, si no debe del todo desertar del campo de la ciencia, tampoco debe tener base puramente científica; es necesario se inspire a un tiempo en criterios políticos (en el amplio sentido) y prácticos, conforme a la necesidad de que las figuras delictivas se vinculen y acompañen al ritmo variable de la vida social y a los fines contingentes del legislador". De donde,

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

según Florian, el derecho penal parte de una base científica, inspirándose contemporáneamente en criterios políticos.

La contradicción está claramente, en la exigencia de fórmulas definitivas, de criterios y juicios absolutos, tratándose de una realidad sumamente variable por la diversidad de las condiciones en que se crea y se aplica. En toda la obra de Soler se nota esta fuerte oscilación entre la apetencia al derecho penal de seguras normas con una técnica impecable, y del impulso a lo particular, a lo humano, tan variable y personal.

Parece que lo que Soler teme sobre manera es la excesiva extensión del criterio de peligrosidad. Ya nosotros mismos nos hemos sentido chocados, casi van dos lustros ya, por la sensación de la falta de humanidad que deja, al menos aparentemente, y creí que necesitaba un principio adyacente jurídico o de moralidad. Después, pareciónos que la piedad debía complementar criterio tan "físico". Hoy, tal vez pensaríamos de otra manera. Soler se alarma por las profundas transformaciones a que daría lugar si se tomara la temibilidad como base del derecho penal: Que las tres columnas del derecho penal clásico (nullum crimen sine lege; nulla pœna sine lege; nulla pœna sine crimen); y, sobre todo, se perdería este hálito de justicia y de ética, que da un contenido tan humano y sentido a las sanciones jurídicas. Y esta razón, de ser exacta, sería ciertamente poderosa.

¿Y todo, con qué fundamento? Sin otro que esa "mala ficción jurídica, repite en otro trabajo, que envuelve el concepto de delincuencia posible, no deducido del análisis objetivo e inductivo del sujeto, análisis imposible, dado el estado actual de las ciencias auxiliares del derecho penal, sino aplicado al individuo por vía abstracta, teórica y deductiva, para justificar también teóricamente, la medida de seguridad".

Nosotros creemos, en cambio, que el criterio de peligrosidad está lejos de ser una "mala ficción jurídica" como no es una construcción arbitraria el juicio pronóstico que implica. Surge de la realidad humana, social y científica, de esa misma realidad vital a que tanto se ha aproximado la tendencia antropológica, y clínica. Esta es la razón de su fuerza y el secreto de su éxito, que no alcanzaron a tener los que partieron de conceptos, ficciones, prejuicios filósofos o religiosos, normas arbitrarias.

BIBLIOGRAFIA

Ameghino, Arturo.— Qué debe entenderse por peligro de vida. (Relato oficial al segundo Congreso Nacional de Medicina 1922).

Bermann, G.— El determinismo en la ciencia y en la vida. (Buenos Aires, 1920).

Bleuler.— Lehrbuch der Psychiatrie. (Tercera edición).

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

Bumke.— Tratado de las enfermedades mentales. (Traducción española, Barcelona, 1927).

Burt.— Delinquency and mental defect. ("British Journal of Medical Psychology", 1923).

Chaslin.— Eléments de Semiologie et Clinique mentales. (París, 1912).

Colin, etc.— Psychiatrie. (T. 2. Collection Sergent, R. Dumas y Babonneix).

Ferri.— Sociología criminal. (Traducción francesa).

Ferri.— Funzione giuridica del criterio di pericolositá criminale. (Tirapart. de la Scuola Posit., año 1926, fasc. 19).

Exner.— Die Theorie der Sicherungsmittel. (Berlin, 1924).

Fiessinger.— Les pronostics du praticien. (París, 1923).

Garofalo.— Criminología. (Traducción francesa).

Gómez, Eusebio.— Adaptación de la pena. ("Boletín de la Biblioteca de Crim.", año 1. Nº 1, Buenos Aires).

Grispigni, Filippo.— La pericolositá criminale e il valore sintomático del reato. ("La Scuola Positiva", serie 3, vol. 11, 1920).

Grispigni, Filippo.— La sanzione criminale nel moderno diritto repressivo. (En el mismo volumen).

Güemes, Luis.— De la exactitud en Medicina. (Discurso de recepción en la Academia de la Facultad. 1895. Reprod. de "La Semana Médica", 1927, Nº 51).

Hipócrates.— Obras. (Traducción de Littré, t. 3, año 1840).

Hüber, A. H.— Lerbuch der forensischen Psychiatrie. (Bonn, 1921).

Jiménez de Asúa.— La Pericolositá. (Turín, 1923).

Jiménez de Asúa.— "La Prensa" de 1926 y 1927. Crítica a los proyectos de 1924 y 1926.

Jiménez de Asúa.— La política criminal de las legislaciones europeas y norteamericanas. (Madrid, año 1918).

Kraepelin.— Tratatto di Psichiatria, t. 1. (Traducción italiana, 1907).

Legardelle.— Pronostic de l'alienation mentale. (París, 1880).

Leonet, Albert.— Pronóstico mental en función de los estados patológicos somáticos. ("Clinique et Laboratoire", 1928).

Morel.— Traité des maladies mentales.

Paz Anchorena, José M.— La noción del estado peligroso del delincuente. ("Rev. de Crim., Psiq. y M. Legal", 1918).

Ottolenghi y De Sanctis.— Tratatto prático di psicopatologia forense. (Roma, 1920).

Peco, José— La reforma penal argentina. (Buenos Aires, 1921).

Prins.— La defensa social y las transformaciones del derecho penal. (Madrid, 1912).

Proyectos sobre estado peligroso de 1924 y 1926.

Ramos, Juan P.— El juicio penal y el delincuente. ("Revista Penal Argentina", enero-junio de 1924).

Rojas, Nerio.— Lesiones. (Buenos Aires, 1926)

Senado Nacional.— La reforma penal en el Senado. (Buenos Aires, 1919).

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

Schüle.— Enfermedades mentales. (Traducción francesa, París, 1888).

Soler.— La intervención del Estado en la peligrosidad predelictual. Exposición y crítica de la peligrosidad como principio general. (Córdoba, 1926).

Soler.— Peligrosidad social? ("Boletín de Criminología y Ciencias Afines", Buenos Aires, octubre de 1927).

Tanzi y Lugaro.— Tratatto delle malattie mentali. (Roma, 1923).

EL MAESTRO LEONIDAS AVENDAÑO

Por el Dr. **EDUARDO BELLO**

Celebra Bodas de Oro profesionales, nuestro profesor y amigo querido, doctor don Leonidas Avendaño, infatigable en labor y en optimismo, quien lejos de apagarse envejeciendo, parece renacer de nuevo estimulado por fuerzas espirituales de excepción, entregándose con brío a intensas actividades del pensamiento y de la acción. Desdeña en su reflorecimiento el reposo bien merecido que había conquistado en largo período de continuada labor coronada de éxito constante, y sigue, impertérrito, produciendo y sirviendo, como si no bastaran a inmortalizarlo sus selectas eficiencias del pasado, en la docencia que ilustró profesando en la Facultad de Medicina, en las árduas funciones de Médico -legista, en las asociaciones profesionales, el periodismo médico, el ejercicio fecundo de la medicina, etc.

¡Qué bella lección de energía y de rectitud significa la existencia toda de este modelo de profesionales y hombres sabios y honrados!. Seguirlo no es fácil en su evolución ascendente, recorrido larguísimo y accidentado de su alma noble y su ingenio, dinámico; recordaremos apenas los momentos culminantes. Su atormentada vida de estudiante deslizándose en época dolorosa para la Patria, en Escuela sin recursos ni aulas oficiales, pero con maestros heróicos que supieron enseñar en privado, abnegados y constantes, para que la llama de entusiasmo encendida por el genio de Unánue no se apagara en el largo lapso de la ocupación militar extranjera, ni las almas jóvenes de estudiantes modelos, entre los cuales sobresalía Avendaño, perdieran su fervor. Pudo repetirse en época contemporánea esa actitud sublime del Claustro con idéntico resultado, pero hombres e ideales han cambiado.

Avendaño completó casi sus estudios entre esas zozobras y carencias, resultando exponente del valor positivo de la docencia furtiva en aquellos días. Lo encontramos apenas realizada la li-

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

Biblioteca Lima-Perú

beración, estudiante todavía, erguido y creador. Con otros talentos noveles y otras voluntades fuertes funda "La Unión Fernandina", sociedad de estudiantes y de médicos que desde su inicio trabaja entusiasta y brillante, y en la cual se distingue Avendaño presentando, estudios de mérito y atinadas iniciativas; luego aparece creado por él y sus íntimos, el vocero de la Institución, "La Crónica Médica", cuyo Comité Redactor preside al mismo tiempo que la novel sociedad, dándose por entero a las complicadas obligaciones de ambos cargos honorarios. "La Crónica Médica" es editada por vez primera en enero de 1884, pocos meses antes de que su Director obtuviera el título profesional, y todavía está lozana y vigorosa como él!. Esta revista es un exponente gráfico de los valores científicos del Maestro, un archivo de sus mejores trabajos; diseminados en ella pueden leerse innumerables de éstos, desde su primer número y en todos sus cincuenta tomos: Erudición, hondo estudio de las cuestiones tratadas, juicio libre y recto, deducciones lógicas, consejos sanos y vislumbres geniales abundan en esis artículos, que constituyen materia de reflexión. cosecha de ideas elevadas y puntos de partida de estudios nuevos aún hoy día, varias décadas después que les vertiera la ágil pluma del Maestro.

Sin embargo, toda esa copiosa labor representa apenas una faceta de las variadas actividades a que dedicó su vida juvenil y madura el Profesor Avendaño.

En la cátedra lo conocimos y aprendimos a estimarlo, no solo como buen maestro, sino como defensor de los ideales sanos y de la justicia sobre la intemperancia y la obstinación de criterios unilateralizados, de irreductibles y caprichosos, defendiendo los intereses del alumnado y del progreso de la enseñanza en sesiones memorables, a que asistíamos emocionados en calidad de alumnos curiosos. Entonces simple catedrático adjunto, Avendaño no trepidaba en enfrentarse en luchas oratorias con otros maestros brillantes amargados ya por la vida y pesimistas; soportando desahogos y displicencias por patrocinar mejoras e innovaciones desdeñadas por éllos con dureza y arrogancia. Perdía de ordinario esas partidas, pero quedaban de ellas huellas hondas y precedentes verbales que mas tarde se traducían en realidades de progreso o beneficio del alumnado. Esas lides bravas las recordarán seguramente los pocos profesionales en ejercicio que conmigo son sobrevivientes de épocas ya remotas; de ellas salió progreso verdadero en la enseñanza y mejor entendimiento entre maestros y estudiantes.

Las lecciones de Avendaño fueron ponderadas y sabias: modesto no presumía de cumbre, pero sin grandes elementos de objetivación lograba convencer y educar, sencillamente, sin pompas oratorias ni retóricas dogmáticas. Al declinar el cargo, cumplida la edad en que la ley obliga a hacerlo, había preparado un sucesor digno y jóven que llenó el vacío con honor; pero Aven

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

daño quedó voluntario cerca de él, como consejero benévolo adherido aún a esa cátedra espiritualmente. Al mismo tiempo y hasta el día no niega su concurso a los tribunales como médico legista, resolviendo con los maestros nuevos los delicados problemas que conjuntamente les son encomendados.

¡Qué decir del papel sobresaliente del Maestro en la Academia Nacional de Medicina!. Fundador de ella, su Presidente varias veces, Secretario Perpetuo muchos años, puede afirmarse que Avendaño ha sido nervio de la Institución durante mucho tiempo. Espíritus mas adentrados en la evolución de nuestra Academia y familiarizados con sus archivos pormenorizarán el detalle de la labor de Avendaño en esta sociedad sabia, su asiduidad en asistir a las sesiones y sus iniciativas de alto mérito; para valorizar como el Maestro es apreciado por los miembros activos de esa Institución basta que recordemos que, jubilado, retirado hacen años del cargo de Secretario Perpetuo, ha vuelto a su recinto con carácter de miembro activo, y será el próximo Presidente de la Academia con el beneplácito general.

Cuenta Avendaño muchos años, y sin embargo, él es un jóven; juventud de espíritu y de voluntad, frescura de talento siempre dispuesto al trabajo intenso, a la lucha y al éxito. Caso excepcional de ingenio que revive después de corto descanso; de espíritu selecto que odia holgar, y sintiendo en sí fuerzas vivas regresa al campo de laboreo, readquiere allí lugar saliente, obligaciones complejas, deberes múltiples, un asiento entre los capataces del taller científico, un puesto de honor entre los más esforzados!

Que nuevas efemérides se agreguen para el Maestro Avendaño a este cincuentenario profesional, y, por muchos años todavía, quede guía y director de sus viejos alumnos, que, con pléyade de mil graduados posteriormente, bregamos laborando por el adelanto de la Medicina Nacional y de la Patria toda.

Mi efusivo saludo para él en esta gloriosa fecha.

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



El Dr. Leonidas Avendaño, cuando fué electo profesor de la Facultad de Medicina el año 1892.

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

LA PERSONALIDAD MORAL DEL MAESTRO AVENDAÑO

Por el Dr. **LUIS D. ESPEJO**

En el panorama médico peruano la figura del Dr. **Leonidas Avendaño** se destaca con relieve digno de los próceres de la Medicina Nacional. En efecto, desde los albores de su bravía y ardorosa juventud se constituye en portavoz y corifeo de su generación, atormentada por los horrores de la guerra inícua e infausta. En el ambiente trágico y desolador de aquella época, el Dr. **Avendaño,** recién ingresado al viejo claustro fernandino, alienta y, luego, organiza, frente a grupo selecto de estudiantes, la "Sociedad Médica Unión Fernandina", y, casi enseguida, crea el órgano de dicha institución: "La Crónica Médica", cuyo cincuentenario acaba de celebrarse. Así, **Avendaño,** soñador pujante, recoje la antorcha de la precedente generación médica y se constituye en el lampadóforo de la medicina nacional.

No la doctrina de su cátedra ni la que informa su rica y profusa bibliografía médico-social interesa a quien desea destacar, en esta ocasión, su personalidad moral relevante. La obra científica de **Avendaño,** exponente de su genuino genio médico y de las ideas dominantes de una época, será sometida, como lo he manifestado en otra oportunidad, al juicio crítico que depura y cristaliza la contribución científica al acervo de los conocimientos humanos; porque es condición para la fecundidad y trascendencia de la obra científica estar en perpétuo juicio, en constante interpertación, como todas las producciones del espíritu humano. De allí su virtualidad. Pero, aparte este aspecto estrictamente intelectual, lo verdaderamente interesante y fecundo en la vida de este varón ilustre es su influencia permanente en la dirección ética de las juventudes médicas del país, durante más de media centuria; el hálito que sabe imprimirles con el ejemplo de una vida austera y a la par generosa, con su idealismo fervoroso y sus severas y oportunas admoniciones.

En la personalidad moral de **Avendaño** hay perfecta coherencia: en él no hay oposiciones, antítesis, ni negaciones; no se opera ese fenómeno doloroso que consisten en asistir a la disgregación de nuestra personalidad; la pérdida de "la porción más exquisita de nuestro yo", que se nos escapa con las cosas, que en la vorágine del tiempo se dispersa. En **Avendaño** hay consecuencia en lo moral, qué otra cosa es la fluctuación del peculiar pensamiento científico.

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

En el profesor de energía que es **Avendaño** los años no amortiguan ni su inteligencia, que es curiosidad vibrante y amable crítica, ni el sentimiento que es en él amor entrañable a la juventud y a la brillante tradición de nuestra Escuela Médica. No se advierte en él la devastadora acción geriátrica . . . "la obra profunda de la hora, la labor del minuto y el prodigio del año", que dijera Darío. Se confirma en él que "juventud es sensación interna", como lo ha dicho acertadamente el maestro Bello. Bien sabe el maestro **Avendaño** que en esa juventud del alma está nuestra salvación, como decía Guyau. Por eso, su interés de todos los días, sus oportunos consejos, sus frases de castigo contra tantos males profesionales que nos aquejan: el charlatanismo, la falacia y el egoísmo infecundo; de allí, también, su credo de esperanza en un renacimiento médico nacional, que prolongue las épocas gloriosas de San Fernando. Y, a este respecto, no debemos olvidar las "verdades tradicionales". El Dr. Bello ha dicho elocuentemente: ". . . el adelanto médico como toda obra humana tiene hondas raíces en el pasado, en la captación original del día intervienen como orientadoras ideas y esfuerzos de muertos y retirados." Recordemos la advertencia del poeta:

> Justo es que los que tienen con el nombre una gloria
> no olviden que esas hojas fueron flores ayer.

Nuestra Escuela Médica será tradicional: no puede ni debe renunciar a su glorioso pasado. "La ciencia del espíritu humano es la historia del espíritu humano" ha dicho Renan. De acuerdo con la teoría del conocimiento, acéptese el determinismo o el contingentismo, no hay conceptos, valores ni formas eternas, sino flujo y reflujo de las ideas; oscilación eterna entre el pasado y el presente. Obsérvese, por un instante, la evolución de las doctrinas médicas: síntesis hipocrática en el remoto pasado, dilatado período analítico después, y, por último, renacimiento de la medicina sintética en nuestros tiempos.

La medicina no ha cesado de girar entre estos dos polos, como dice Allendy. Es esta doctrina respetuosa del pasado, la que sostiene el Profesor **Avendaño** con la autoridad que le prestan su profunda cultura profesional y su larga existencia, desarrollada paralelamente a la evolución de dos grandes etapas de las ideas médicas. El Dr. **Avendaño** constituye, pues, nexo entre dos grandes generaciones médicas nacionales, y, por ende, debería constituír, igualmente, fuerte vínculo en nuestra clase médica. Y apunto un aspecto muy interesante de la personalidad del Dr. **Avendaño,** que podría a primera vista considerársele como antitético a la rectitud de su carácter: quiero referirme a su tolerancia. Tolerancia de ideas, opuesta a todo dogma científico, a todo conservadorismo: es inútil pretender que los discípulos continúen fieles a la doctrina del maestro, pueden convertirse en adversarios. Pero, no importa: ¿no es el maestro, frecuentemen-

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

te, como observa Nietzche, el adversario y enemigo irreconciliable de su propia doctrina?. Es esta "rígida moralidad cerebral" la que se intrinca con la personalidad moral del maestro; ambición insatisfecha, libre juego del pensamiento, mariposeo inquieto de la inteligencia que no serán jamás obstáculos al progreso del discípulo.

El maestro **Avendaño** no sufre esos síntomas de "fatiga", que Nietzche considera estigmas de caducidad cierta, de decrepitud: "No pretende imponer, con la herencia de su obra científica, una restricción del pensamiento soberano; no teme ni calumnia el orgullo y la sed de libertad de los espíritus individuales; ni quiere ser el dique en que se estrellen para siempre las olas del pensamiento". Pero, pide disciplina en la conducta y las ideas, y respeto para todos los valores. Pide generosidad, pide nobleza, porque sólo es noble el que noblemente piensa y obra, según el bello pensamiento de Heine.

APROPOSITO

Por el Dr. **J. ERNESTO EGO-AGUIRRE.**

I°

El doctor **Leonidas Avendaño** ha cumplido cincuenta años de honesto ejercicio profesional. Ni **Odriozola,** ni **Ulloa,** sus antecesores en la Historia de nuestra Medicina, consiguieron el público reconocimiento de sus colegas. Si **Odriozola** fue la ciencia y la rectitud; si **Ulloa** fue la imaginación y la esperanza, **Avendaño** es la institucionalidad y la ética en su más acabada significación. He aquí porque su persona ha sido, antes que el objeto de los íntimos cariños familiares, el motivo de un gran suceso espiritual que ha afectado a toda la comunidad médica de la República. Las palabras que ha dicho en la Academia de Medicina no son las de un septuagenario. En el discurso palpita su mas prodigiosa modalidad caracterológica: el optimismo.

Al maestro **Avendaño** le acompañaron siempre el afán de crear y el ansia de robustecer las instituciones médicas. La Unión Fernandina, la Sociedad Amantes de la Ciencia, la Academia de Medicina recibieron su impulso. Su inquietud porque no se eclipse el respeto público para los cultores de la Medicina en el Perú lo llevó a cooperar a su establecimiento. Por esa intención se gana el aprecio de todos los que lo comprenden. Y allí está la

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

razón de que lo veamos en las horas difíciles de la Facultad de Medicina, del Círculo Médico Peruano, de la Sociedad Médica de Arequipa. Al cumplir, en 1930, los setenta años de edad, sus amigos alzamos nuestras voces, en una actuación memorable, con el deseo vivo y encendido de reconocer que hizo todo lo posible para bien de la Medicina y de los que juraron conservar la albura del traje de Esculapio.

II°

Leonidas Avendaño ama intensamente su profesión. La ama como ciencia y como arte. Y ama, intensamente también, las agrupaciones y los periódicos creados para fomentarla. "La Crónica Médica" es su obra. En nombre de ese amor ha sacrificado el reposo a que tiene derecho una vida de cincuenta años de trabajos clínicos, médico-legales, docentes, asistenciales. Su gloria está precisamente en esto: haber antepuesto a sus intereses privados, las perennes necesidades de su profesión y de su gremio.

En éste Perú sin sanción y sin justicia muchas veces se repite una terrible verdad: los que mejor combaten son los que menos triunfan. No le duele a **Avendaño,** ni tampoco nos duele a nosotros, confirmar, en el mundo médico, ésta amarga y desalentadora afirmación. No nos duele que por culpa de eso desaparezcan unas instituciones, se corrompan otras y se le arrebaten a los médicos sus prerrogativas y derechos dentro del ambiente nacional. Pero, sí nos duele, que se evidencie mas cada día la falta de espíritu corporativo, esa secuela de las luchas enconadas y de las incomprensiones entre los miembros de una colectividad superior.

Avendaño pudo muy bien aprovechar, cuantas veces en su larga vida, de esos motivos, para desaparecer silenciosamente del primer plano profesional. Las horas tempestuosas nunca consiguieron hacerle perder sus posiciones, ni abatir sus bríos de recio luchador. Se ha creído él toda su vida un médico de acción. Por eso ha recibido la devoción de sus colegas. Por eso mismo es beligerante y altivo cuando se trata de los derechos y deberes de sus compañeros de clase. Y por aquella razón ha podido decir que "la deontología médica se convertirá en un mito, si no se adopta la firme resolución de enmendar los rumbos torcidos por los que se orienta, hoy por hoy, las actividades públicas de los profesionales médicos, nacionales y extranjeros".

III°

Frente al homenaje hecho al doctor **Leonidas Avendaño** tomemos la decisión de seguir sus enseñanzas. Su personalidad

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

médica nos sirve de motivo para la pacificación y la concordia — lo decimos con las palabras de moda — del gremio médico peruano. El profesional de la medicina debe tener sus ideas sociales y gremiales. Y son muchos los casos en que le convenga intervenir con su opinión o con su fuerza. El título profesional implica responsabilidades. Y carecer de espíritu colectivo es un hecho sin sentido posible de justificación. Si los médicos no se agremian sólo ellos son los que pierden. No importa que existan algunos para quienes la unión no se cuenta. Acaso, la mayoría sabe que es ese su deber más esencial. Y cuando se ha tenido la fortuna de borrar diferencias — lo conseguido por el Dr. **Avendaño,** en 1926, al restaurar el hogar de los médicos arequipeños — bien se puede, a la sombra de ese recuerdo, tener el mismo propósito para con los médicos honestos de la capital.

Ya es inexcusable la falta de una entidad que sea la síntesis de las múltiples inquietudes del cuerpo médico nacional. Una colectividad profesional que carece de una institución representativa no pesa nada dentro de la vida pública de un país. Una colectividad que así existe es, de hecho, una colectividad embrionaria. Por eso, el problema del Perú médico es un problema de representación. Como sus médicos no son una realidad institucional con personería jurídica reconocida y con derechos para intervenir en cuanto les atañe, sus pensamientos y sus propósitos jamás constituyen un suceso público.

Los que pretenden reivindicar los derechos médicos deben fijarse en que es necesario lograr, primero, la colegiación. Colegiación. Colegiación obligatoria por acción de la ley si es preciso. El médico dejará de ser así un individuo para convertirse en una agrupación. Luego, será jefe y no subalterno, para, a fuerza de mandar, concluír señalando las orientaciones de la Medicina, de la Sanidad y de la Asisteacia en el país. El doctor **Leonidas Avendaño** — se nos antoja a nosotros — es nada menos que el hombre que puede aspirar a la más elevada dignidad de agrupar a todos los médicos peruanos. Su esfuerzo sería un episodio más de sus nobles afanes institucionales. Lamentaríamos solamente que la fortuna lo dejara por tratarse de tan elevada personalidad. Y, también, por la Medicina y por sus reivindicaciones indispensables.

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

OPINIONES SOBRE EL DR. AVENDAÑO

Deseando tejer al maestro, con motivo de su jubileo profesional, una corona de gloria con las opiniones de los más conspícuos elementos representativos, los Drs. Paz Soldán, Fernández Dávila y Bambaren las solicitaron en los siguientes términos:

"El 29 de Abril del presente año celebra sus Bodas de Oro profesionales el doctor don **Leonidas Avendaño,** personalidad de recia contextura moral, que ha marcado profunda huella en nuestro medio médico.

Quienes lo admiran y quienes son sus discípulos y amigos, preparan el homenaje merecido a su vida de ciudadano, de maestro, de académico, de escritor y de médico.

"La Crónica Médica", que fundase en 1884, se propone editar un número extraordinario que conmemore ese acontecimiento; con tal motivo nos dirigmos a Ud., como representativo de la Institución que preside, pidiéndole que, en la forma que estime conveniente, emita un juicio, ya sobre el volumen total de la obra que ha realizado el Profesor **Avendaño,** ya sobre una faceta cualquiera de sus actividades ciudadanas, docentes o profesionales".

Antes de publicar las respuestas y por el valor que reviste insertamos el voto de simpatía del **Congreso Constituyente** que dice así:

"Los Representantes que suscriben;—Teniendo en consideración: La fecunda labor científica realizada por el doctor Leonidas Avendaño, quien cumplirá el día 29 de los corrientes cincuenta años de vida profesional, dedicados al servicio de la humanidad y consagrados a la enseñanza con abnegación, filantropía y constancia loables, y que es, por lo mismo, acto de justificación congratularle en sus bodas de oro, piden que el Congreso Constituyente acuerde enviar un voto de simpatía al médico peruano, doctor Leonidas Avendaño, en la clásica fecha que va a celebrar.—Lima, 26 de abril de 1934.—(Firmado) Ricardo Monteagudo.—Armando Montes.—Rómulo A. Parodi.—Clímaco Tamayo.— Lorenzo Esparza.— Matías E. Prieto.—Juan B. Ortega.—Fortunato A. Canales.—Godofredo Madueño.—Pablo Ernesto Sánchez Cerro.—José Ignacio Portocarrero.— Ernesto Delgado Gutiérrez. — Efraín Trelles. —Alejandro Villena.—Enrique Villagarcía Humaga.—Congreso Constituyente de 1931.—Lima, 27 de abril de 1934.—Trascríbase por Secretaría y archívese.—(Firmado) Revilla. — Gonzalo Salazar.—"

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

EL PRESIDENTE DE LA CORTE SUPREMA DE LA REPUBLICA, DR. ULISES QUIROGA SE EXPRESO, ASI:

"Me es sumamente grato satisfacer esa solicitud, exteriorizando mi pensamiento en esta oportunidad y en el sentido que puedo hacerlo para enaltecer sin exageración alguna, las condiciones del Sr. Dr. Avendaño a quien considero en el número de nuestros médicos principales, de ciencia verdadera, que estudia y profundiza los problemas de su profesión. Su activa y amplia consagración le permiten resolver con inteligencia y acierto en los numerosos casos en que interviene en el ejercicio de esta profesión. Su autorizada opinión se toma en consideración por los tribunales y juzgados, que solicitan sus informes para mejor resolver las cuestiones legales que tienen necesaria conexión con la ciencia de la medicina. Cabe agregar la virtud de la modestia y el sentimiento de humanidad para la asistencia del enfermo en el cumplimiento de su noble misión. Y esta es la opinión unánime en el país, que no hago sino confirmar sobre la labor realizada por el doctor Avendaño en el trascurso de cincuenta años, y que constituye ejemplo que todos debemos imitar."

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS DE LIMA, DR. CARLOS ROSPIGLIOSI VIGIL, SE EXPRESO ASI:

"El Consejo de Administración de la Universidad mira con toda simpatía el merecido homenaje que se prepara al Profesor Avendaño con motivo de sus Bodas de Oro profesionales. Se asocia a este justo homenaje, porque considera que toda la vida profesional del Dr. Avendaño ha significado siempre un sólo y continuado esfuerzo por el progreso de la Medicina nacional y el engrandecimiento y prestigio de la Facultad, a la cual prestó, en todo momento y con todo calor, todas las energías de la mayor y mejor parte de su vida profesional. Los jóvenes médicos deben inspirarse en este ejemplo".

EL DR. MAX GONZALES OLAECHEA, ULTIMO DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, EN EL MOMENTO DE SU CLAUSURA, SE EXPRESO ASI:

"El homenaje que los discípulos y amigos del Dr. Avendaño van a discernirle con motivo de sus Bodas de Oro profesionales que se cumplen el 29 de abril del presente año es muy merecido.

Efectivamente el Dr. Avendaño ha sido un profesional destacado y Catedrático eminente de la Facultad de Medicina.

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

Desde estudiante se reveló como un entusiasta cultor de las Ciencias Médicas, pues antes de recibir su título profesional, fué en 1883 con Matto, Muñoz, y otros estudiantes, fundador de la Sociedad Médica "Unión Fernandina", de la que fué su primer Presidente; propiciando al año siguiente la publicación de la "Crónica Médica", formando parte del comité redactor desde entonces hasta el presente.

Avendaño se ha distinguido por sus escritos en relación con la historia de la Medicina en el Perú, haciendo resaltar la figura de muchos médicos de la colonia y de la era republicana, entre ellos debemos recordar a Unánue fundador de la Escuela Médica peruana, y Heredia de la Facultad de Medicina; sus estudios sobre estos personajes, son concienzudamente hechos y revelan en su autor un notable espíritu de investigación.

Pero en donde su labor ha sido más profícua en resultados, es en su enseñanza en la Facultad de Medicina, pues al frente de la Cátedra de Medicina Legal, ha dado magníficas lecciones en relación con los variados temas de esta disciplina; entre ellas debemos recordar las relacionadas con cuestiones de identificación y aquellas profundamente moralizadoras sobre Deontología Médica.

En este ramo Avendaño no limitó sus actividades en la Cátedra, las hizo extensivas a la práctica civil; han sido publicados la mayor parte de esos informes, sobre diversas cuestiones médico-legales; sus opiniones luminosas han servido para orientar las decisiones del Poder Judicial.

Avendaño ha prodigado todo su saber en beneficio de la Medicina nacional, es pues acreedor al homenaje que se le tributa; me es honroso el asociarme a él con el mayor agrado."

EL DR. RAUL REBAGLIATI, SUBDECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, EN EL MOMENTO DE SU CLAUSURA, SE EXPRESO ASI:

"En naciones de desarrollo intelectual incipiente como la nuestra; donde no hay más estímulo para el esfuerzo personal que las situaciones que otorga la política y se desconoce y hasta se menosprecia el trabajo honesto, la búsqueda paciente, la investigación metódica, la labor técnicamente conducida, los hombres que, como el doctor Leonidas Avendaño, realizan tales actividades, constituyen **rarezas** y sólo son comprendidos por quienes poseen sus mismas o parecidas cualidades espirituales.

El profesor Avendaño, maestro ilustre, médico legista esclarecido, investigador y conservador de nuestro pasado médico, polígrafo de amplia cultura, sociólogo, folklorista y deontólogo, es la encarnación del **laborioso** que pone al servicio de su obra el talento que le es innato, su experiencia en el juicio de los he-

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

chos y la disciplina mental que ha sabido adquirir en su larga actuación como hombre de ciencia.

Quienes fuimos sus discípulos y desempeñamos hoy funciones docentes estamos en el deber de exaltar la personalidad científica del profesor Avendaño y señalarla a las generaciones médicas como ejemplo a seguir y gloria a perennizar al lado de las figuras más culminantes de la intelectualidad médica peruana."

EL DR. GERARDO ALARCO, DIRECTOR DEL SERVICIO DE SANIDAD MILITAR, SE EXPRESO ASI:

"Es grato emitir juicio sobre el trabajo de un hombre que supo desplegar actividad ejemplar y hacerlo, sobre todo, cuando todavía puede brindar óptimos frutos. En el Perú se espera, casi siempre, la muerte para honrar a los ciudadanos; entonces se lamenta su desaparición y brotan cualidades que muchas veces no poseyeron, es decir, que se vive más con el pasado que con el presente.

Conviene sostener la tésis de reconocer los méritos de los vivos, de aquellos que por este reconocimiento se les obliga a superarse, a mantenerse en el camino de la honestidad, convirtiéndose en elementos guías de la multitud.

La conmemoración de las bodas de oro profesionales del Dr. Leonidas Avendaño, dá oportunidad para que se señale las características que ha tenido la obra realizada por este esforzado trabajador intelectual.

Debo circunscribirme en este momento a reseñar algunos detalles de la actuación que le cupo desempeñar en el breve espacio de tiempo que perteneció al Servicio de Sanidad Militar.

Durante el Ministerio del inolvidable General Pedro E. Muñíz ingresó el Dr. Leonidas Avendaño a la Sanidad Militar. El 12 de Abril de 1904 se le nombró 1er. Cirujano del Servicio de Sanidad Militar, expidiéndosele Despacho de Cirujano de 1a. Clase, el 27 de Julio de 1905.

Creada la Sección Técnica en el Servicio de Sanidad, el Dr. Avendaño formó parte de ella y al retirarse del Servicio el 29 de Junio de 1909, pertenecía a ella con el alto cargo de 1er. Cirujano.

Avendaño era ya un prestigio científico cuando ingresó a la Sanidad Militar y naturalmente redundó en beneficio para el Instituto Armado su ingreso al Ejército. No hay duda que en la vida de Avendaño su permanencia en la Sanidad Militar fué un hecho accidental, porque su norte, el campo de sus actividades deslumbrantes era y es la Medicina Legal, donde supo desarrollar magnífica labor docente, preparando discípulos que honran al maestro y

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

que constituyen exponentes apreciables de la Escuela médico-legista peruana.

Encuentro acertado que se rinda homenaje a Avendaño con motivo de sus bodas de oro profesionales, para que sirva de ejemplo a las presentes y futuras generaciones y sobre todo porque uno de los números del homenaje sea una edición extraordinaria de "La Crónica Médica" que él fundase en 1884, cuando el país inicialba su convalescencia después de los desastres y contratiempos que sufriera.

Es justo recordar el significado del empeño que pusieron los estudiantes fernandinos al reiniciar las publicaciones periódicas que vocean el trabajo intelectual peruano, que fué acallado por el estruendo bélico y el desastre subsiguiente. Avendaño fué el Director de esa empresa de ascendrado nacionalismo y de indiscutible amor a la Ciencia; constituye este hecho un acontecimiento singular en la larga carrera profesional de este distinguido médico".

EL DR. JUAN LASTRES A NOMBRE DE LA "ASOCIACION MEDICA PERUANA DANIEL A. CARRION", SE EXPRESO ASI:

"Cincuenta años de brega cotidiana en esta tenáz lucha contra la ignorancia que es la medicina, cruzada que pone en dura prueba los más fervientes optimismos y los más desinteresados anhelos de bienestar social, que es el amor a la humanidad doliente. Cincuenta años dedicados a pacientes especulaciones científicas, fluctuando desde la proyección benéfica del arte de curar, pasando por el esfuerzo intellectual cotidiano para ponerse a tono con los últimos conocimientos, hasta la tranquila mesa del escritor, que se esfuerza por desenmarañar escrupulosamente, la personalidad y hechos de valores médicos ya cubiertos de un velo de olvido, tan frecuente en los discípulos de Hipócrates.

La múltiple actividad científica del Dr. Avendaño, sobre todo aquella referente a sus lucubraciones médico legales, requeriría extenso comentario. Ello lo harán con mayor fecundidad y valimiento, expertos y especiallistas en la ciencia de Zacchias; ahora me limitaré a diseñar solamente una de sus actividades, aquella del escritor médico, del historiador en medicina Peruana, ciencia esta que infortunadamente no ha tenido muchos cultores, deserción lamentable, que ofende a la cultura, y más aún a la nacionalidad, deserción principalmente de la juventud, que motivara la amarga reconvención del Prof. Valdizán, el Padre de la Historia Médica Peruana.

La historia es la filosofía de las ciencias, es la maestra de la vida como decía Cicerón; cuyas fecundas enseñanzas no se pueden desdeñar impugnemente. La evolución de las diversas doctrinas médicas, que han tenido su zénit más o menos duradero, para caer

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

después en la penumbra, precursora del olvido, ofrecen al estudioso, no solamente el esfuerzo intelectual inherente a la concepción, sino el desenvolvimiento de las ciencias, no siempre en el sentido del progreso, sino sufriendo también las influencias generales biológicas de la evolución de las civilizaciones, lo que se podría llamar la filosofía de la evolución. Vivimos cómodamente la etapa presente, sin preocuparnos poco ni mucho de la anterior o anteriores, con las que guarda un estrecho lazo de consaguinidad. El poco conocimiento de la producción intelectual de las figuras médicas desaparecidas, como corolario del desapercibimiento subconciente del pasado, fuente de enseñanzas múltiples, hace que juzguemos en poco de su valer y aún menos de la crítica de su obra.

La bibliografía médica peruana en la actualidad, forma un acervo científico digno del mayor respeto gracias a la acuciosidad histórica y eficiente del malogrado Profesor Valdizán. Las ideas y conceptos que se encuentran desparramados en ella, constituyen valiosos documentos, unos modestos y otros superiores, dignos precursores del edificio médico moderno.

Restando tiempo a sus múltiples faenas de la práctica del arte de curar, el Prof. Avendaño bucea provechosamente en los dominios de la historia médica.

Ha sabido captar provechosamente la sagrada herencia dejada por sus predecesores. Antes de cultivar la historia, le domina un poderoso sentimiento americanista, o mejor nacionalista. Todos sus escritos van impregnados de este sello, romántica herencia del glorioso panteón médico nacional. Es el nacionalismo fervoroso de Unánue de comienzos de la centuria; es el culto nacional de Heredia el santo; y el romántico gesto pineliano de Ulloa, que rompe definitivamente las cadenas que sujetan los infelices alienados, lecciones prácticas de culto reverente que el Prof. Avendaño, recibe y desarrolla convenientemente.

Este nacionalismo, inculcado por estas gloriosas figuras, no ha germinado de manera lozana en la masa médica; apenas si se observa uno que otro destello, que luego se apaga.

Como buen discípulo, y predilecto de Ulloa, Avendaño orienta sus primeras producciones con marcada tendencia nacionalista, la misma que después llegará a su apogeo en la preclara figura de Valdizán su erudito discípulo. Peruanista por excelencia, procura no caigan en el olvido médicos ilustres. Por eso defiende a Lino Alarco, cuando desde 1872, instituye el tratamiento con inyecciones intravenosas de cloral, para esa terrible enfermedad de localización medular, el tétanos. Igualmente alaba el notable descubrimiento del Prof. Celso Bambarén en el órden anatomo-fisiológico; las figuras de Miguel E. de los Rios y Mariano Arosemena Quesada, verdaderos precursores de Finlay, en el descubrimiento de agente etiológico y manera de trasmisión de la fiebre amarilla.

Su labor biográfica de personajes contemporáneos es bastante grande. Allí andan insertas en las revistas de siglo pasado,

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

toda su vasta producción. Las biografías de Manuel Odriozola, José Mariano Macedo, Juan M. Byron; de Mariano Arosemena Quesada su muy renombrado antecesor en la especialidad predilecta de su vida, la medicina legal. De Daniel A. Carrión, se conservan dos notas biográficas en los años posteriores a su muerte. Además deben mencionarse las notas histórico-necrológicas de los Drs. Leonardo Villar, Pablo Patrón y David Matto, ilustres clínicos y buenos historiógrafos, sobre todo los dos últimos.

Como buen amante de antiguallas, de esa donosa "ropa apolillada" y "ropa vieja" de que nos habla el maestro Palma, aplaude la idea de Valdizán de formar una Bibliografía Médica Peruana, labor gigantesca para medio tan reducido, donde son tan pocos los admiradores del pasado, de "ese pasado tan injustamente despreciado por no pocos intonsos".

La medicina legal, su predilecta, y la anatomía, le merecen algunas consideraciones históricas. Como Muñiz y Valdizán hace hincapié sobre el opúsculo del R. P. Francisco González Laguna, primeras letras peruanas sobre asuntos médico-legales. Defiende con mucho entusiasmo las dotes excepcionales de Tafur; la "clarovidencia" de Heredia cuando considera los estudios médico legales en el nuevo plan de la Facultad de Medicina el año 1856. Pero al referirse al Dr. Arosemena Quesada, tiene gratas palabras recordatorias de este gran maestro de medicina legal.

En "Después de 1880....", se muestra un cronista sutíl y fiel de los acontecimientos. Aquel año del 80, de tan funesta recordación, con los horrores de la guerra nacional y la zozobra consiguiente de las nacientes instituciones médicas, merecen de Avendaño la más franca condenación. Esta página histórico-médico de la tragedia nacional, conmueve a los lectores a pesar del tiempo trascurrido. La reacción pronta y eficáz de la juventud ante el desastre, el arrojo y valor de los fernandinos de la época, al dejar las serenas regiones del espíritu, para alistarse en los agitados quehaceres de la guerra... son descritos por Avendaño, con ese matiz propio del que ha vivido el momento emocional. Desfilan así, con el atinado párrafo y el merecido homenaje, las figuras de Ulloa y Dulanto, Becerra y Gall, Zapata, Montes, Meza y muchos otros; desde el más encumbrado profesor, hasta el más modesto alumno. Con qué desolación cuenta la furia italiana del invasor contra todo lo que significara cultura, furia llevada hasta los antros mismos, depositarios de históricos tesoros: la Universidad, las bibliotecas, etc.....

Para el malogrado Muñiz, muerto prematuramente, el digno discípulo y contemporáneo de Ulloa, tiene frases de merecido elogio. Este eminente hombre de ciencia, al mismo tiempo psiquiatra médico-legista, fué un verdadero innovador en el tartamiento de esta clase de enfermedades de la mente.

Avendaño, como historiador-cronista de las instituciones a las que dió calor y vida o a las que lejanamete favoreció con su entusiasmo, tiene la veracidad y precisión del que ha contemplado de cerca su nacimiento y evolución. Tal pasa con la Sociedad

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

Unión Fernandina, con la Academia libre primero, y después nacional, con las publicaciones médicas de entonces: el Monitor, la Gaceta y la Crónica Médicas. Y nadie como él para haber vivido provechosamente el período más accidentado de la profesión médica en el Perú. Su espíritu se rejuvenece, cuando evoca las instituciones queridas, a las que comunicara su energía y su intelecto.

En Avendaño, historiador anecdótico, el estilo medido, mesurado y serio del trabajo, del discurso o del artículo, se torna aquí suave, ameno, mezclado de la chispa criolla, rememorando el gracejo de buen número de personajes médicos notables.

En "De cosecha ajena y de la propia", se mezcla armoniosamente, la verdad histórica del anécdoto y el donaire del escritor galano. Allí desfilan en sabrosos comentarios, dichos y hechos de notabilidades médicas como Lino Alarco, Manuel Odriozola, Manuel Adolfo Olaechea, Byron, etc. Tienen cierta semejanza con el anecdotario médico de Valdizán, en que se dan cita la finura del estilo, la gracia y la chispa criollas.

El trabajo médico de más aliento, es sin duda, el discurso de órden conmemorando el centenario de la Facultad de Medicina, y que como él dice es la historia de ella durante el siglo de fundada (1811-1911). En él hace principalmente la apología de Unánue y de José Manuel Dávalos; del gran Dávalos, que tuvo no pocos sinsabores en el ejercicio profesional y cuya figura queda opacada aunque injustamente por la preclara de Unánue. Como Valdizán, se yergue contra la ola de destemplanza con que se recibió en el Perú, el espíritu superior de Dávalos.

La vocación histórica de Avendaño, deriva en partes iguales de su acendrado nacionalismo y de la irradiación hacia la cultura general. Añádase a esto, las aficiones médico-legales, que representan campo propicio a las investigaciones históricas afición que puede descubrirse en casi todos los cultores de estas disciplinas. Es patente el hecho de que cultores de las especialidades psiquiátrico-neurológico, médico-legales, tienen derivación provechosa, sobre todo en nuestro medio, por la historia.

Veamos como cuenta el Prof. Avendaño su iniciación en estas disciplinas: "Desde los albores de mi vida profesional he sido un convencido cultor de la medicina autóctona. Ante la contemplación del majestuoso edificio de la medicina secular y del vertiginoso progreso de las ciencias médicas; y, después de haber leído con verdadera devoción en los clásicos el incesante flujo y reflujo de las doctrinas médicas, que desde los tiempos de Hipócrates, con su inmortal humorismo, se han disputado la primacía para explicar lo íntimo de la vida y lo misterioso de la enfermedad; se despertó en mi ánimo el deseo de conocer lo que había sido la medicina entre nosotros y justipreciar la parte que a cada uno de

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

Biblioteca Lima - Perú

nuestros antepasados ha correspondido, en la gigantesca empresa de crear la medicina nacional y contribuir a su progreso".

Con muy orientado criterio reclama el Prof. Avendaño, en reciente artículo ("La Historia en Medicina", Rev. Med. Per. 1933, No. 35), que se haga la historia crítica de la medicina peruana, y lo hace en ocasión solemne al conmemorarse el primer centenario de la muerte de Unánue, Padre de la medicina americana. Francamente que la labor crítica de historiadores y de historias, es bastante penosa, pues reclama un vasta erudición, criterio recto e imparcial y una buena dosis de amor por las cosas viejas. En los escritos de Avendaño campea su afán histórico a partir de la colonia, en especial desde la figura de Unánue. De los anteriores, le merecen algunos párrafos laudatorios: Peralta y Cosme Bueno, los enciclopédicos, Petit, Delgar los cirujanos y muchos otros.

Valdizán ama la historia en su totalidad, desde sus más remotos orígenes, hasta la etapa presente, desde la remota época incaica, procurando desentrañar en la expresión inanimada de los huacos, signos de alteración en las funciones psíquicas; hasta la era republicana, pasando por la asarosa etapa de transición colonial. La amplitud generosa y fecunda de la obra de Valdizán en el sentido de la historia, no tiene paralelo. Me recuerda al leer la evolución histórica de la Astronomía, la figura de Copérnico, estableciendo su sistema heliocéntrico, y produciendo la revolución científica más beneficiosa a la humanidad. Su afán constante es el de llenar todos los claros, todos los puntos litigiosos en la historia de la medicina. Enriquece la época incaica, con la orientación psicológico-psiquiátrica del investigador original. Intepreta fielmente la inanimada expresión de los especímenes de cerámica incaica y atisba minuciosamente en el vocablo quechua, la riqueza expresiva de la lengua, para expresar los diversos estados de ánimo. El comentario crítico de la estupenda obra histórica de Valdizán, requeriría un trabajo especial que rebaza los límites de este simple artículo. Historiador verídico, cronista ameno, bibliófilo romántico, anecdótico sutil, folklorista insigne, iniciador fecundo de esta disciplina; poseyendo estilo ameno y fácilmente adaptable a todos los tonos del trabajo y del discurso, Biógrafista insuperable y enciclopedista, Valdizán reune todas las cualidades del buen escritor, de aquel que posee la clave de deleitar sin esforzarse en lo menor.

Su autoridad en materia médica, es comparable a la de Cieza de León entre los historiadores primitivos de Indias. El fácil acceso de los historiadores clásicos, desde Cieza, Garcilaso y Gomara, hasta Polo, Las Casas, Pachacuti, etc. le dan la fidelidad histórica; el resto lo da el fino espíritu crítico del autor.

La "Historia crítica de la medicina peruana", tal como lo propone el Prof. Avendaño, en su artículo ya citado, representa notable esfuerzo para los estudios de la generación presente. La-

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

bor árdua en el sentido de lo inconcluso del edificio, de lo difuso de la producción y del poco juicio crítico para juzgar muertos y vivos, capáz de perturbarse por los grados de la personal simpatía. Convendría hacer lo del ilustre escritor inglés Markham al iniciar su obra "Los Incas del Perú". Realiza una juiciosa crítica histórica de los historiadores, marcando para cada cual el justo lugar ante la posteridad. Ya Valdizán en la Introducción a la primera edición de su obra. "La Facultad de Medicina de Lima" hace un bosquejo crítico de los historiadores y el primer ensayo de ordenación sistemática de trabajos históricos. Así desfilan Lavorería con su valioso trabajo, que representa el primer capítulo de la historia médica, Matto, Unánue, Dávalos, Pastor de Larrinaga, José M. Valdéz, Brandín, Ulloa, Muñiz, Patrón, Avendaño, Távara, Ernesto Odriozola, Eyzaguirre, Olano, Tello, Hercelles, etc.

El cariño de Avendaño hacia los estudios históricos, le sugiere la idea de propiciar la creación de la Cátedra de Historia de la Medicina. Con ser partidarios nosotros de la cultura integral en medicina, cultura general, que verifique la armonía del magestuoso edificio científico, sin embargo, no creemos que en medios tan reducidos y practicistas como el nuestro deba llevarse a la práctica esta concepción. Quedará como loable iniciativa en pró de la cultura general de que tanto carece nuestra profesión. Fomentando este anhelo de mejoramiento cultural, beneficioso aún para los más escépticos y los más apartados especialistas, habremos cimentado sobre bases sólidas el afán de la cultura médica, pues como muy bien dice un aforismo clásico: " el médico que sólo de medicina sabe, ni de medicina sabe".

EL DR. J. L. HAGUE A NOMBRE DE LA "ACADEMIA DE FARMACIA Y QUIMICA", SE EXPRESO ASI:

"El profesor Dr. Avendaño, no solo representa un valor indiscutible como médico de recia cultura integral y como profesor de vocaciones múltiples, el distinguido maestro que tanto lustre ha dado a nuestra ciencia médica como cultor de la Patologia, de la Medicina legal y de la Jurisprudencia médica, es además el orientador deontológico de la juventud precisando en caracteres indelebles el significado de la responsabilidad médica y el camino de moralidad estricta que deben seguir, los que se dedican al sublime sacerdocio que defiende a la humanidad del dolor y de la muerte.

El profesor Leonidas Avendaño, ha dedicado la actividad de su talento esclarecido, a dignificar la profesión farmacéutica ocupándose con magistral acierto del problema cultural de la farmacia y propugnando la necesidad de crear el doctorado en esta importante rama especializada de la medicina.

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

El Dr. Avendaño ha empeñado, pues, la gratitud de la profesión farmacéutica peruana y en consecuencia el comité ejecutivo encargado de la organización de la Academia de Farmacia, hace suyos y comparte los sentimientos de la intelectualidad médica del país y se complace en adherirse muy cordialmente a la manifestación que se celebrará en honor de tan esclarecido hombre de ciencia, rindiéndole los testimonios del más alto aprecio por su labor cultural y el homenaje de su elevada admiración y estima".

EL DR. ARTURO ROJAS, 'PRESIDENTE DE LA ACADEMIA DE ESTOMATOLOGIA DEL PERU", SE EXPRESO ASI:

"Emitir un juicio completo sobre la obra del Profesor Leonidas Avendaño en todos los aspectos de su vida profesional y social, sería una labor bastante ardua y mejor acometida por quienes le han observado más de cerca y han vivido con él las distintas evoluciones de su vida médica.

Son tan interesantes sus actividades en la vida ciudadana, en su vida de escritor, de académico, de profesor, de médico y de congresista, que realmente al emitir un juicio, hay que dividir y analizar las distintas facetas de sus actividades profesionales.

Pero antes que emitir un juicio parcial de su obra, solo quiero limitarme a hacer el elogio de admiración a quién solo tuvo como normas el esfuerzo, la rectitud, y la perseverancia en el trabajo.

Leonidas Avendaño inicia su brillante carrera obteniendo la contenta de licenciado y de Dr. en Medicina y muy pronto logra colocarse en la primera fila de los médicos destacados. Saturado de ideologías y poseedor de gran dinamismo, enriquece la literatura médica con sus interesantes escritos, que muchos de ellos han sido publicados en la Prensa extranjera. Funda la Sociedad Médica Unión Fernandina y "La Crónica Médica", se interesa y levanta el entusiasmo de los colegas por las actividades de los Congresos nacionales e internacionales en Medicina. Plantea por último, problemas de orden médico social y médico legal que le valen calurosos aplausos de la Prensa científica. De este modo, presta también a la patria importantes servicios aportando su contingente como hombre de ciencia y como ciudadano.

Dotado de cualidades excepcionales, siempre estuvo presente al llamado de la medicina y de la Sociedad, de la Institución Académica y de la Institución docente.

Por eso al leer su interesante biografía en el Diccionario médico del Dr. Valdizán no podemos menos que celebrar su obra que es obra de pocos en nuestro país, obra que constituye el orgullo de la Medicina Nacional. La obra de Avendaño nos recuerda la de aquel eminente Odontólogo y Médico español Dr. Florestan Aguilar, cuyo nombre, por su obra tan meritoria ha traspasado la frontera de su país, habiéndose hecho acreedor a la más alta distinción internacional dentro del mundo odontológi-

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

co: el premio Miller. Podemos establecer, pues un paralelo entre Florestán Aguilar y Leonidas Avendaño. El primero como padre de la Odontología Española, Leonidas Avendaño como el padre de la Medicina Nacional.

Como escritor Avendaño comprendió que el prestigio y progreso de las profesiones descansa en la Prensa profesional y a ella ha dedicado toda su vida. Sus innumerables colaboraciones testimonian su labor proficua y de bien por la Medicina Nacional. El nombre de Avendaño es conocido en el Perú y en el extranjero. Sus trabajos sobre Medicina Legal y Jurisprudencia Médica Peruana lo elevan en temprana edad a la docencia y allí sienta cátedra de doctrina y de saber por sus interesantes concepciones que arrancan el aplauso de sus oyentes.

Pero, la especialidad que ejercemos, La Odontología no se queda a la zaga en lo que concierne al reconocimiento de Avendaño. La Asociación Odontológica del Perú allá por el año de 1914 lo incorpora como Miembro Honorario en atención a su méritos, y hoy La Academia de Estomatología que tiene cuatro años y medio de vida en los que ha hecho incesante labor profesional ha podido notar siempre la concurrencia del Dr. Avendaño a las actuaciones culturales de sus reuniones anuales y así los Odontólogos hemos sido honrados recibiendo el aplauso caluroso y sincero de quien reconoce que su obra de lucha y de dinamismo por la ciencia médica no es letra muerta, pues siguiendo su ejemplo hacemos labor con el fin de mantener el prestigio y el progreso de las profesiones Médicas.

Al conmemorar las Bodas de Oro profesionales del Dr. Leonidas Avendaño, la Academia de Estomatología que me honro en representar hace votos por que la Providencia, conserve al autor de la obra más meritoria de la Medicina Nacional.

EL DR. JENARO HERRERA, A NOMBRE DE LA SOCIEDAD GEOGRAFICA, SE EXPRESO ASI:

"Con el modesto título de "Apuntes sobre la patología del Departamento Fluvial de Loreto", publicó en Lima en el año de 1891 el Dr. Leonidas Avendaño, su tésis para recibirse de Dr. en la Facultad de Medicina; cuyo trabajo va ser materia de esta disquisición.

La extremidad norte oriental del Perú, con ser tan rica e inmensa, no tiene un mismo clima en todas sus latitudes ni sus ríos navegables participan de la misma salubridad; y así vemos que las provincias altas de Moyobamba, San Martín, Huallaga, Ucayali y Alto Amazonas, tienen por principio general magníficas condiciones de salubridad; prestándose por lo mismo, en vasta escala, a la agricultura y colonización, y que los ríos Marañón, Napo, Huallaga, Ucayali, que por razón de su topografía tienen terrenos altos y no anegadizos, se prestan por lo mismo a la inmigración al paso que las arterias fluviales del Yavari, Caquetá,

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

Yurúa, Purús, Acre, Putumayo, Morena y Pastaza, son insalubres; especialmente los dos primeros en el período de las crecientes.

Los brasileños, de un modo poco humanitario, mas por egoismo que con arreglo a realidad, exageran, de un modo apasionado y poco caritativo, las condiciones de insalubridad del Departamento fluvial de Loreto; tendencia poco honesta que en, ocasiones nos restan brazos y colonos, como sucedió con la expedición que Alejandro Franzoi, en 1895, y con la colonización que conducía el Dr. Antonio Vaca Díaz, en 1897; a quienes costó trabajo el disuadirlos de su desviamiento, gracias a los esfuerzos y diligencias de nuestros activos cónsules del Pará y Manaos y a la campaña que nosotros emprendimos en Loreto Comercial publicando en dicho diario una serie de artículos sobre el clima de la amazonia y sosteniendo en ellos la tésis de que él, entre todos los tropicales, del mundo, es uno de los mejores; comprobando esa verdad con autoridades de los viajeros más célebres de esa bella región.

El Dr. Avendaño, llegó a Iquitos, como conspicuo miembro de la Comisión especial de Loreto, creada por ley de 4 de noviembre de 1887, en su calidad de vocal y médico de ella; comisión que presidió el finado coronel Samuel Palacios Mendiburu, que es la que se instaló el 22 de octubre de 1890, y desde esa fecha obtuvo en funciones hsta 1892, habiendo emitido dos informes oficiales que se hallan impresos en la Colección de Carlos Larrabure; y en el desempeño de la referida Comisión fué que visitó todo el Departamento, en la sección fluvial, y además saliendo del Perú las ciudades de Manaos, Pará y Río de Janeiro.

En dicha tésis su autor pasa revista a todas las entidades morbosas de la región, sea en la clase de epidemicas o sea en la de endemias, enfermedades dermatológicas y parasitarias; dando a la par que su tratamiento algunas reglas higiénicas a fin de evitarlas; y si pasa por alto a la lepra, fué sin duda porque cuando se publicó dicha tesis que fué en el año de 1891, dicha dolencia apenas se conocía en Iquitos y no estaba tan generalizada como hoy lo está en la provincia del Bajo Amazonas, hasta el extremo de haberse hecho necesario allí en la isla de San Pablo, la creación de un "Leprosorio" para recluir a las víctimas de tan repugnante enfermedad.

Dicha tésis tiene el mérito de haber sido el primer trabajo serio respecto de tan importante materia, a lo que sepamos; y después de ella es que otros profesionales que han visitado Loreto o permanecido en ese departamento, sea como médicos titulares o sueltos libres, han dado también su aporte, enriqueciendo el tema con trabajos que pasamos a reseñar:

El Médico sanitario George M. Converso, americano, estudia la región bajo el punto de vista de la sanidad y agua potable y pavimentación.

El médico chalaco Luis Oscar Romero, que murió en la ciudad de Málaga, España, el 11 de julio de 1925, después de ha-

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

berse dedicado al especial estudio de las enfermedades tropicales, tanto en Iquitos como en la ciudad de Río de Janeiro, donde tuvo numerosa clientela y fué director de una clínica bastante reputada.

El Dr. Enrique Dávila Cárdenas, quien en noviembre de 1920, publicó en Lima el opúsculo "El saturnismo en el Perú" (contribución clínica y social, tésis para recibirse de doctor en la Facultad de Medicina).

J. M. Figueroa— Anemia o uncinariosis de la Montaña— Lima, 1898.

López de Campos H. (brasileño), "Climatología médica del estado de Amazonas", Manaos,, 1909.

Lecointe Paul, francés, "Clima amazónico y mas especialmente el clima del Bajo Amazonas", Paris, 1906.

A. T. Miranda, "Anquilostomiasis en nuestras montañas", Lima, 1910.

Ezequiel A. Martinez, "El paludismo en Chanchamayo", Lima, 1920.

Y otros trabajos más, análogos de los médicos Emiliano Castañeda, Matias Ferradas, Julio C. Montero y Luis Gonzalez Zúñiga.

La tesis que analizamos y la de José Mata Rojas, que lleva por epígrafe "Geografía médica de la provincia de Parinacochas", constituyen, a no dudarlo, valiosas contribuciones a la geografía médica del Perú, que, después de un modo general escribieron y publicaron los doctores Sebastián Lorente, y Raúl Florez Córdova, con el título de "Estudio sobre geografía médica y patologia del Perú", Lima, 1925."

EL DR. V. FERNANDO QUEVEDO L., PRESIDENTE DE LA "LIGA NACIONAL DE HIGIENE Y PROFILAXIA SOCIAL," SE EXPRESO ASI:

"Al conmemorarse el 50 aniversario de la fecunda labor profesional de la que ha hecho sacerdocio el Maestro epónimo Dr. L. Avendaño, la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social", cumple el grato deber de presentarle el homenaje de su respetuosa admiración y simpatía.

El Dr. Avendaño de elevada estructura moral, en quien se dan en armónico equilibrio, la explendidez y la bondad de su corazón, su ponderado talento, inagotable laboriosidad, su sencillez y su modestia, atesorando un gran caudal de saber y de experiencia, ha impreso y mantiene en el seno de la Liga, en la que ha ejercido la Presidencia y es el más destacado de sus miembros, su personalidad superior, estimulandola en su labor cultural y científica.

Su longeva austera vida, en superación cuotidiana dedicada con apostólico celo a la ciencia y al bien, se ha hecho tan notoria en la Academia y en la Facultad de Medicina, de la que es Catedrático jubilado, por su gran versación dominando las más

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

arduas cuestiones de la Medicina Legal, querido y respetado, en todas las instituciones científicas del país y donde quiera que su colaboración ha sido demandada, ha dejado las huellas de su inteligencia y de su honrada labor llena de aciertos que se reconocen y admiran en Europa y en América y por doquier se extiende su fama y la aureola del prestigio notorio que rodea su nombre.

Ilustrado no solo en sus disciplinas profesionales sino también en múltiples ramas del saber humano, este ejemplar ciudadano y padre de familia modelo, de espíritu esclarecido en quien no hay actitud que revele vanidad u orgullo, recibe por sus propios merecimientos, el justísimo homenaje de sus amigos, colegas y discípulos, al que añado el que le debe y le rinde, por mi órgano, la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" plena de cariño para el venerable anciano, al que Dios guarde muchos mas años, para bien de la ciencia y felicidad de los suyos".

EL DR. W. F. MOLINA, PRESIDENTE DEL "ROTARY CLUB DE LIMA", SE EXPRESO ASI:

"Habría sido mi deseo, ofrecer una biografía digna del que supo "imprimir profunda huella en nuestro medio médico" más el tiempo perentorio que Uds. señalan, limita mi propósito, a expresar, solo un concepto y es: que lo que ha destacado al Dr. Avendaño, es su espíritu brillante, luchador; es la firmeza de sus convicciones, expresadas en leguaje claro, preciso, en veces quizá un poco rudo, pero sincero.

Y ya, ahora, cuando es para él un derecho el descanso, continúa en plena actividad, consecuente con su carácter de todo tiempo.— La dirección de la Escuela de enfermeras, la del Hospital Arzobispo Loayza y ser médico del Juzgado de Menores, son la muestra certificante de una energía puesta al servicio del progreso y del bien.

Através de largos años, he admirado a mi viejo maestro, como el roble solitario en medio de la ruta, resistiendo a las inclemencias de nuestro medio.— Podría señalarse, a las generaciones venideras, la personalidad del Dr. Avendaño, como ejemplo de firmeza y de altivez."

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

HOMENAJE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Celebrando las bodas de oro profesionales del Dr. L. Avendaño, su fundador, la Academia Nacional de Medicina, organizó una actuación que correspondió a la posición que ocupa la Institución en el ambiente médico peruano y al homenajeado.

Concurrieron todos los señores académicos que se encontraban hábiles y una crecida cantidad de médicos, por lo cual la ceremonia cobró caracteres de verdadero jubileo profesional.

Después de los discursos, se sirvió un té de camaradería esculápica, que se prolongó durante varias horas.

He aquí las piezas oratorias que se pronunciaron:

DISCURSO DEL Dr. CARLOS MONGE, PRESIDENTE DE LA ACADEMIA

Grata la obligación e insigne el honor que me deparara la Fortuna al saludar, como Presidente de la Academia, al Profesor Leonidas Avendaño, su fundador, ex presidente varias veces y ex-secretario perpetuo, en el año de sus Bodas de Oro profesionales que coinciden con las de "La Crónica Médica", —ese archivo generoso y rico del pensamiento médico peruano — y con las de la Academia Nacional de Medicina — donde se detuvo la ola desorbitada de la agitada vida del país — instituciones que él fundó hace cincuenta años. La conmemoración de este triple cincuentenario mide la vida de un hombre. El aplauso huelga ante la obra.

Ya en ocasión anterior, al cumplir 70 años de edad el Profesor Avendaño — en ceremonia de consagración, de recuerdo imborrable — el Presidente de la Academia en ese entonces, Profesor Estanislao Pardo Figueroa, y los doctores Espejo, Fernández Dávila, Bello, Ego-Aguirre, Bambarén y Paz Soldán, a nombre de las instituciones médicas del Perú, dejaron escuchar su verbo vibrante, justiciero y glorificador de la obra del maestro.

Han transcurrido cuatro años. Muy honda crisis vive la profesión. Frente a ella la Academia ha querido que el homenaje de hoy se traduzca en un momento de recogimiento dentro de la gravedad de la hora. Ha preferido la fiesta íntima y familiar al rededor del viejo tronco, fiesta sencilla y honda, en que se habla quedo de las inquietudes del hogar y se escucha el consejo del mayor.

Señores:

Nunca como hoy el Perú ha contado con una clase médica más eficiente desde el punto de vista individual; nunca como

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

noy ha dispuesto de mayor número de profesionales, más preparados y mejor especializados, en cualquier ramo del saber médico; nunca como hoy la investigación—precisamente cuando los centros científicos andan cerrados — se ha superado más en una rebeldía, prometedora; nunca como hoy las sociedades médicas han hecho vida más intensa; nunca como hoy la clase siente más hondamente la necesidad de organizarse y lo consigue; nunca como hoy el esfuerzo individual ha llegado a plasmar en Higiene un Instituto y mantener una revista, vocero inmediato y desinteresado de la labor de la Academia; nunca como hoy ha sido más grande la eficiencia médica individual o de grupo y sin embargo señores, nunca como hoy, la Clase ha estado más alejada de la resolución de los graves problemas nacionales de orden sanitario, medico o docente. Hemos dejado de ser escuchados no obstante el cuadro optimista del progreso médico peruano. Apenas si en la desorbitación colectiva hay indicios de nuestra actividad.

¿Cuál es la causa de esta paradoja irritante de un estado de cosas en que el individuo vale más y sin embargo se le escucha menos? Está en todas partes, está en los demás y está en nosotros mismos, y se refeja como en un círculo vicioso en la crisis ambiente que nos rodea. No es mal de la Clase; es el mal del Perú. La línea recta nos estorba. No nos decidimos sino a la transacción. Transigimos siempre hasta que no nos queda nada que perder. Así mientras eludimos las cuestiones céntricas buscando soluciones marginales somos desbordados por los hechos.

No hay sino una forma de resolver una dificultad: enfrentarla, como lo hizo recientemente la Academia por medio de su ilustre desaparecido Ramón Ribeyro cuando impidió que una resolución inconveniente convirtiese a ésta, en un imperfecto juguete de docencia.

Dentro de la Clase el remedio no puede estar sino en la perpetuación de las altas virtudes de la raza que nos dió a Unanue a Heredia, a Odriozola y a Avendaño. Fuera de ella, mi optimismo en el porvenir de la Medicina del Perú, de sus instituciones y de sus hombres es muy grande, si los dirigentes le dan posibilidades dignas de quienes las dan y de quienes las reciben. Para demostrarlo atengámonos a la Historia. Y contemplemos el panorama de la profesión hace cincuenta años. Habla el Profesor Avendaño!

"Colectivamente, los que fuimos alumnos de la Facultad de Medicina de 1879 a 1884, tuvimos una vida por demás azarosa, soportando todas las calamidades inherentes a la situación creada por la despiadada guerra del 79, la nefanda guerra del salitre. Los que quedamos en Lima teníamos que compartir las labores escolares con las faenas militares. Y todos sufrimos con la estrechez económica imperante, con el traumatismo moral de la derrota y de la ocupación militar de nuestras ciudades y por el intenso dolor que nos causara la muerte de aquellos de nuestros

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

heróicos condiscípulos que regaron con su sangre generosa el bendito suelo de la Patria.

"Pueden Uds. apreciar cuánta sería nuestra depresión moral y cuán crueles serían nuestros sufrimientos de todo orden, en este aciago período de nuestra existencia, por el siguiente párrafo:



Grupo de asistentes al homenaje que la Academia de Medicina ofreció al Dr. Avendaño

"A partir de ese momento y desde que abandonaron Lima las legiones enemigas, quedamos los estudiantes sin hogar, sin el nido cariñoso que nos había abrigado durante algunos años y, sin elemento alguno de estudio, excepción hecha de los enfermos y de los cadáveres de los hospitales; mustios, abatidos con el triste permanente espectáculo de la ocupación enemiga, vagábamos de casa en casa, por los claustros de los conventos, por los patios de los hospitales, al igual que los Cristianos en las Catacumbas de Roma, en busca de la palabra de nuestros maestros. Los profesores de ese entonces se olvidaron de sus necesidades personales y bajo la dirección del eminente clínico y hábil político Manuel Odriozola, el verdadero padre de la juventud médica de esa época, se esforzaron y lo consiguieron, para que no se suspendieran las labores de la enseñanza".

Así entrenados en la adversidad, acostumbrados a luchar a brazo partido con la desventura, acibarados los floridos años de nuestra juventud; así, con esos fundamentos de entereza y de

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

corrección, fue que abordamos el espinoso e ingrato oficio de la profesión".

Pues bien, señores, frente a la tragedia de medio siglo atrás, Odriozola, Villar, Ulloa, Colunga, Becerra, Barrios, Carvallo, Avendaño y otros muchos escribieron con la superación de sus vidas la reacción feliz ante el desastre. Creo llegado el momento de justificar mi optimismo haciendo ver como venció a la adversidad la Clase Médica de 1884, sólo con delinear algunas facetas de la vida del Profesor Avendaño a las que ha de darse un contenido y una significación educadores.

De donde quiera que se contemple el horizonte de la vida médica peruana durante el último medio siglo se destaca inevitablemente la figura rectilínea del Profesor Leonidas Avendaño. En su recorrido de la Hoya Amazónica — mídase bien la distancia de 40 años atrás — dió un ejemplo de la necesidad de estudiar la propia patología: fué un **pionner** esforzado de la Selva y de la Medicina Tropical peruana. Anatomista — como lo fueron los grandes médicos de su generación de medio siglo atrás — dejó sentir en la Facultad de Medicina su auténtico valor en un concurso inolvidable donde, frente a las conveniencias, optó por el camino más difícil, el de rebelde y luchador. La Medicina Legal Peruana le debe mucho. Dió a la Legislación nacional la orientación debida. Hizo cátedra de gran estilo. Organizó la Morgue: le dió local. Creó un centro científico del que fue separado por esas ironías en países del **tercer día de la creación.** Y, sin embargo, sigue siendo el maestro y el consultor obligado. Profesor de Clínica Médica abrió las puertas de la enseñanza a las generaciones jóvenes: hizo escuela. De él aprendí a tener discípulos y continuadores. Se le debe la fundación de la Academia Libre de Medicina, hoy Academia Nacional. Inútil que yo diga lo que ésta significa en la vida científica del país. Cultor de la Historia, escribió páginas brillantes. Fundó "La Crónica Médica" que desde hace 50 años y hasta hace poco, era la señal de nuestra existencia en las bibliotecas extranjeras.

¿Para qué seguir más adelante? Fueron hombres así los que superaron la crisis de 1884. Hay razón entonces para asegurar que el pasado es una enseñanza y que la crisis actual puede y debe ser resuelta con optimismo por nosotros mismos, insipirándonos en los ejemplos de la Historia. Cuando antes de pensar en si se piensa en los demás, cuando el individuo con su sacrificio salva una institución o hace escuela de moralidad, cuando a la conveniencia fácil se prefiere la derrota y la rebeldía, cuando se escoge la Selva para satisfacer una ansia de peruanidad, cuando antes de claudicar se elige el camino de la pobreza, entonces y sólo entonces — como lo hiciera el Profesor Avendaño — sembrador de ideas y de instituciones — está asegurado el reajuste y respeto de la profesión.

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

Señores:

Afirmémonos en esas recias características que no están excluídas de ningún credo social, político ni religioso, que son eternas como la humanidad y las únicas de que ha dispuesto el alma humana para resolver la crisis de los hombres y de las instituciones a través de las edades.

Tal es el voto de la Academia frente a la complejidad y desconcierto de la hora y lo ofrenda en sus Bodas de Oro al Profesor Avendaño.

DISCURSO DEL PROF. DR. LEONIDAS AVENDAÑO.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina;

Queridos amigos, colegas y discípulos:

Hace cuatro años, en 1930, en este mismo augusto recinto, con motivo del cariñoso y bien significativo homenaje que tuvistéis la gentileza de ofrendarme, al cumplir setenta años de edad, en la oración que en ese entonces pronuncié, refiriéndome a los tres incidentes de mi vida médica que considero como mis más preciados blasones, me expresé así: "Es el tercero, este gandioso "homenaje (el del 29 de abril de 1930) superior a toda hipér- "bole, que no puedo calificar porque no encuentro palabras ade- "cuadas para ello. Ni como encontrarlas, cuando la emoción "que me embarga en este indefinible instante inhibe por comple- "to mi psiquismo y apenas si puedo balbucear, gracias, infinitas "gracias, mis amados colegas y discípulos". Esa emoción, como es lógico que suceda, es hoy aun más intensa, al agradeceros muy efusivamente y de lo íntimo de mi yo, esta nueva exteriorización de vuestro afecto, en el venturoso día en que cumplo cincuenta años de honesto y no ininterrumpido ejercicio de la profesión; agradecimiento que manifiesto de modo muy especial a Ud., señor Presidente que ha extremado en su ofrecimiento la nota laudatoria y cariñosa para el viejo maestro que se complace en considerar a Ud. como uno de sus discípulos predilectos.

Pero en presencia de tanta benevolencia y de tanta devoción cabe formular la siguiente pregunta: ¿corresponden los méritos del homenajeado por Uds. con tanta hidalguía, a lo deslumbrante, a lo trascendental de esta solemnidad, que ha de perdurar no sólo en el ánimo de todos Uds., sino que también será reputada como acontecimiento de gran valer en el acervo de la medicina nacional? Con toda sinceridad y con el íntimo convencimiento de que digo la verdad, contesto que nó; pues si bien es cierto que he laborado con fé, sin descanso y sin desfallecimiento alguno durante más de media centuria por el progreso y por el prestigio de nuestra profesión, lo hecho dista mucho de ser excepcional y de merecer considerarlo como aporte de verdadera importancia, entre los muchos que han producido los excelsos e infatigables cul-

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

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima - Perú

tores de nuestra medicina autóctona, que justificadamente refulgen en el firmamento científico del Perú.

Es por lo tanto imperativo para mí, exponer con toda la claridad y el verismo en que se han inspirado todos mis actos, como interpreto el verdadero móvil que ha inducido a la Academia Nacional de Medicina al organizar esta fiesta de confraternidad profesional, que, vuelvo a repetirlo, ha de tener honda repercusión en la vitalidad del gremio médico nacional.

Me ha cabido la fortuna de haber vivido muchos años; pero de haber vivido vida activa, vida intensa, durante la que, y en el largo lapso de cincuentisiete años, he presenciado y podido aquilatar la completa y trascendental transformación que se ha efectuado en el radio de acción de las ciencias médicas; transformación incesante, que todavía se encuentra en plena evolución, cuyo término aún no se vislumbra, pero que conducirá, sin que haya lugar a duda, a la estabilidad de la ciencia y a la definitiva perfección del arte médico.

Cuanto a lo que nosotros se refiere, desde la cumbre de mis setenticuatro años contemplo en visión panorámica, todos los grandes acontecimientos, todos los hechos culminantes de nuestra historia médica; y también contemplo a todas las lumbreras de la medicina nacional, que han desfilado por el escenario de la ciencia durante los siglos XVIII, XIX y XX; a saber:

A los próceres de la medicina patria, Unanue, Dávalos, Tafur, Valdéz, Heredia, Lorente, Solari, Miguel E. de los Ríos, etc., esclarecidos varones que en las postrimerías del siglo décimo octavo y en la primera semicenturia del siguiente, crearon la enseñanza profesional, las asociaciones técnicas y la prensa médica; a las que supieron impulsar y colocar en el brillante pie que habían alcanzado cuando la fundación de la Facultad de Medicina en 1856;

A mis respetados maestros, los grandes clínicos del último tercio del siglo XIX, Manuel Odriozola, José Mariano Macedo, Leonardo Villar, Lino Alarco, Rafael Benavides, Celso Bambarén, José Casimiro Ulloa, José María Romero, Aurelio León, Belisario Sosa, Ignacio La Puente, Julio Becerra, etc., a quienes corresponde la gloria de haber contribuído al funcionamiento definitivo de la Facultad de Medicina iniciada y fundada por Heredia y Ulloa, institución que floreció con tan portentoso brillo, hasta el punto de que hubo un momento en que era reputada como la primera en Sur América, a cuyas aulas acudían estudiantes de Chile, Bolivia y el Ecuador. Estos profesores fueron verdaderos maestros de cienca y de moralidad profesional, que practicaban la medicina solo con el auxilio de sus portentosos cerebros y de sus perfectos sentidos; con muchos de los que tuve la suerte de compartir el ejercicio y el magisterio profesional, lo que me permitió apreciar en todo su valer a tan excelsas personalidades;

A mis compañeros, en el aula o en la labor profesional y docente, Néstor J. Corpancho, Juan C. Castillo, Francisco Almenara Butler, Enrique C. Basadre, Ricardo Moloche, Antonio R.

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

Lorena, Constantino T. Carballo, Juan M. Byron, Miguel A. Muñiz, Daniel A. Carrión, David Matto, Pablo Patrón, Ernesto Odriozola, y otros que aún continúan en la brega del espinoso ejercicio profesional; todos eminentes obreros de la ciencia, que supieron impulsarla en la vía de progreso que alcanzó en los últimos años de la decimanona centuria; y con algunos de los que me cupo la satisfacción de participar en la benemérita obra del resurgimiento de nuestras instituciones médicas, en la augusta misión del profesorado y en la espinosa práctica diaria del arte; y

A mis queridos discípulos los laboriosos cultores de la medicina experimental, de la filosofía y de la historia médicas, entre los que sólo citaré a José Teodocio Alvarado, Manuel O. Tamayo y Hermilio Valdizán, que ya han ingresado al templo de la inmortalidad; pues los demás continúan trabajando con fé, con constancia y con provecho, desentrañando interesantes problemas de patología autóctona en el fecundo campo de la investigación científica, enriqueciendo la bibliografía médica y acrecentando el lustre de la Patria.

Puedo, pues, considerarme, sin que se me tache de presuntuoso, como el lazo de la unión entre la naciente medicina de los tiempos pretéritos con la medicina clínica de mediados del siglo XIX, y con la medicina experimental, la de las geniales investigaciones, de la época presente. Y como quiera que el gremio médico nacional tiene obligación ineludible de rendir pleito homenaje a todos los que han llegado a ser astros de primera magnitud, ha querido aprovechar la ocasión de mis bodas de oro profesionales, para en mi modesta personalidad rendir culto al glorioso pasado de la medicina patria. Yo, señores, henchido de gozo y de satisfacción y con la más fervorosa unción, acepto este grandioso homenaje e inclinándome reverente lo ofrendo a los que lo ganaron con creces durante su ejemplar vida, como ciudadanos, como prácticos, como maestros y como campeones del progreso y del engrandecimiento de la medicina.

Pero la finalidad de esta ceremonia no puede ni debe reducirse a un simple ágape de confraternidad profesional; no, puesto que es necesario, de inaplazable urgencia, aprovechar de este momento, para analizar, aunque sea someramente, cuales son las condiciones que informan la existencia del cuerpo médico nacional. Sé que voy a penetrar en un terreno muy escabroso; pero después de haber dedicado gran parte de mis energías, y por muchos años, a la enseñanza de la moral profesional incurriría en censurable claudicación si me abstuviera ahora, que estamos reunidos un gran número de profesionales, de comentar la aflictiva situación de la medicina entre nosotros. Será ésta la última charla que pueda tener con Uds., pues ya es hora de que me encamine al retiro definitivo, y voy a hablar como siempre lo he hecho, con veracidad y sin transacción alguna con el error. Ya lo dije, en 1901, en la tribuna de la Universidad de San Marcos: "El cauterio para destruír la producción patológica tiene que avanzar algo en el tejido sano".

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

Recordarán Uds. que en la comunicación con que contribuí a las Jornadas Médicas de la Asociación "Daniel A. Carrión", para participar en las fiestas conmemorativas del fallecimiento del gran Unanue, incluía las frases siguientes: "Pero si en medio del alboro-"zo y de la confraternidad, de la íntima fruicción con que grandes "y pequeños hemos aportado nuestro contingente a las solemnida-"des que han exteriorizado nuestra gratitud y nuestra veneración "al inmortal Unanue, se levantase éste de su gloriosa tumba y nos "preguntara: ¿Cómo hemos manejado la valiosa herencia que "nos dejó?: ¿Qué hemos hecho para aprovechar de sus geniales "conceptos sobre la política sanitaria con los que se propuso me-"jorar las condiciones higiénicas y sociales de la poblaciones y "de las colectividades del Perú?: ¿Continúa la enseñanza médica "en el brillante pie en que la colocó, después de haber fundado "el Anfiteatro Anatómico y la Escuela de Medicina, y que tuvo "que abandonar para preocuparse en las faenas del gobierno y "engolfarse en las estériles e ingratas luchas de la política, bri-"llante pie en que supieron mantenerla Heredia, Ulloa, Miguel E. "de los Ríos, Manuel Odriozola? ¿Qué le contestaríamos? Pre-"fiero no dar la respuesta que cada uno de nosotros formula en "su fuero interno; el momento no es oportuno para ello...". En efecto, en ese día era inoportuna la respuesta; pero hoy no sólo es oportuna sino necesaria.

La crisis que agobia a la profesión médica es no sólo bien grave, sino que se acentúa cada día más y más, a tal punto, que sino se repara rápidamente el daño existente, progresará la desorganización actual y surgirá la ruina definitiva de todo lo que tiene relación con la medicina.

Hay crisis del ejercicio legal de las profesiones médicas, porque el charlatanismo docto e indocto actúa cada día con mayor cinismo, ocasionando irremediables daños a la colectividad y conquistando muchos prosélitos entre la masa ignorante del vulgo, en el que, desde el punto de vista médico, figuran individuos de todas las clases sociales. Hasta el presente no hay procedimiento eficaz para reprimir el charlatanismo porque aún no se ha promulgado la ley reglamentaria del ejercicio de las profesiones médicas a las que le falta la eficaz protección de la ley que se dispensa a otras agrupaciones científicas y laboristas. Como lo dijo mi sabio amigo Pablo Patrón: — "los discípulos de Hipócrates son los más infelices servidores de la humanidad".

Hay crisis de la Deontología médica y de la moralidad profesional, porque las relaciones entre los componentes del gremio médico no se cumplen con sujeción a los preceptos deontológicos, sino que en muchos casos se informan en procedimientos incorrectos, indecorosos y hasta ruines, en algunas ocasiones. La confraternidad profesional es un mito; el sindicalismo médico ha fracasado por completo, y el desprestigio de la profesión crece en proporción geométrica. Las exhortaciones que otrora he hecho a mis estimados colegas, y que recalqué en la memorable no-

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

che del 29 de abril de 1930, llamándolos a la concordia y aconsejándoles enmendaran rumbos, no se les ha escuchado; se las ha desestimado por completo; han sido sermones en el desierto.

Hay crisis de la enseñanza profesional, la de más grave repercusión para el futuro, generada por varias causas:— la primera, porque el magisterio entre nosotros siempre ha representado poca honra y reportado escaso provecho, una vez que el público no ha sabido o no ha querido considerar al Maestro de la Facultad de Medicina en el elevado rango que le corresponde, con el aditamento de que sus servicios han sido en toda época mezquinamente remunerados;— la segunda, porque el reclutamiento del personal docente ha dejado y deja mucho que desear, desde que no está reglamentada, como debería estarlo la carrera del profesorado; lo que impide a veces el acceso al magisterio de las verdaderas competencias; y también porque hay deficiencia de ese personal, como lo prueba el hecho de no haberse podido en algunas ocasiones cubrir, con rapidez y eficacia, las vacantes que han ocurrido, y esto tanto por indiferencia de los que actualmente ostentan el grado doctoral, como por la escasez de doctores, derivada de la poca voluntad de los jóvenes médicos para someterse a las pruebas reglamentarias para la colación del grado. Las cifras que a ese respecto ha presentado el Profesor Paz Soldán, son por demás demostrativas;—la tercera, porque hace tiempo que la docencia médica está totalmente desorganizada, por falta de una bien meditada y correcta orientación pedagógica. Cada maestro procede como mejor le parece, como organismo independiente y no como elemento constitutivo de un todo, que debe marchar sujeto a un plan uniforme que regule científicamente todas las fases de la docencia. Es evidente, de toda evidencia, el desmedro que ha sufrido la docencia ejercida algunas veces, en tan anómalas condiciones;— la cuarta, porque el cogobierno con el alumnado en la dirección de la Facultad, ha originado el desprestigio del profesorado y la pérdida completa de su autoridad para corregir las faltas de sus discípulos. Tan disparatada medida, por decir lo menos, ha dado los funestos resultados que era de esperarse;— y, la quinta, porque de la prolongada clausura de la Facultad de Medicina se han derivado ya inconmensurables daños, que es urgente evitar que continúen produciéndose. No se concibe la tranquila y ordenada marcha del organismo social, si le faltan los profesionales competentes, que han de ocuparse de los delicados y graves menesteres que se rozan con la conservación y el restablecimiento de la salud, en los organismos individuales y en el organismo social. Y esos profesionales competentes, sólo pueden formarse en institutos docentes, que existen en todos los pueblos civilizados, institutos que entre nosotros alcanzaron, en otros tiempos más venturosos, notoria y bien merecida celebridad. La plétora del profesionalismo médico, verdadera calamidad que aflige a las sociedades modernas, no se remedia con la supresión de la enseñanza, sino con la razonable y científica organización

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

de la Escuela Médica Nacional, que hay obligación de dotarla de cuanto sea necesario, en selecto personal y en adecuado material, para que recobre su antiguo prestigio y pueda cumplir sus elevados fines, restableciéndose su funcionamiento normal. La situación actual no puede perdurar, y es imperativo para el Gobierno — del que forma parte el ilustrado señor Ministro del ramo, maestro competente de la Universidad — ponerle término, reorganizando la Facultad de Medicina, con sujeción a los modernos postulados de la ciencia pedagógica y devolviéndole todos sus fueros y preeminencias.

Y hay crisis del alumnado: — primero porque los estudiantes llegan a las aulas de la Facultad con escasa preparación cultural, científica y literaria, debida a la deficiencia de la instrucción secundaria que deja mucho que desear, pese a las innovaciones introducidas últimamente en el plan de estudios y en los programas oficiales, innovaciones que no se han traducido en apreciables resultados prácticos:— segundo, porque una vez ya matriculados en la Facultad, un número no despreciable de ellos se ocupa en actividades perniciosas, extrañas al aprendizaje e inspiradas por las ideas izquierdistas, que los distraen de sus obligaciones escolares, haciéndoles perder el tiempo que debían dedicar al estudio y a la labor hospitalaria; — y tercero, porque no obstante las lecciones de deontología del estudiante de medicina que se les dicta desde su ingreso a la Escuela se muestran rehacios para considerar a sus maestros en el alto nivel que legitimamente les corresponde, olvidando la obligación que tienen de cumplir con la siguiente parte del juramento de Hipócrates, que es el más sabio y más completo código de moralidad profesional de los tiempos pasados y presentes: "A quien me enseñó este arte le estimaré lo mismo que a mis padres".

Como Uds. ven es bien sombrio el cuadro que ofrece el modo de ser y de proceder de los profesionales de la medicina en los momentos actuales; y no he pecado de pesimismo al pronosticar que nos encontramos en inminente peligro de su total y definitiva quiebra. Tenemos, pues, hidalgamente que confesar que no hemos aprovechado correctamente de la valiosa herencia que nos legaron Unanue y sus dignos colaboradores y continuadores, partícipes en la obra de la ereción del edificio de la medicina nacional, y que no hemos estimado en todo su valor la sugerencia que nos hiciera el Prof. José Casimiro Ulloa, cuando en el discurso pronunciado el día de la instalación de la Academia de Medicina, como institución oficial al dirigirse a los alumnos de la Escuela de Medicina les dijo lo siguiente:

"Bueno es que conozcáis vuestros progenes y que os ins-
" pireís en los grandes ejemplos de nuestros progenitores. No te-
" neís por qué avergozaros de nada, y al poner los ojos en el árbol
" genealógico que presento ante vosotros vereís destacarse nobles
" figuras que consagraron su bella existencia a trazaros la senda
"en donde os encontrais y en cuyo término encontraréis como ellos,

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

"honores y glorias. Nobleza obliga. Recibis una valiosa herencia. "Tenéis, pues el deber, no sólo de conservarla sino en enriquecer- "la grabando en vuestro corazón los nombres de los que desde la "cuna de la Medicina Nacional, desde Ranedo hasta Manuel Odrio- "zola, os han enseñado al amor a la ciencia, al progreso y al bien "del género humano".

Precisa, pues, que reaccionemos; que la influencia de los buenos elementos del gremio médico—que felizmente existen dotados de excepcionales condiciones para la obra del bien—se impongan sobre la labor de zapa y de desprestigio de los logreros de la profesión. Y como el tópico que me preocupa y las características de esta actuación, son indénticas a las del 29 de abril de 1930 nada puedo hacer mejor que repetir lo que al respecto dije " entonces:—"Ya en otra solemnidad en el Primer Congreso Na- " cional de Medicina, comentando un bellísimo y emocionante " párrafo del Prof. Sarda, de Montpellier, os dije lo siguiente:— " en verdad todas las calamidades que aflijen a la profesión médi- " ca se remediarán, sólo con que sus miembros procurasen conser- " var las virtudes y el ideal y no exageraran el egoísmo y el utili- "tarismo que desgraciadamente informan en los momentos actua- " les los actos de la humanidad", y también en ese entonces agre- " gué. "honrémonos y respetémonos recíprocamente para poder " exigir el respecto y consideración de los demás".—"Si señores, " es de necesidad urgente, urgentísima, que la deontologia reco- " bre su soberanía para regular las relaciones de los profesiona- " les con el público y entre sí; es menester que la solidaridad mé- " dica sea efectiva, con sacrificio del interés personal pero con " provecho y decoro de la colectividad; y, es inaplazable que nos " unamos y formemos una valla invulnerable para defender nues- " tros legítimos derechos desconocidos cuando no lesionados por "la prevención y la mala fé con que la humanidad, con muy " contadas y muy honrosas excepciones juzga nuestra interven- " ción que el ejercicio de la medicina pública y privada".

Por lo demás los honestos y meritorios miembros del cuerpo profesional, los que se esfuerzan por conservar pura y sin mancha alguna las tradiciones de nuestra profesión, los que anhelan que vuelvan a lucir los relumbrantes hechos de los tiempos pasados, deben agruparse bajo la protectora égida de la Academia Nacional de Medicina que mantiene a flote la desvencijada nave profesional para impedir su naufragio definitivo. Así cumple la Academia de Lima, la noble finalidad que incumbe a estos cuerpos colegiados, conforme a las frases con que terminé el trabajo histórico que presenté en la sesión solemne de la institución, celebrada el 29 de diciembre de 1924— "es necesario que los que comul- " gamos en el ideal del cultivo de la ciencia, que realizamos nues- " tra paciente y silenciosa labor con prescindencia de influencias "extrañas tengamos un refugio honesto, el augusto templo del " saber. Esa es la principal finalidad que corresponde, hoy por

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

"hoy, a las Academias de Medicina en América. Serán el arca "santa en que se salven del naufragio, de la vorágine que también "pretende arrancar nuestros puros intentos de continuar alcanzan "do todo lo noble, todo lo bueno, todo lo grande que ha desa "tisfacer los anhelos de nuestro espíritu".

En seguida el Dr. **Miguel A. Rojas,** leyó el siguiente discurso que intituló:

RECUERDOS DE LA VIDA MEDICA FERNANDINA

Cuéntase de uno de nuestros renombrados críticos, que en un ejemplar del Reglamento de las Cámaras Legislativas, al margen de aquellas disposiciones prohibitorias respecto al uso de la palabra, había escrito la siguiente anotación: "Esta salida al atajo merece aplaudirse, porque en verdad, sólo hacen eco las voces proferidas por bocas que saben callarse".

A fé que el tal crítico habría repetido sus aplausos y reforzado su apostilla, al conocer el acuerdo que limita los discursos que hoy deben pronunciarse aquí. Pero, señores, está en la naturaleza humana, por fuerza atávica que, según el Génesis, arranca desde Adán y Eva, que sea precisamente el fruto vedado el que despierta el apetito; y he allí porque yo, aunque rendido a la antinómica sentencia de aquel comentarista, no pueda sustraerme a la tentación de atropellar al susodicho acuerdo.

Bien sé que, en ciertas oportunidades, fuera de los discursos de ordenanza, cualesquiera otros están demás; pero, aparte de que esta no es una fiesta de protocolo que deba ceñirse a severo ritual, creo que en ella, si alguna palabra debe dejarse escuchar es la mía, y ya sabréis por qué.

Se también que con este atropello abuso de vuestra benevolencia; pero es porque la considero, en esta ocasión como la de aquella entidad augusta de quien dijo un poeta (Breton de los Herreros) que es:

"la que con paciencia santa.
de niños, nos amamanta;
de jóvenes, nos adora;
y de viejos, nos aguanta"

Aguantadme, pues, con paciencia de madre y, si por despertar vuestro enojo, reprobaís mi desfachatez, ello—dicho sea con perdón—no me preocupa, porque la responsabilidad de mi torpeza la descarta ya, estoy seguro, mi amigo Avendaño, centro en el que se enfocan hoy todos los pensamientos y todas las palpitacio-

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

nes de esta sala. Y de ello estoy seguro, porque nuestra amistad, ya vieja para quisquillosa, se ha singularizado por la franca familiaridad, identificación de los espíritus, y por la absoluta confianza, risueña filosofia de las cosas.

Os ruego, si que disculpéis la desmesurada extensión del discurso con que voy a importunaros. Es la palabra de un viejo, que, no teniendo ya sino pocas horas por delante, las emplea en mirar atrás, para vivir de sus recuerdos, éstos con motivo del hecho que aquí nos congrega, son numerosos y nutridos.

Os ruego, también, que disimuleís la excesiva intervención de mi yo en lo que voy a decir, egoismo inevitable en un atestado auricular y de vista, en el relato de un testigo de excepción, carácter al que debo la honra de hacerme oír por este selecto concurso.

Y hablo en singular, por que de esos testigos quedamos ya tan pocos, que apenas si se nos puede contar con los dedos de una mano, tanto la muerte ha segado, impiadosa, en nuestras filas.

> Adios lucero de la tarde,
> que ya en la cúpula desciendes,
> a tiempo que las olas van, alegres a adormirte,
> besando con su espuma tu nevada cabellera;
> Adios, mi estrella vespertina;
> que al reinar, cuando te ocultes, las densas sombras de la noche,
> vibre, en lo íntimo de mi alma, la suave luz de los recuerdos.

Principio con esta invocación de un inspirado poeta nuestro, modificándola un tanto para adaptarla a mi propósito; porque—ya lo dije — yo no os voy a hablar del presente sino del pasado; no voy a referir sucesos actuales sino a evocar cosas pretéritas; voy a exihibir ante vosotros a un estudiante de medicina, no a un diplomado médico. Si a ratos habré de escurrirme a su época profesional, será por incidencia y por una derivación lógica de su vida estudiantil.

Fué en enero de 1877. Ascendía yo al **Salto del Fraile,** por el lado de Chorrillos, en compañía de mi hermano y de otro pariente, ambos cuatro años mayores que yo, que frisaba en los quince. A poco de empezar la cuesta, nos encontramos con un joven más o menos de nuestra edad, que venía de lo alto del cerro y era amigo de mis dos compañeros, con quienes acababa de aprobarse en el primer año de Ciencias Naturales. Impuesto de nuestro propósito, cedió a la insinuación que le hiciéramos de acompañanos y emprendió nuevamente la subida hasta la cumbre. Una vez allí, la imponente vista del mar azotando la costa con estrépito y deshaciendo luego en la playa, con apreciable murmullo, la blanca melena de sus olas, nos incitó a contemplarle de cerca.... Bajamos.... El Sol, ya en la segunda mitad de su carrera diurna, esparcía aún por doquiera, fulgurante como una antorcha, sus rayos de fuego y luz.

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

Frescas en los tres amigos las nociones zoológicas adquiridas, y entusiasmados al ver en la playa conchas de moluscos, caparazones de equinodermos, crustáceos de varias clases, asterias y otros mariscos, echáronse a buscar, para cogerlos, aquí y allá, descuidadamente, sin preocuparse del sitio, hasta que los salivazos de las olas, mojándoles los pies, les obligó a descalzarse, primero, y a desvestirse del todo al fin, para ir a escudriñar entre los peñascos de la ribera. De uno de esos escondrijos, sacó el joven aquel un animal como de cincuenta centímetros de largo y que era, al parecer, una culebra. Al verlo yo y designarlo con este nombre, el joven, que ya sobre los otros animables había hecho atinadas observaciones, "no esto no es una culebra sino un pez; es la anguila de mar, el congrio".

Horas después, cuando los entusiasmos y las emociones dejaron de unir los minutos y de llenar las pausas; cuando ya en la cerrazón sombría del cielo moría la tarde, regresamos a la villa y nos encaminamos, mi hermano y mi otro pariente a su alojamiento, y el susodicho joven y yo a la estación del tren para venir a esta Capital. Ya aquí, al despedirnos en una bocacalle, no recordando yo como quién me había sido presentado, hube de inquirirle: "Perdone Ud. ¿su nombre?" — "Leonidas Avendaño".

Parafraseando la máxima popular, **nadie manda en el corazón,** un publicista contemporáneo (Anatole France) dice que la **simpatía no es un sentimiento gobernable o susceptible de reducirse a fórmulas.** Hay, en efecto, personas con quienes podemos vivir diez años sin trabar con ellas otras relaciones que las exigidas por la urbanidad y, en cambio, hay otras a quienes queremos desde el primer instante y con las cuales nos imaginamos haber congeniado siempre. El joven Avendaño fué para mi de estas últimas: Conocerle y simpatizar con él fué todo uno; y nada ni los años trascurridos, ni las distancias que a veces han mediado entre nosotros, han podido empañar la diafanidad de esta simpatía.

Cuatro meses después de la escena que acabo de, narrar Avendaño ingresaba a la Facultad de Medicina. Era un adolecente de 17 años, cuya viva inteligencia, que había revelado ya natural inclinación al estudio de los seres vivos, le designaba para constituir una de los firmes pilares sobre que reposaría la Mecina Nacional, ya que esa inclinación se orientaba hacia el hombre enfermo.... Y esta orientación tenía que producirse fatalmente, porque así como nacen unos para artistas, para ingenieros, para abogados....., Avendaño nació para Médico..... Aún aquellos que rechacen, por paradógica, la afirmación del vulgo, **el poeta nace,** afirmación parodiada en la de un célebre novelista (A. Dumas) **se nace dramaturgo como se nace rubio;** aquellos que nieguen las propensiones instintivas, las aptitudes innatas, las vocaciones congénitas; aquellos que todo lo atribuyen al hábito o al esfuerzo, aceptando, verbigracia, con un famoso naturalista (Buffon), que **el**

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

genio es una larga paciencia, o con un notable filósofo (Kant), que **el hombre es lo que la educación hace de él;** aquellos que señalen como causas eficientes de las facultades inventivas hechos vulgares, como **el baño** de Arquímedes, **la lámpara** de Galileo, **la manzana** de Newton, **la cafetera** de Watt..., aquellos que releguen al campo de las hipótesis abstrusas la de que todo en la vida del hombre es reacción natural de acciones que obedecen a imperativos ineludibles y categóricos, como la subconciencia, el determinismo, la herencia ancestral; todos habrán de persuadirse de que Avendaño es superior como Médico, porque nació médico, tan eminente sobresale su figura en ese campo de las actividades humanas. Historiar cronológicamente la actuación fernandina de Avendaño daría margen, no a un discurso si no a un libro, tanto más cuanto que para hacerlo con fidelidad, sería menester pasear a lo largo de aquel sendero de siete jornadas, el espejo de que habla Stendhal, reflector maravilloso que no está a mi alcance. No me ceñiré, pues, en esta narración, a plan alguno. Referiré los hechos, no ordenadamente, como abeja que construye las celdillas de su panal, sino indistintamente, pasando de un asunto a otro, como mariposa que merodea de flor en flor.

Así, de Abril de 1877 salto adelante, para poner mis recuerdos en enero de 1881. Avendaño, interno, y yo, externo, éramos practicantes en el Hospital Militar de San Bartolomé. El ejército chileno hacía por la Rinconada y la Molina reconocimientos estratégicamente preparatorios de las batallas de San Juan y Miraflores. Desde la primera de estas engañosas escaramuzas, todos los practicantes del referido hospital, previendo emergencias que pudiesen reclamar atención inmediata, nos instalamos de firme en el Establecimiento, pasando las noches, por estrechez de los cuartos de guardia, tendidos en el suelo del patio, a toda intemperie.

Una de esas noches, la de 15, flotaba, a medio desplegar, en el asta del mirador, la enseña de la patria, izada en la mañana, como presagio de triunfo, y olvidada en la noche, para que ofreciera a nuestro patriotismo una evocación horrendamente triste. A la luz de la luna y bajo la impresión de nuestras aún calofriantes derrotas, se nos antojaba ver, en ese augusto lienzo, la flecadura cruenta de los campos de batalla; en sus hilos centrales, un suspiro exángüe, lacrimoso, de un pecho acribillado por las balas; en sus hilos extremos, el grito agudo, lacerante, de un inmenso corazón; suspiro de angustia, grito de rabia, arrancados por la amargura de los desastres, la inquietud por la suerte de la patria y el duelo por los compatriotas que habían sucumbido en las sangrientas jornadas o que, desfallecientes por sus desgarros, yacían dispersos y a montones en los hospitales de sangre.

En medio de esa muda tribulación, dejóse oir, de improviso, la voz de Avendaño, triste, con la melancolía de un dolor

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

que anonada, pero grave, con la severidad de un requerimiento que apremia. — "Compañeros, dijo, poniéndose de pié, ya dueño de su emoción; las grandes pesadumbres se mitigan con el trabajo, y pues van llegando nuestros heridos, vamos junto a ellos, que alli está nuestro deber".

Hasta ese momento, sólo eran **nuestros heridos.** Horas después, llegaron los otros, los del enemigo, a invadir los últimos rincones de las salas y hasta los corredores del hospital. Ya en el mirador, a la enseña de la patria había sustituído la de la humanitaria institución; pero el blanco y el rojo seguían despertando en nuestras almas la congoja por el infortunio y la ira contra el destino que, a la greña con la justicia, se empeñaba en maltratarnos.

La ocupación. ¡Cuántas veces hubimos de poner a prueba nuestros sentimientos generosos, al soportar, en la sala de operaciones, el apóstrofe grosero e insolente que profería contra los peruanos, debatiéndose en la excitación de la anestesia clorofórmica, apóstrofe que talvez fuera, días antes, santo y seña de su regimiento y que era, a la sazón recompensa anticipada a las nobles manos que le estaban salvando la vida o librándole de grave mutilación!

La ocupación. ¡Días turbios, en que las odiadas huestes, altivas, provocadores, sumían a los corazones en las tenebrosidades de la impotencia; días tétricos, en que la visión del porvenir infiltraba en los espíritus más animosos una inquietud que mordía en las entrañas; días crueles, en que era preciso comprimirse el alma con las manos para que no estallara y se hiciera pedazos a cada instante.

La ocupación ¡Destinado a cuartel por el invasor el local de nuestra escuela, convertidos en cuadras para su tropa los salones de clase y en pesebres para su caballada — después de saqueados — los museos, bibliotecas y laboratorios, ¿qué perspectivas tenían los que en esa escuela cultivaban su anhelos y fortalecían sus esperanzas?. Mascullado el **vae victis** de Breno: sintiendo en el corazón el dejo amargo de la desdicha, esos pobres estudiantes no podían ver otra cosa en su horizonte — desquiciados ya sus anhelos y conmovidas sus esperanzas — que un gigantesco signo de interrogación, clavado sobre una equis enigmática. Algo más, esa juventud que iba hacia el porvenir con el corazón lleno de fuego y como sonriendo a la fortuna, se vió de súbito con la quiebra de todos sus ideales, fracasada totalmente en la vida; porque, como dice un gran estadista (L. Bourgeois), **tener un ideal es la sola razón para vivir.**

La ocupación!.... Reprochad, señores, si queréis, estos desahogos; más, para disculpar su indiscreción, si es que de ella adolecen, tengan en cuenta que Avendaño y yo pertenecemos a aquella generación de fernandinos cuyas labores se entristecieron con las desventuras nacionales más hondas y más intensas!....

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

La ocupación ¡....Ah!.... Bendita sea! .... Razón sobrada tiene un alto pensador (E. Mariotte), al proclamar que **asi como hay bondades nocivas, hay maldades bienhechoras.** Ya dos años antes, la inícua decaratoria de guerra puso en relieve el sentimiento nacional de los catedráticos de Medicina, cuando cedieron para la defensa de la patria, por todo el tiempo que aquella durase, el 100% de sus haberes, mientras los de las otras Facultades cedieron el 20% Después la refinada perversidad con que se ocupó nuestra casa de San Fernando, transparentó otra de las grandes virtudes de su cuerpo docente; la abnegación para ejercer el magisterio en situación tan azarosa como aquélla. Arrastrando peligro sin cuenta, exponiendo hasta sus hogares a vejámenes y atropellos de una soldadesca desenfrenada, esos maestros, apóstoles de una verdera religión, trocaron en aulas sus domicilios privados, a fin de que los estudiantes recibieran en ellos sus lecciones; hubo maestro, el Dr. Becerra, que estimando el suyo de escasa comodidad para sus discípulos, alquiló, a su costa, un departamento en el Maury para dictar allí los cursos que le estaban enconmendados; y hubo otros, como los Drs. Sosa y Ríos, que facilitaron a sus alumnos, de su propia biblioteca, obras de estudio y de consulta que, por dispendiosas, no podian ellos adquirir.

No puedo callar, a este propósito, otro rasgo de nobleza de esos catedráticos. Por aquellos días de estrecheces económicas (1883) inicióse en una de las facultades — no por cierto la de medicina — el proyecto de imponer a la instrucción superior una pensión que gravase sobre los alumnos que la recibían. Reunida nuestra Facultad para contemplar el asunto, apenas terminada la lectura del oficio que lo comunicaba, uno de los catedráticos, el Dr. Aurelio Alarco, si mal no recuerdo, protestó contra aquella pretensión, diciendo más o menos: "No hay en esta Facultad un solo estudiante en condición de soportar la menor gabela; yo no puedo ni debo tolerar semejante opresión y, para evitarla, renuncio a mi haber y cedo otro tanto, de mi peculio, para la defensa de esta pobre juventud".

Demás es decir que la breve, pero vigirosa arenga, arrancó la unanimidad de los votos en contra del proyecto aquel. Así, la actitud de los maestros de San Fernando, dándole muerte apenas nacido, fué benefactora, no sólo para sus propios alumnos, sino para todos los universitarios de San Marcos.

No creáis que estas reminiscencias son ajenas al fin esencial de mi discurso. No señores; si las traigo a colación es porque en todas estas oportunidades, tanto en las horas de tristeza como en las de regocijo, Avendaño inspiraba nuestras actitudes ya prodigándonos sus consejos, ya, sobre todo encarrilándonos con sus propios actos de cordura, discresión e hidalguía, persuadido como estaba de que el ejemplo vale más que el mandato.... Nadie como él, en efecto, constituido en autoridad entre nosotros, tuvo el privilegio de rendir voluntades y la prerrogativa de atraer afectos. Y es que

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

a pesar de vivir consciente de estas superioridades, no se hizo jamás egoísta ni menos presumido u orgulloso. Lejos de eso, Avendaño sobresalió en nuestra escuela por una gran virtud: el espíritu de cuerpo. Excelente colega, todo lo sacrificaba a los menesteres del estudiantado. Sincero amigo, fué siempre pródigo en analtecer los méritos de sus compañeros y nunca parco en aplaudirlos. De allí que, por su ejemplo, nuestras actitudes, no ejercidas individual sino colectivamente, se reforzaran e impusieran al espíritu, más que de asociación, de fraternidad. De allí que la disciplina se hiciese en nosotros un hábito y que, merced a ella, nos mantuviéramos unidos, maestros y alumnos, con lazos de una comunidad espíritual comprensiva y armónica. De allí que se viera siempre a los primeros con la diadema que les hacía respetables por su saber y por su dignidad; y que jamás predominaran, entre los segundos, las propensiones individualistas sobre las de un altruismo desinteresado. De alli, en fin, esa tendencia a concentrar los esfuerzos y a no romper ni aflojar siquiera los vínculos de solidaridad que los ligaban, de alli, digo que nacieron la **Unión Fernandina** y su órgano de publicidad, **La Crónica Médica.** Alma eficiente de todas estas biendanzas, decidme si no había razón para que hubiésemos apostrofado a Avendaño como Dante a Virgilio: **Tu eres el guía, tú el señor, tú el maestro.**

Consciente del intenso poder sugestivo que ejerciera sobre nosotros, cuando las devoradoras inquietudes de fines de año nos dolían con sensación de pusilanimidad e impotencia, Avendaño con sus cariñosos alientos, las sacudía y ahuyentaba. Por eso, gracias a él, hoy rememoro aquellos apartes de mi juventud como ensueño de una vida acariciada por inefables goces. Ah¡ ¡Cuántas veces en mi vida profesional, me ha rodeado la obsesión de estos recuerdos! ¡Cuántas veces me ha llenado el corazón, filtrándose en él como una caricia, la dulzura de tan gratas recordaciones! Y ¡cuántas veces avaro de aquellas plenitudes sentimentales, he procurado encerrarlas allí, para guardarlas, en místico recogimiento, junto a todas las excelcitudes que brotan y se extinguen en el alma a cada sorda palpitación de la materia!

En estas evocaciones, algunos de mis recuerdos aparecen entre lágrimas y risas, como arbustos que hubieren florecido entre lluvias y soles; y aunque mi reino interior es un santuario al que no llega la audacia de mis indiscreciones, hay unos cuantos por los cuales le debo más favores al sol de la ventura, que daños a la lluvia del infortunio; y es a uno de ellos que quiero referirme. Salto, pues, atrás a 1879.

Nube que estalló en mi cielo como una tempestad inesperada, fué la muerte de mi padre, lejos, muy lejos de mí. Tenía 17 años y cursaba el primero en nuestro Facultad. En mi consternación, me sentí desamparado, inhábil para desenvolverme por mi solo, incapaz de crear mi vida, como si, en una trágica tormenta, se hundiese el bajel en que iniciaba el viaje al país de

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

mis ilusiones. El vértigo de lo irremediable me habría poseido y anonadado talvez, si voces amigas no hubiesen ungido mis inquietudes con el óleo de la esperanza. Una de esas voces, la de Avendaño, penetró a mi conciencia con tal eficacia, que se me impusieron manso y risueño el horizonte; serena y aplacerada la ruta y, en la bitácora de mi esquife, fijo el corazón en la línea de fé, el hechizo de futuras bienandanzas, como culminación de propósitos audaces y acaso hasta quiméricos.

Y así siempre, y así con todos, Avendaño nos enseñó a vivir con buenos ánimos; a tomar los contratiempos, no como tristes presagios sino como útiles enseñanzas; a mirar los enemigos del futuro, no con el lente penumbroso de la duda inquietante sino con el diáfano cristal de la certeza arrulladora. Y cuando, en el paroxismo del desaliento, nos sentíamos arrastrados a desertar de las filas, él lejos de contagiarse, nos acusaba de cobardía, exclamando, como el solitario de Gernesey (Víctor Hugo): "Pues bien, si sólo queda uno en la brecha, ese seré yo". De allí que dijéramos sus devotos: "su amistad estimula, ilumina, consuela". Porque en nuestro abatimientos, él sabía hacernos sentir el resplandor de horizontes propicios y el calor de esperanzas confortadoras. Por eso, aún después, cuando la vida ha sido ya muy otra para mí, he sentido la ternura jugosa de aquellos días y una epifanía de pensamientos me ha bullido bajo la frente, allí donde el alma trasueña las cosas de ayer. Por eso, hoy mismo, al estrechar su mano franca y animosa; al recibir en mis ojos la penetrante claridad de los suyos, ha resurgido lo pasado de tal modo en mi cerebro, que no sé por qué misterioso resorte veo, como envuelta en una nube de ilusión o de ensueño, toda mi época de fernandino, en sus etapas risueñas y luminosas.

Aunque sin revestir insignias de pontífice, Avendaño oficiaba pues, como tal entre nosotros. Con toda su autoridad y sencillez, era su carácter tan reposado y señoril, que infundía respeto a la vez que simpatía. De allí que, en sus exámenes, la nota de sobresaliente, que siempre y sin faltar obtuviera, era refrenada por el abrazo con que todos a porfía le oprimíamos, viva y cariñosamente entusiasmados; y de allí también que, año tras año, el anuncio que hacía la Facultad en pleno de que se le había adjudicado una contenta o concedido una exención de derechos, era recibido en medio de vibrantes aplausos.

Físicamente, no fué en su época de estudiante, de los hombres fornidos. Su salud, delicada, sufría quebrantos con alguna frecuencia, los que afortudamente no le obligaron nunca a interrumpir sus estudios, gracias a que su régimen de vida, severamente metódico logró vencerlos siempre. Sus veraneos por los alrededores de Lima, durante las vacaciones, y sus viajes de salud a otros departamentos, apuntalaron al fin su endeblez constitucional, y allí le tenéis; ya en plena senectud, pero en el goce, pleno también, de sus vigorosas facultades, comprobación elo-

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

cuente de que no es incompatible con la debilidad física la robustez del espíritu.

Tampoco fueron óbice aquellos quebrantos para que en las horas de estudio fuese Avendaño modelo de contracción, de disciplina y, sobre todo, de puntualidad. Siempre fué el primero en llegar al salón de clase o a la sala del hospital. Jamás le alcanzó a él, como a algunos de sus compañeros, la sentencia que nuestro maestro inolvidable Dr. Villar, le endilgaba al retrasado, con esa socarronería tan suya: **Sero venis, cito vadis, nunquam eris, bonus scholasis.**

Pero si Avendaño fué de contextura física deslenable su contextura moral fué recia y perfectamente equilibrada. De allí que haya vivido su vida profesional, de modo que ni una realidad muy cruda haya puesto en su alma sequedades de misantropía, ni una falsa idealidad le haya producido sentimentalidades mórbidas; asperezas y sensiblerías que enervan y envilecen la voluntad, lejos de incitarla eficaz y noblemente a la acción. Por eso, Avendaño es el tipo del hombre ecuánime; por eso, el sitial de honor que le cupo en su vida escolar, lo tiene también en su vida civil; por eso como hombre de ciencia, mantiene la inmaculada pureza de su reino interior y, como ciudadano conserva el porte caballeresco tradicional. Por eso, en fin, como obedeciendo al bíblico mandato, **haz derecha tu senda,** fué siempre, en cuantos medios le cupo actuar, lo que es ahora: **the rigth men in the right place.**

Desde sus comienzos en San Fernando, Avendaño reveló un espíritu escudriñador de excepcional sutileza. Siempre veía las cosas bajo todas sus faces; examinaba sus hechos en todas sus circunstancias. Observador escrupuloso, obedecía religiosamente, en el exámen de un enfermo, el precepto que uno de nuestros maestros distinguidos, Dr. Romero, trataba de inculcarnos, repitiendo con frecuencia el apotegma latino: **Occidit qui non observat.**

A este propósito, sorprendile una tarde, en el hospital de San Bartolomé, viendo un enfermo de tifus exantemático; viéndolo con intención, con interés, con aquella intervención del razonamiento, que analiza e interpreta los hechos, que separa o agrupa los datos, que organiza la realidad reflejada en la retina, para derivar de esa vista interior conocimientos utilizables.

Si yo estudiaba entonces esta facultad de observación, tan excelente en Avendaño, la he admirado más tarde como una dote verdaderamente extraordinaria, al considerar que casi la unanimidad de las gentes somos detestables observadores. No miramos las cosas con atención: apenas las vemos, y tan vagamente, que no podemos describirlas; imitamos a aquellos aprendices de pintura a quienes llevó su maestro a admirar un famoso cuadro egipcio. Preguntados después si habían advertido alguna particularidad en las manos de aquella figura, convinieron todos en

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

que efectivamente habían notado algo anómalo en una de ellas, pero ninguno pudo precisar en qué consistía tal rareza, ni cuál de las manos la presentaba, hasta que llevados nuevamente delante del cuadro, pudieron observar que la mano en cuestión era la derecha y que tenía seis dedos. Por si hubiese aquí quienes se crean más listos que esos aprendices, yo preguntaría: ¿Cuántas son y qué representan las estatuas de mármol que desde hace tres cuartos de siglo decoran el Paseo de los Descalzos de esta Capital? Tal vez uno entre veinte contestarán sin vacilar y con entera corrección.

Era Avendaño tan detallista cuando examinaba las cosas y los hechos, que, al tratarse de nuestros estudios, repetía al pie de la letra párrafos íntegros de los textos, sin equivocar el autor. Recuerdo que una ocasión discutíamos en un corrillo algo acerca de la infección y el contagio, sin poder ponernos de acuerdo. Ya me retiraba yo, repitiendo una frase de Fernández Bremón que acababa de leer en **La Ilustración Española y Americana.** "Discutir es cambiar de opiniones, para quedarse, al fin, cada uno con la suya", cuando llegó Avendaño, quien, imponiéndose del punto en debate, nos confundió a todos, citando textualmente un acápite de la Patología Interna de Jaccoud, señalando para autenticar su afirmación, el tomo, el capítulo y hasta la página en que se registraba; hecho que ponía en transparencia, a la vez que aquella sutil facultad de observación, un destello de memoria verdaderamente prodigioso. La frase de Fernández Bremón erró, pues, en esa oportunidad, como fallaba siempre, si entre los interlocutores estaba Avendaño; porque la opinión de éste, arrastrando, a poco de ser expuesta, la de los demás, unificaba los pareceres y decidía el punto controvertido. He allí por qué era Avendaño nuestro consultor obligado, nuestro consejero indispensable, el oráculo de nuestras dudas, el mentor para nuestras determinaciones. **TU DUCA, TU SIGNORE, TU MAESTRO.**

En 1888, a los cuatro años de recibido, se le comisionó para combatir una epidemia en Moyobamba. Primera vez que sale de la costa para ir a la montaña, pasando por la sierra, este viaje revela una vez más con destacados relieves, el espíritu observador del viajero. No hay paraje de su tránsito, villorio en que descanse, riachuelo que atraviese, nada que le pase inadvertido, para anotar nombre, ubicación exacta, naturaleza del suelo, calidad del agua, temperatura ambiente, humedad atmosférica, en suma todas las condiciones físicas que pueden auxiliar a sus estudios climatológicos. De allí que a raíz de su llegada a aquella ciudad, prevea el germen disentérico, cuando Loesch y Shiga descrubidores de la Amiba y la Bacteria específica, no existen aún o, si nacidos ya, están en pañales; y que califique la epidemia reinante de disentería palúdica, cuando recién se habla en el mundo científico de asociaciones microbianas. De allí que los "Apuntes sobre la Patología de Loreto", estudio que es su tésis doctoral en 1891, no requieran modificaciones sustanciales para

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

ser de actualidad. Y de allí que un solo viaje por esas comarcas, le haga conocedor de ellas mejor que sus propios pobladores. Hoy mismo, cerca de medio siglo de esa época, sorprende oirle hablar de esas regiones sin equivocarse en lo menor ni siquiera en la pronunciación de los nombres, de origen quechua, y enrevesados algunos, con que se les conoce. Es que para grabarlos en su memoria indagaba su etimología o su razón de ser. Así menciona a los **poshecos y ponguetes,** refiriéndose a los anémicos y opilados y habla hoy de los ríos Mashcon, Utcubamba, Lluchuyacu; de las cumbres de Cumullca, Callacalla y Pishcohuañunam, del tambo de Utchcu, de la cueva de Cushnimachay, de la cuesta de Apushaismanam.... como si ayer no mas hubiera estado por tales sitios; y habla de ellos con tal profusiós de pormenores, y con tanta exactitud, que asombra hasta el pasmo a los que acaban de recorrerlos. Puede decirse que Avendaño es la geografía palpitante de aquellas comarcas.

He aquí a propósito un hecho de lo más demostrat'vo. En Dbre. de 1890 volvía Avendaño de este viaje, por la misma ruta. Al despedirse de mí en Chachapoyas, trazándome el itinerario de lo que le restaba de camino, díjome que de Leimebamba vendría a descansar un momento en el tambo de Pomacochas, y al observarle yo que en Pomacochas no había tambo, me replicó: "se habrá destruído, porque cuando vine hace dos años, vi en esa pampa, a la derecha del camino y como a cien metros de distancia, una casucha, y al preguntarle a mi arriero qué era aquello en medio de tanta soledad, me dijo que era un tambo, llamado, como la pampa, de Pomacochas". Yo había pasado cuatro veces por allí y no había visto choza alguna; pero en Mayo de 1891, en viaje a esta capital, recordando, al pasar por la pampa aquella, la afirmación de mi amigo, volví la vista hacia la izquierda y ví, como escondida entre matorrales, la pequeña choza, el famoso tambo de Pomacochas, que para cualquier viajero que no fuese Avendaño, pasaba desapercibido.

Tiene relación con lo que digo sobre el espíritu observador y la memoria de Avendaño, el siguiente episodio. Hace poco, bajábamos él y yo, en su auto, por frente al teatro Mazzi; al torcer para entrar en la cuadra de San Andrés, señalando yo el ángulo de esta con la de Sacramentos, ángulo que era la esquina de nuestra vieja casona de San Fernando, le pregunté: Recuerdas? Ah, me dijo, la pulpería de Don Angel Bonaspetti. Allí dejábamos nuestros libros, para no cargar con ese peso, cuando íbamos a las clínicas o al anfiteatro del Dos de Mayo. En el cuadro que había en la puerta figuraban pájaros con escopetas cazando a hombres encaramados en un arbol; peces teniendo redes pescadoras a hombres sumerjidos en el mar; hombres con ramas de alfalfa en la boca, tirando un carro en que viajaban caballos y burros; todo al revés. Y habría seguido enumerando detalles, si al pasar po la cuadra de la Virreyna, señalando yo un almacén de la izquierda, no hubiera repetido la pregunta. ¿Recuerdas?... "Oh!

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

Cómo no recordar la pastelería de Don Pedro Montes; allí entrábamos bajando de la Escuela o de los hospitales a atiborrarnos de golosinas, previa la designación del pagano por la suerte de nudo o del libro. Allí le dábamos lata a Don Pedro, hablándole de Don Manuel Pardo, cuyo solo nombre entusiasmábale a tal punto, que por dos reales nos dejaba consumir dos soles de pasteles. ¡Qué pardista y que obsequioso era el tal Montes!

Con aptitudes tan eficientes, claro es que Avendaño no malgastó su tiempo en la edad de los esfuerzos máximos. Lejos de eso, entrenó bien su labor estudiastil para hacer proficua su actuación profesional. Así, al recibirse, frisando en los veinticuatro años, pudo exclamar a pulmón lleno y como si se escuchase al personaje de Ibsen: "No he tirado mi vida al mar; no he perdido mi juventud: piso los umbrales de la edad adulta con un bagaje de ciencia que vaticina para mi acción éxitos halagadores".

Así preparado para el combate de la vida, al llegar, en 1893, a las fronteras de una lozana madurez, afianzando previamente su base económica y siempre impecable en sus orientaciones, echóse a buscar, como un ensueño, el candor y la gracia; como un hechizo, la santa alegría, la suprema gloria, la quinta esencia del bien; logrando en sus anhelos de perfección, robarle a la fortuna todos estos halagos; que su amor, en la compañera elegida, es ilusión perpetuamente renovada, tersura siempre en flor inmarcesible, confianza ilimitada y sin reservas, sonrisa nunca ausente y jamás exenta de pulcritud, fulgor que no vacila ni se amengua bajo un cielo siempre diáfano, ideal, en una palabra, hecho carne, carne viva, toda corazón. ¡Pareja augusta!.... ¡Hogar bendito!.... ¡Salve!....

Me he detenido en referirme, de un lado, al espíritu observador de Avendaño, sutil, penetrante, y de otro, a su memoria, exquisita y de la más alta justeza, porque esas facultades suyas son la clave de sus éxitos. Con razón dice Donald: "Ojo que sabe mirar y mente que sabe retener son dos factores inapreciables para triunfar en los combates de la vida, cualesquiera que sean los medios en que se libren".

Así sea perogrullada, vale afirmar que la primera condición para tratar bien a su enfermo es conocer bien su enfermedad, y para conocer bien ésta, examinar bien a aquel; quiere decir, observarle atentamente, no sólo, ya lo dije, con una visión simple, sino con una visión intencionada en favor del diagnóstico, con una visión interesada en provecho de la terapéutica. Médico que observa bien, es un buen médico; médico que observa mal, es un mal médico. Repito la máxima del Dr. Romero: **mata el que no observa.** Pues bien, Avendaño observaba siempre en conciencia; buscaba, según el pensamiento agustiniano, **como busca el que va a encontrar.**

Y digo que en estas facultades está el secreto de sus éxitos, porque la observación, que conduce al conocimiento, es la mitad del camino para recorrer; la otra mitad del camino es la

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

acción. Perfecta la primera, perfecta también la segunda. Esmero y exactitud en la observación; certeza y claridad en el conocimiento; fuerza y eficacia en la acción; tal es lo que puede llamarse el tríptico integral de la práctica médica. Ya lo dijo, en frase concisa, el gran filósofo del positivismo: **SABER ES PODER (A. Comte).**

Ansioso de nutrir su instrucción profesional, siempre en acecho de nuevos casos, Avendaño, médico ya, no ha cesado de visitar hospitales, anfiteatros y laboratorios, ni en seguir sus trabajos de investgiación allí donde pueda encontrarse con hechos o cosas que constituyen novedades científicas. Consciente de que no corren parejas la responsabilidad y el poder del médico, grande la una y pequeño el otro, no ha dejado de ejercitar su espíritu observador en aquellos medios, para saber a fondo por qué procedimientos orgánicos se producen las enfermedades en el cuerpo vivo; que trastornos objetivos ocasionan en él; como sobreviene, al fin, la curación o la muerte y de que modo entra en juego, para uno u otro desenlace, el factor personal. Y todo, para que en un caso grave, de determinación dudosa, la incertidumbre del diagnóstico o de la medicación no susciten en su conciencia angustias que se asemejen a remordimientos.

Consciente también de que aproximarse a la ciencia, alejándose de la práctica, es convertir aquella en armazón de palabras que el choque de un solo hecho derriba, ha procurado mantener sus conocimientos en constante e íntima relación con las dolencias humanas, plausible consorcio que le ha distanciado, ya de la utopía, ya del empirismo. Y como por otra parte, la prolijidad con que, de practicante de los hospitales, verificaba sus observaciones, lo habituaron a identificarse con sus pacientes, en su práctica civil, ya de médico, jamás ha puesto su moralidad, al margen de su profesión, sino al contrario, ha entrelazado, por decirlo así, la una con la otra, de modo que puedan tenerse sus éxitos como rúbricas de su honradez y como salvoconductos de su responsabilidad.

Esencialmente dinámico, ha desplegado su energía mental en innumerables actuaciones científicas. El periódico, el libro, la cátedra, el laboratorio, la sala de hospital, la tribuna médica, el anfiteatro anatómico, el cuartel militar, han sido los estadios en que ha resplandecido su talento y en que su sed insaciable de ciencia, buscando nuevos rumbos, le ha hecho abarcar horizontes cada vez más amplios. De allí que, organizado para cultivar la ciencia médica y para ejercer el arte de curar, pocos como él tan enterados de los menesteres del noble oficio ni tan conocedores de la accidentada vida profesional.

Para incrementar este bagaje, ha recorrido el Perú de Norte a Sur y de Occidente a Oriente. Lambayeque, Libertad, Cajamarca, Amazonas, San Martín, Loreto, Ica, Arequipa.... son Departamentos que ha visitado, estableciéndose por algún tiempo en algunas de sus ciudades; Chiclayo, Moyobamba, Iquitos.

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

Y no contento con lo nacional, ha viajado por el extranjero, siempre en misión de estudio y dejando por doquiera brillante huella de sus pasos: que en todas partes, su incansable dedicación y el prestigio de sus éxitos le han conquistado el respeto y la confianza. No se extrañe, pues, que para ese viajero hubiese en toda las rutas un rayo de luz, y en todos los ámbitos una flor de alegría; porque alegría y luz iban consigo, difundiéndose a su paso; eran su ciencia y su corazón que sembraban el bien y cosechaban la gratitud. No se extrañe, asimismo que hasta hoy se le recuerde con cariño y agradecimiento en cuantos lugares visitó en aquellas excursiones, tanto que en algunos de esos pueblos hay personas que guardan, a manera de reliquias recetas suyas, que usan casi como panaceas, tal es la fe que inspiran esas fórmulas extendidas hace más de cuarenta años. Y no es de extrañar, en fin, que al recorrer su labor profesional, sorprenda la universalidad de su instrucción facultativa, porque es de preguntar, en efecto, ¿en qué rama de las ciencias médicas no ha espigado su talento provechosamente para la verdad y para el bien?

Maestro de aptitudes culminantes, siempre curioso de novedades científicas que aporten a su docencia copioso y escogido material, clínico experimentado, que se consagra solícito a las labores que como a tal le atañen, higienista eminente, celoso del bien público, siempre afanado en mejorar los servicios que se le encomiendan; médico legista insigne, que presta especial dedicación a estrechar con la mayor intimidad los principios de la ciencia médica con los de la forense, y a responder con toda certidumbre las cuestiones que propone la justicia; espíritu múltiple, en fin, **many sided,** que dicen los ingleses, especie de poliedro diamantino de rutilantes facetas. ¿Qué extraño que viva en un ambiente perfumado por la estimación general; que sea un encanto exquisito para todos los que le rodean y le tratan, y que abunde en providencia para cuantos han menester de su amplísima capacidad y su humanitario corazón?

En suma, por su rico patrimonio intelectual y su siempre rectilínea actuación; por la profundidad de su ciencia y la inmaculada pureza de su vida, Avendaño, de su primera matriculación en San Fernando, en 1877, hasta sus bodas de oro profesionales, en 1934, ha dignificado el ejercicio de la Medicina, confirmando así el pensamiento de un gran educador francés (C. Wagner) para quien **"no es la función la que honra al hombre sino el hombre el que honra la función"**

Hermoso contraste el que brinda en estos momentos el estrado académico de la Medicina Nacional: una ancianidad gloriosa erguida al calor de un regocijo incomparable, y una juventud ya ilustre, rendida ante el patriarca, al influjo de una atracción solemnemente admirativa. ¡Qué majestad la de tal conjunto de sentimientos!

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

Hacéis bien jóvenes doctores. Vuestra actitud al ofrendar este homenaje al profesional que termina, es un estímulo para el que empieza. ¿Quién, al ver que así en forma tan exquisita se recompensa la rectitud, la probidad y el decoro con que se desempeña una función, no ha de orientarse siempre hacia el rumbo sin sinuosidades que se le señala como ejemplo? Hacéis, bien porque esta actitud atestigua respeto a la experiencia de un viejo profesor, cuya actuación, adaptada sólidamente a la vuestra, moderará en vosotros las impetuosidades juveniles y os marcará los caminos seguros del éxito. Hacéis bien, porque en la persona de este profesor, ensalsáis la época de nuestra escuela, que, así me tachéis de presuntuoso, ya que en algo me alcanza el nimbo que veo en torno de la juventud fernandina de medio siglo atrás, puede llamarse el **ciclo de oro** del estudiantado médico, afirmación que unos cuantos nombres, junto al de Leonidas Avendaño, bastarán para justificar.

Inician el glorioso desfile Nemesio Lengua, Manuel F. Pomar, José Félix Marini, José Maria Villanueva, Leopoldo Meza, Juan Pablo Celis y Gregorio Montes, los siete ambulantes de la Cruz Roja, en la campaña del Sur de la guerra del 79; alumnos que enaltecieron el claustro de San Fernando, derramando su sangre y rindiendo su vida bajo la enseña de la humanitaria institución. Siguen Mariano César Mispireta, el denodado médico militar que en lucha infatigable bajo esa misma enseña, arrostró la muerte desde Pisagua hasta Huamachuco, en aquella infausta contienda; y Manuel Ugarte, el valiente fernandino que, en noche memorable para el sentimiento patrio, inscribió su nombre en el registro de los inmortales, al escalar el templo de la Gloria, en explosión que él mismo fervorosamente, provocara.

I siguen a estos beneméritos de la Patria, los beneméritos de la Ciencia, Manuel Antonio Muñiz, el precoz adalid de vanguardia en los dominios de la Psiquiatría, primer inspirador, entre nosotros, de las colonias para enajenados; Juan Manuel Byron, el preclaro bacteriólogo, colaborador predilecto de una eminencia mundial en Ciencia y práctica médicas, el profesor Alfredo L. Loomis; Pablo Patrón, el sabio por antonomasia, descifrador de la escritura cuneiforme de los súmeros; Ernesto Odriozola, el joven de mentalidad robusta en quien se encarnaron todos los altos valores profesionales para constituíir una personalidad médica de la más encumbrada jerarquía; Enrique Mestanza, el modesto médico de provincia que, sin más referencias, que las ya remotas de sus libros de estudiante, diagnosticara el primer caso de peste oriental habido en la costa occidental de Sud América; Daniel Carrión, el héroe máximo que, impelido, en excelsa visión de gloria, por un soplo de audacia incomparable, se ofreciera en holocausto al avance de la Ciencia, y al provecho de la humanidad; y cierro esta enumeración con Augusto Pérez Araníbar, el médico filántropo a quien rinden

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

hoy, en todas las esferas sociales y por todos los ámbitos de la Patria, la admiración y la gratitud.

Ved, pues, que por razones varias, hacéis bien en tributar este homenaje al compañero Avendaño. Y de que hacéis bien, ya tenéis la prueba. Ved como, acudiendo presuroso a vuestra llamada, ha venido a abrillantar esta fiesta amplio y selecto concurso profesional.

Por mi parte, he diseñado lo más sumariamente posible, la actuación médica de mi viejo amigo, sabiendo que me faltaban para que el diseño saliese irreprochable, autoridad e independencia; autoridad porque esa actuación de 57 años está a una altura inaccesible para mis facultades de crítico; independencia porque mi devoción hacia él, tal vez subraye de parcialidad mis apreciaciones. En la imposibilidad de costear el primer escollo, creo haber salvado el segundo, esforzándome porque en estas apreciaciones, se esfume mi personalidad para que sólo campee la suya. Valiéndome de un símil, he intervenido, al delinear este bosquejo, como el músico que acampaña al piano la voz de un cantante de mérito, procurando que sólo ella se destaque en todo su volumen, en toda su belleza, en toda su nitidez.

Voy a terminar.— Avendaño, mi amigo fraterno; cuando allá, por los años 81 al 83, en aquellos memorables altillos de la calle Comesebo, pasábamos dos parejas las veladas novembrinas, entre el humo del tabaco y el aroma del café, platicando la una con Jacoud, Dubrueil o Legrand du Saulle, y la otra con Beaunis, Bouchut, o Rabuteau; cuando pasada la media noche, dando tregua a la plática, nos refocilábamos con frugales viandas que nosotros mismos preparabamos en fogones de ron; cuando entre bocado y bocado, traíamos al palique los mil proyectos que la ilusión nos sugería para el porvenir que tú reforzabas, tasfundiendo en nuestras venas grandes dosis del caudal de optimismo que en tí no mermaba nunca, ¿quién había de contarnos que, a más de medio siglo, habíamos de estar aqui, haciendo yo de tu brillante actuación en San Fenando, un elogio de endeble contextura, pero de recia verdad; y tú escuchando con indulgencia el latoso discurso en que he pretendido poner en el cenit de un cielo sin nubes la descollante templanza de tus días pretéritos; propósito que habría logrado tal vez, si no fuera difícil ensalzar a quien nos escucha sin lastimar su modestia. No podía faltar mi palabra en esta ocasión. No es un homenaje el que en ella te rindo; es un deber que cumplo. Acójela bondadosamente, como vez llegar, en la intimidad, los afectos sinceros y las devotas simpatías; con la dulce mirada y la amable sonrisa del hombre que experimenta el inefable placer de sentirse amado; acójela, si, como espontáneo testimonio de mi invariable cariño, de mi larga veneración, de mi admiración perpetua.

Ahora, ¿qué variación has sufrido en este lapso de media centuria? Nuestro sabio maestro Dr. Bambaren, en su lección preliminar, resumiendo la doctrina transformista, nos decía: "La

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

instabilidad es condición primordial de la vida. Aunque insensiblemente, todo lo que vive se modifica sin cesar" y en el nemotécnico idioma del Lacio, nos repetía: **"Corpora vertuntur; nécquod heri fuimus sumus hodie, nec quod sumus hodie eras erimus.**— Pues bien, ¿confírmase en tí esta axiomática verdad? Sí, por cierto: porque si, en lo material, es ya ostensible la ingrata acción del tiempo, ostensible es también, en lo espiritual, la benéfica influencia de la incesante labor. El Avendaño de hoy es el Avendaño de hace once lustros, envejecido físicamente, pero espiritualmente vigorizado. Bien dice el sabio Littré, "El ejercicio de la Medicina, es, intelectual y moralmente, una buena escuela, severa y ruda, pero fortificante". Por eso, cada vez que mi cariño comprueba esta perpetuidad en tus facultades, no puedo menos que exclamar mentalmente: Aleluya!, Aleluya! Por eso, en las charlas breves pero sabrosas, con que de tiempo en tiempo nos obsequiamos, me viene a la memoria un cúmulo de recuerdos que alegran mis horas de anciano vivificando las potencias de mi alma y robustecen mi voluntad de que sigas viviendo para seguir yo recordando. Por eso, me sirve de epígrafe a este discurso la invocación de ese gran pensador D. Manuel Gonzales Prada, para decirle a mi lucero vespertino que, al hundir su lumbre en el ocaso, deje en el fondo de mi alma la suave luz de los recuerdos. Por eso, mis últimas palabras son para decirte: En la paz en tu vejez eres testigo de tu propia gloria, porque no has perdido con los años la energía espiritual de tus días mozos; y pues que, por una especie de contagio, diré mejor de un reflejo de índole psicofisiológica, también me siento yo a tu lado, con vigor de primavera, te invito a exclamar conmigo.

Atrás del cuitado el cantar gemebundo:
Si el alma, aunque vieja, nos late aún fornida,
Cantemos ufanos, el himno jocundo
El himno glorioso, triunfal de la vida.

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

HOMENAJE DEL HOSPITAL "ARZOBISPO LOAYZA"

El personal del Hospital "Arzobispo Loayza" del cual es director el doctor Leonidas Avendaño, le ofrendó con motivo de las bodas de oro del viejo maestro de San Marcos, un homenaje, que consistió en lo siguiente:

A las 10 de la mañana, poco más o menos, llegó el maestro Avendaño al local del hospital "Arzobispo Loayza", acompañado de su esposa, la señora Sara Hubner de Avendaño y sus hijos, ingeniero Julio Avendaño, doctor Jorge Avendaño y su esposa, señora Leonor Valdez de Avendaño, señor Luis Avendaño y su esposa señora Ana Oneto y doctor Leonidas Avendaño Hubner.

La Hermana Superiora de la Comunidad entregó después al doctor Avendaño, un álbum con las firmas de las Hermanas de Caridad y demás personas que prestan sus servicios en el hospital "Arzobispo Loayza", y en el cual se alude a la fecha que celebraba el viejo maestro.

En seguida el doctor Avendaño y sus familiares fueron invitados a pasar a la capilla del Establecimiento, donde se celebró una misa, siendo recibido en la puerta por el inspector señor Ramón Aspillaga, la Madre Superiora, Rosa Larrabure, cuerpo de empleados, en nombre de los cuales dirigió la palabra al maestro Avendaño, el contador, señor J. Castillo, quien le dió en breves palabras el saludo, manifestándole la simpatía con que él y las personas que representaba en esos momentos se adherían al fausto acontecimiento.

A continuación en el salón de actos del hospital y a nombre del cuerpo médico del Establecimiento, el doctor Guillermo Fernández Dávila, dirigió la palabra al doctor Avendaño, en los siguientes términos:

Una vez más he aceptado,— y veinte y mil aceptaré gustoso, si la suerte me lo depara y el honor así me lo permite,— el encargo de hablar en homenaje al Prof. **Avendaño.** Bien sabéis todos, que para este noble anciano, guardo siempre lo mejor de mi léxico, para decir todo lo que mi corazón siente y todo lo que mi cerebro piensa, de su talento, de su bondad y de su honradez.

Hoy, en el día máximo de su soberbia existencia, en el que el Dr. **Avendaño** puede orgulloso mirar a su espalda media centuria en lides de la profesión, ha querido el Cuerpo Médico del Hospital "Arzobispo Loayza" darme personería, para que traiga el saludo cariñoso y reverente para aquel que como Director del establecimiento, es nuestro jefe inmediato superior.

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

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima - Perú

Quien pretenda escribir en la actualidad la historia de la medicina nacional, sobre todo de los hechos ocurridos en los últimos tiempos, tiene obligadamente que hablar, año tras año, del Maestro; del **Maestro,** así en singular y con mayúsculas, porque su nombre se prodiga en forma tal y en casi todas las esferas de la actividad profesional, que bien puede decirse que su personalidad constituye en el momento presente la encarnación viva de la Medicina patria, por su sólida e inconfundible figura de hombre de Ciencia, a través de varias generaciones y de cincuenta años de labor intensa y ejemplar.

Ya dijera en otra oportunidad, que para hablar de **Avendaño** se requeriría un tiempo enorme y muchísimas páginas; su multiforme personalidad y superabundante labor, si con la verdad quisiera cumplirse, obligarían a escribir un voluminoso libro.

Hoy, para cumplir hidalgamente con el honroso encargo que me han dado mis colegas de este nosocomio, quisiera solamente,— y ello es ya pretención de mi parte,— el ocuparme de **Avendaño** en su labor hospitalaria; glosando las múltiples y variadas actuaciones que en el decurso de su vida profesional, ha realizado en las salas en las que la miseria y el dolor se enseñorea, y en las que puso siempre todo el contingente de su talento y de su abnegación, para aliviar a los seres que padecen y sufren.

Muy temprana todavía su vida de estudiante y cuando sólo cursaba el tercer año en la Facultad de Medicina, ya ocupaba un puesto de externo en los hospitales. Su aprovechamiento, sustentado por las notas de sobresaliente en sus dos primeros años de estudios y la contracción y perseverancia que ponía siempre en su actuación como practiante, lo hicieron necesario, y su persona en tal sentido era solicitada afanosamente por los jefes de servicios hospitalarios.

Fué así como, en el trascurrir de ese año de 1879, que fuéra el de iniciación de nuestra azarosa guerra del Pacífico, actuaba como Externo, sucesivmente, en los servicios del Prof. Aurelio **León** del Hospital "Dos de Mayo", del Prof. José Casimiro **Ulloa** del Manicomio del Cercado, y del Prof. Lino **Alarco** en aquel mismo hospital de varones.

En el año de 1880 y yá en el 4º de estudios, actuaba como Interno de Hospitales, y así ocupa primeramente y por corto tiempo, un puesto al lado del Dr. Federico **Dodero** del Hospital de Guadalupe del Callao, para pasar después y por el resto del año, a trabajar con los Drs. Carlos **Basadre** y Ricardo **Moloche,** en el Hospital Militar de "San Bartolomé", por aquella época el centro hospitalario de mayor y mas variada labor, como consecuencia del periodo de guerra internacional por la que pasaba el país. Fué en este hospital y con tales maestros, que aprendió los rudimentos de la Clínica Propedéutica, hoy por desgracia tan olvidada, y como consecuencia de ello, concibió la idea de escribir sobre el tifus exantemático, como así lo hiciera en 1883.

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

En dicho nosocomio estudió detenidamente como 100 casos de dicha grave enfermedad epidémica, en soldados venidos de la Sierra y pertenecientes a la División Duarte; las completas historias clínicas que pacientemente y con fina observación preparara y los consejos e inspiraciones de sus jefes, los Drs. **Basadre** y **Moloche,** dieron orígen a esa notable Tésis de Bachiller en Medicina (Etiología del Tifus Exantemático— 1883), que el Jurado nombrado a efecto por la Facultad de Medicina y compuesto por los Drs. Leonardo **Villar,** Tomás **Salazar** y Manuel C. **Barrios,** calificaron de notable.

Fué en este importantísimo trabajo que se inicia el espíritu eminentemente nacionalista de **Avendaño,** puese aportó mucho a la historia del tifus e insistió por vez primera entre nosotros, sobre ciertas particularidades de la dolencia en el Perú. Antes de entonces, en los años de 1854 a 1856, los Drs. **Villar** y **Macedo** habían escrito al respecto, pero solo se ocuparon de la descripción de la enfermedad, sin referirse en nada a la etiología y, sobre todo, sin apreciarla en nuestro propio medio.

Avendaño probó igualmente en esa monografía, que al contrario de lo afirmado por **Jaccoud, Gresinger** y **Sculler,** el tifus exatemático no se desarrolla en la Costa del Perú, ni como enfermedad autoctona, ni como enfermedad importada; y explicaba tal hecho, por las condiciones metereológicas de esa zona del territorio, en que existe permanentemente una corriente de aire cálido, que podría arrastrar a las capas superiores de la atmósfera a los presuntos gérmenes de la enfermedad.

Esa opinión, curiosa y muy avanzada para aquella época, como bien lo hizo notar el mismo autor en la Memoria de la Academia Nacional de Medicina del año 1918, fue confirmada por los hechos, pues al evidenciarse por los estudios de autores mejicanos que el piojo blanco era el trasmisor de la dolencia y que éste no existía en la costa del Perú, se vió la influencia que sobre la etiología de esa enfermedad infecto-contagiosa tenían las condiciones metereológicas.

En el año de 1881, continúa en el mismo Hospital Militar, yá al lado del Dr. Joaquín **Andueza;** y al siguiente hace su práctica en el Hospital de Mujeres de "Santa Ana" con el recordado Dr. Néstor J. **Corpancho,** prolongando su estadía en ese nosocomio, como terminación de sus estudios, con el Prof. Ramón **Morales.**

Iniciando su vida profesional en día como hoy, hace cincuenta años, no abandona **Avendaño** las salas de los hospitales. Acepta cargos de la Facultad de Medicina y lo hace en servicios de clínica, que le permiten continuar su práctica; así actúa como Jefe de Clínica Quirúrgica de Mujeres con el Prof. Julian **Sandoval** y tres años después en la Clínica Médica de Mujeres con el Prof. Armando **Velez.**

En 1896 se traslada a Chiclayo y allí es nombrado Inspector del hospital de esa localidad y ejerce sus labores con tal en-

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

tusiasmo y laboriosidad, que en 1898, se pide en la respectiva Sociedad de Beneficencia Pública que una de las salas de dicho nosocomio se llame **"Sala Avendaño"**, como se hizo, perpetuándose así el nombre del maestro en esa ciudad.

Al regresar a Lima es nombrado en 1899, Jefe del Gabinete de Electroterapia del Manicomio del Cercado, actuando allí hasta 1905, en que fué trasladado al Hospitáal "Santa Ana" ese gabinete, continúa al frente de él, ya en este nosocomio, hasta 1918, en que renunció.

Por esos mismos años, desde 1908 hasta 1919, regenta la Cátedra de Clínica Médica de Mujeres en el Hospital Santa Ana, siendo así consecuente con el establecimiento que fuera el centro de casi todas sus actividades hospitalarias.

Por último, después de haber actuado de octubre de 1921 a Enero de 1922 como Director del Hospital "Dos de Mayo", asume en Enero de 1933, la Dirección de este Hospital "Arzobispo Loayza", que para honra y prestigio del cuerpo médico, ocupa hasta la fecha.

No se concreta a esto el aporte científico del Prof. **Avendaño,** en lo que se refiere a los hospitales. En diversas oportunidades, su competencia en cuestiones de asistencia fué solicitada, cuando se trataba de elaborar informes y proyctos de centros hospitalarios. Es así como en 1902 fué comisionado por la Academia Nacional de Medicina para preparar con los Drs. **Barrios, Velasquez, Bravo** y **Bello** el Proyecto para la construcción de un Hospital de Mujeres; y al siguiente año, a nombre de la Facultad de Medicina y con los Drs. **Dulanto** y **Odriozola,** el Proyecto para un Sanatorio en Tamborique. Véase por estos datos, como antes de ahora, cuando se trataba de construir hospitales o sanatorios, se pedía opinión técnica a las altas autoridades científicas, la Academia y la Facultad de Medicina, para que de ellas saliera, por labor de personas capacitadas y de prestigio, los proyectos para tales importantes obras. No se dejaba tan delicada misión al capricho de corporaciones o de personas aisladas, como se acostumbra actualmente.

Tal, en breve síntesis, la labor de **Avendaño** en los hospitales de la República. Durante 55 años su figura, de entusiasta estudiante ayer y de reposada profesionalidad hoy, pero siempre severa y magestuosa, se ha paseado por las salas de los nosocomios, sobre todo de ese viejo y añorado Santa Ana, que siempre recordamos con cariño los que allí hicimos la mayor parte de nuestra práctica.

En los diversos servicios hospitalarios en los que actuó, dejó siempre la huella imborrable de su talento y su laboriosidad. La bondad para con sus enfermos, el consejo y la enseñanza para con sus practicantes y alumnos, el respeto para con sus supe-

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

riores, fué la norma rectilínea de conducta en todos sus actos de tales labores.

La fina observación, aquella dote inestimable hoy por desgracia menospreciada y que fuera durante toda su vida el más preciado privilegio de **Avendaño,** dió como resultado sus múltiples trabajos clínicos, que sería muy vasto enumerar en este momento. La obra completa del **Maestro,** en todas las fases de su vida y en todas las facetas de su manifestación profesional, está todavía por escribirse. En este solemne momento, yo os lo prometo, que aunque superior a mis esfuerzos, pronto la llevaré a cabo, como un tributo de agradecimiento para aquel que fuera, durante todo el decurso de mi carrera profesional, mi maestro, mi mentor, mi padre espiritual.

Maestro Avendaño:

Los médicos del Hospital "Arzobispo Loayza", muchos de los que lo fueron igualmente de aquel inolvidable Santa Ana, vienen por mi conducto a brindaros en este día glorioso de vuestra existencia, el tributo sincero de admiración, de respeto y de cariño. Que vuestra obra perdure por muchos años aún y que los consejos que de vos recibimos, se prolonguen en la existencia, contra todos los embates de la delesnable materia; vuestro espíritu, siempre radiante, nos augura muchos años de enseñanzas, para dicha nuestra.

Emocionado el doctor Avendaño, respondió agradeciendo las frases del doctor Fernández Dávila, en los siguientes términos:

Señores:

Cuando están vivos en mi espíritu los recuerdos de la fiesta académica de anoche, celebrando el cincuentenario de mi actuación profesional, han querido ustedes, reunirnos, con idéntico motivo, en este lugar, centro de nuestras actividades hospitalarias.

En este momento unidos médicos y alumnos, las hijas espirituales de San Vicente de Paul, las señoritas enfermeras diplomadas y alumnas, traducen su simpatía y respeto al viejo director, que, tras más de cincuenta años de vida, en contacto con la enfermedad y el dolor, conserva aún energías para ser guía, para ser lazo de unión, para dar luz y consejo.

Cuando en el año 1879, ingresara como practicante externo al Hospital San Bartolomé, a pesar del entusiasmo y optimismo de mis años mozos, cuán lejos de mis posibilidades estaba vislumbrar lo que me deparaba el futuro. Después de muchos años de vida hospitalaria, de ejercer largo tiempo la ingrata práctica privada, ha querido la benevolencia de los Directores de la Sociedad de Beneficencia, que ocupe este puesto.

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

Hace algunos años, Carlos Enrique Paz Soldán, con clarividencia que sorprende escribía: "El Destino manda: el doctor Avendaño ha de ocupar, durante muchos años su cátedra en la Facultad". Y aunque dicha cátedra la he abandonado, para ser reemplazado, brillantemente, por uno de mis más queridos discípulos el mismo que con todo afecto, ofréceme este homenaje, la dirección del hospital y de la Escuela de Enfermeras me brinda oportunidades, que me hacían considerarla como la prolongación de la docencia que practicara durante treinta años.

Si señores, a ustedes mis discípulos, que si no fuistéis en el aula lo soís hoy en la vida diaria, me dirijo una vez más. Con la palabra y el ejemplo os he enseñado mucho, pero no es suficiente. En mi ancianidad sonriente, hay todavía entusiasmos juveniles para predicar, para reclamar, para enseñar. Si jóvenes, ustedes, sobre todo, que recién comenzáis, inspirad vuestras vidas en el Juramento del Padre de la Medicina. Allí está condensada la filosofía médica de los tiempos pasados y modernos.

Practicáis una profesión, que, cual ninguna, es pródiga en sinsabores, pero también en intensas satisfacciones espirituales, Ahondad éstas, jóvenes, elevad vuestros espíritus, por encima de las pequeñeces humanas. Aliviad al enfermo pobre, quizás con mayor interés que al rico, ya que carece de medios materiales para retribuir vuestros servicios, pero que casi siempre pone más emoción en la gratitud. Atendédlo con bodad para aliviar su triste situación de desamparado de la fortuna. Sed buenos jóvenes "por el ritmo y la armonía que hay en ser bueno", como dijera el poeta.

En la fecha de hoy pródiga en intensos recuerdos del pasado; motivo de hondas filosofías; deleite para mi espíritu, que al contemplar el ayer, pleno de inquietudes y sinsabores y el hoy risueño, colmado de sugerencias, no puedo menos de agradecer al Supremo Hacedor, la larga vida que me ha permitido vivir.

Es la fruicción del viejo sembrador, cuando al atardecer, tras de intensa labor de mucho tiempo, en la que ha ahondado el surco para arrojar la semilla, contempla las mieses surgir pródigas y hermosas, como un himno a la Naturaleza exultante.

En el crepúsculo de mi existencia, sin odios ni rencores para nadie, cuando allá en Miraflores, frente al mar, rodeado del afecto tierno de mi santa compañera, de la emoción de mis hijos, cuyas cabezas comienzan a hacerse grises y de las caricias risueñas de mis nietos, pienso en el pasado y lo relaciono con el presente, hago un recuento de mi vida y creo haber cumplido con mi misión. Y así como el viejo sembrador, en el campo profesional veo a mis discípulos, cual las mieses pródigas y brillantes que surgen a la vida médica, como augurios efectivos de honradez, de eficiencia y de bondad.

A usted, Guillermo Fernández Dávila, siempre tan próximo a mí en la cátedra y en la vida, a ustedes colegas, a las dignas

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

Hermanas de Caridad; señoritas enfermeras y jóvenes alumnas, muchas gracias por esta fiesta, que anima aún más, mi ancianidad plena de entusiasmo y optimismo.

Acallados los aplausos con que las palabras del maestro Avendaño fueran recibidas, el cuerpo de enfermeras del hospital "Arzobispo Loayza", dió curso a un programa de carácter teatral, durante el cual abundaron las notas amenas y de gran jocosidad, que fueron celebradas con abundantes aplausos por la numerosa y selecta concurrencia.

Después de estas actuaciones, la concurrencia se dirigió al local provisional de la Escuela Nacional de Enfermeras, donde se descubrió un retrato del doctor Avendaño, haciendo uso de la palabra el inspector de esa Institución, doctor Chávez Velando, quien hizo el elogio del profesor Avendaño, respondiendo éste con adecuadas frases y agradeciendo el homenaje que se le tributaba, con palabras que la concurrencia recibió con nutridos aplausos.

Cerca de la una del día terminó el homenaje que en el hospital "Arzobispo Loayza" se tributó al maestro de San Marcos. Acompañado de todos los presentes hasta las puertas del establecimiento, el doctor Avendaño agradeció las manifestaciones de que era objeto, siendo despedido con repetidos aplausos.

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

LA PERSPECTIVA DIARIA

(Del diario "La Noche")

Al cumplir cincuenta años de profesional, el doctor Leónidas Avendaño ha sido ayer homenajeado por los médicos de Lima. Consoladora estimulación, tonificadora pleitesía rendida a la vida ilustre de un sabio y de un maestro. No ha sido, no, no es ahora mismo el doctor Avendaño el médico empingorotado, ensimismado con el brillo de sus títulos y la estimulación pródiga y pingue de su clientela, al uso por nuestro clima intelectual y frecuente en nuestra escuálida historia científica. No es posible confundir al médico con el hombre de ciencia, como tampoco puede coludirse al mero defensor de litigios con el jurisconsulto. La hermenéutica adquiere un valor agudo, pero la trascendencia la confiere la consagración científica.

Y eso ha sido, dentro de un medio extraño a la curiosidad mental, renuente al culto del pensamiento, ajeno a la preocupación por el estudio, este cultor amoroso de la cátedra, del libro y del laboratorio. Cincuenta años los ha consagrado Avendaño a la medicina, pero un espacio mayor, una dedicación más dilatada y más fervorosa, le arrancó al viejo catedrático la ciencia en su aspecto más vasto y plural. La ciencia, como investigación, como experimento, como ensayo y como indicio. Se abrieron, por obra de la vocación intelectual, otros horizontes. Y Avendaño fué en el Perú el precursor, o uno de los precursores, de la aplicación de la medicina legal y de la medicina en su nexo permanente con la asistencia social. No se constriñó el médico a su medicina. Escribió mucho, como todos los varones científicos de su hora, y se entregó a toda la radiación múltiple de la cultura.

No comparte, por cierto, el cronista los rígidos conceptos que Avendaño sostiene— no ideas, sino prejuicios— acerca del cogobierno universitario. Es la concesión lógica que el maestro ofrenda a su pasado. Y el respeto surge genuino precisamente de la inconformidad y de la controversia. Pero son otros, fuera del polémico, los títulos de Avendaño.

Nobles títulos de inquieto y de renovado bibliófilo.

GASTON ROGER

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

ANECDOTAS MEDICAS

POR EL DOCTOR L. AVENDAÑO

Las siguientes se quedaron en el tintero (o para decirlo con más corrección) en la máquina de escribir, cuando se publicó mi librito **"De la cosecha ajena y de la propia".**

Estabamos, en el Hospital de San Bartolomé, en los días que siguieron a la ocupación de Lima por las tropas enemigas: en enero o febrero de 1881.

El Dr. Ricardo Moloche (uno de mis recordados maestros de práctica, de clínica propedéutica, en ese Nosocomio), se disponía a practicar, una amputación del muslo. Se trataba de un soldado chileno, que tenía una herida por arma de fuego (bala de fusil), con fractura conminuta del femur, en el tercio superior del muslo, uno de cuyos orificios radicaba en el lado interno muy cerca de la raíz del miembro. Había que practicar la amputación a colgajo externo, una vez que el colgajo interno tenía precisamente que ser muy corto.

Verificada la completa separación del miembro amputado, pudo notarse que el colgajo interno se había retraído, por encima del aparato compresor de Esmarch, ocultando la arteria femoral e imposibilitando su ligadura. En tan difícil momento, el Dr. Moloche se armó con una esponja en la mano izquierda (en esa remota época, la esponja era el único medio de que se disponía para restañar la sangre en el campo operatorio), y con una pinza de compresión en la mano derecha, y ordenó a uno de los ayudantes que aflojara con cuidado y muy lentamente la faja compresora, preparándose para coger la arteria en el momento oportuno.

Apenas comenzaba el ayudante esta maniobra, saltó un chorro de sangre de la femoral, que inundó la cara del Dr. Moloche, cegándolo por completo. Este, con una serenidad asombrosa, empuñó, con la mano izquierda, el colgajo para aprisionar la arteria, y limpiándose los ojos con el mandil, rápidamente tomó la arteria con la pinza y contuvo la hemorragia.

La sangre fría y la competencia del Dr. Moloche, salvaron al operado de una muerte segura.

———0———

Era a mediadios del año de 1881. Actuaba como interno en el servicio del Dr. Andueza, en el Hospital de San Bartolomé, acompañándome

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

como externo el alumno del tercer año Máximo Tafur. Había que practicar una toracentesís, a un enfermo atacado de pleuresía; y, para ejecutar la operación, el Dr. Andueza solicitó el concurso del Prof. José M. Romero, el eminente clínico y erudito maestro de tan grata recordación.

Terminada la intervención, Tafur llamó al topiquero de la sala y le ordenó que lavara el Aspirador de Dieulafoy, que había servido para la extracción del líquido pleural.

El Prof. Romero, al oir esta orden, exclamó, dirigiéndose al alumno Tafur; — "Cómo, cómo, que dice señor ..... Ud. es el que debe lavar el aparato;y, para ver si lo sabe hacer, hágalo en mi presencia, y sepa Ud., de antemano, que en la calle no tiene Ud. topiquero a quién encomendar tal lavado".

Facilmente puede adivinarse el **pavo que se comió Tafur;** pero así era como educaban y enseñaban los beneméritos maestros de esos tiempos.

———0———

Durante la estada en Lima del ejército invasor—1881 a 1883—, como he tenido oportunidad de decirlo en varias ocasiones, la mayoría de los profesores de la Facultad de Medicina, dictaban las lecciones en sus domicilios particulares, en los que también se realizaban los exámenes de fin de año.

Los alumnos de la primera serie del sexto año, en 1882, debíamos rendir exámen ante el jurado presidido por el Prof. Martín Dulanto e integrado por los profesores Aurelio Alarco y Quiroga. Para ello, el Prof Dulanto hizo preparar lo conveniente para que la actuación se verificara en la huerta de su gran casona, ubicada en la calle de Rufas.

Una vez instalado el Jurado y los alumnos, el Prof. Dulanto, en tono muy afable y familiar, nos dijo:

"Aquí no alegarán que se les calienta la cabeza con las dificultades del exámen, pues precisamente la han de tener muy fresca en este ambiente de campo".

———0———

En los últimos meses de 1883, asistí a dos enfermas de afecciones ginecológicas, una señora Mercedes, de distinguida familia, y una negra residente en un callejón de la calle de los Borricos.

El resultado del tratamiento fué bueno, pues ambas enfermas sanaron en corto plazo. La negra, comentando esto y la similitud de la enfermedad en ambas, decía: — "El niño **Leonardo** no más tiene la culpa de que yo y la señorita Mercedes estemos sanas".

———0———

Ejercía la profesión en Chiclayo, a mediados de 1896. Una mañana, temprano, se me llamó para asistir a una parturiente. Después de examinarla hice presente a sus familiares que todavía faltaban algunas

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

horas para que se efectuara el parto, y como no podía quedarme a la cabecera de la enferma, avisaran a mi casa si sobrevenía algo urgente antes de mi regreso.

Debo dejar constancia que en Chiclayo sólo habían dos casas de patio, con reja en el zaguan, y que al frente de ambas existía una farmacia. En una de ellas, situada en la Calle Real y fronteriza a la Botica del Dr. Salazar, vivía una señora respetable casada con un prestigioso comerciante italiano. La otra, ubicada en la Calle de Balta, a seis cuadras de la anterior, y con la Botica del Dr. Chacaltana al frente, era mi domicilio.

Se aproximó el momento del parto; la familia comisionó a un sujeto— que conforme al dicho de Don Ricardo Palma, tenía "el talento en geringuilla"—, para que me llamara. Este pasó por la Calle Real; se encontró con una casa con reja y botica al frente, y sin vacilación alguna entró y llamó a la puerta de la sala. Sale la señora dueño de la casa; y, el sujeto, con gran estulticia y enorme precipitación, le dice:— "Manda decir la mujer que está pariendo que vaya pronto el señor". Puede calcular el lector, cuál sería el estupor de la señora al recibir este aviso.

Felizmente, muy pronto pudo aclararse el grosero error cometido por tan ignorante individuo.

———0———

En una mañana, llegué a la ciudad de Monsefú, llamado de Chiclayo, para visitar a un enfermo. En la estación del Ferro-carril, me esperaba un individuo que me solicitó para que atendiera a una parturiente, en la que se presentaba un caso de distocia. Prometí acudir, como lo hice, una vez que terminara con el primer enfermo.

Una vez en la casa, encontré a una mujer en pleno trabajo del parto, en posición de intervención obstétrica, y por cuya vulva salía un brazo del feto excesivamente congestionado. No cabía vacilación posible sobre el diagnóstico: se trataba de una presentación de hombro; y, la indicación era precisa, practicar la versión. A pesar de mis esfuerzos, me fué imposible penetrar al interior del útero, por impedírmelo la contracción enérgica del órgano. En tan crítica situación, oigo que una de las comadres viejas, de entre las que espectaban la escena, exclamó—: "si le habrá hecho daño el **secale** que le han dado". Comprendí en el acto lo que sucedía; el utero estaba tetanizado por el cornezuelo de centeno, imprudentemente administrado, y era imposible extraer al feto mientras no se relajara el órgano exageradamente contraido. Hice tomar a la paciente doce gotas de láudano— providencialmente proporcionadas por un vecino diligente— y ordené que se condujera al Hospital de Chiclayo, para efectuar la intervención que estaba indicada.

En plena marcha del convoy, entre Monsefú y Chiclayo, se me acercó el conductor del tren, y, con mucha solemnidad, me dijo:—"doctor, esa mujer está pariendo en el furgón". Me traslado al carro de carga; examino a la parturiente, compruebo que el feto ha salido y estaba muer--

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

to entre las piernas de la mujer y que se producía una pequeña hemorragia por la vulva. Me doy cuenta de que hay un desprendimiento parcial de la placenta y que urge extraerla rápido para evitar que aumente la hemorragia. Como buenamente pude, me levanté la manga del saco y el puño de la camisa; introduje la mano, encuentro la plancenta parcialmente desprendida, la extraje y cesa en el acto el flujo sanguineo Como no hay agua para lavarme la mano, me la limpio con un poco de guaipe, traído de la locomotora. La enferma llega al Hospital de Chiclayo, el puerperio evoluciona sin complicación alguna, y su restablecimiento se efectúa en pocos días.

He aquí un caso en el que, sin intervención alguna, pudo haberse efectuado la expulsión exponánea del feto y el parto normal.

———0———

Se verificaba, en el salón de clases de la Escuela Nacional de Enfermeras, a mediadios de 1933, el exámen de las Asistentes de la Cruz Roja.

A una de las señoritas, aspirantes al título, se le preguntó:—"qué es la curva de la temperatura". La respuesta, clara y precisa fué:— "es una línea quebrada, impropiamente llamada curva, en la que se registra la marcha de la temperatura del cuerpo durante la enfermedad".

Que te-a-ele tal.....

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

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

Universidad Mayor de San Marcos
Biblioteca
Lima - Perú

SINDROME ICTERO-HEMORRAGICO DEL RECIEN NACIDO

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE
Puericultor de la Maternidad

El síndrome ictero-hemorrágico del recien nacido es un cuadro clínico del más serio pronóstico. Para su descripción bastan los colores sombríos de la paleta. Esta dolencia, rara y enigmática, cosforme al decir de Feer, es, en la reaidad clínica, igual a una sentencia de muerte. El niño que la sufre tiene el aspecto llamativo, inconfundible de un febricitante para el que las posibilidades de vida están entremezcladas con las más seguras de abandonar el mundo brevemente.

Puestos en el caso de diagnosticar y de tratar dos de estos enfermos vamos a historiarlos en su evolución nosológica. Los hechos, vivos y personalizados, que se relatan, merecen algunas apostillas de comentario. Al hacerlas no hay intención de escribir un trabajo erudito. El próposito es menos ambicioso. Se trata apenas de desgranar algunas ideas sobre un punto que merece preocupación y cuya trascendencia en Puericultura pre-natal se permite señalar el autor de estas líneas.

OBSERVACION 1a.

Servicio Nº 3 (Dr. Roe). Gestación de 8 meses. Edemas de la madre. Parto sin complicaciones, Varón, mestizo, pesa 2,900 gramos y la talla alcanza 48 centímetros, Nada de antecedentes luéticos.

A las 24 horas de nacer es notable la coloración amarilla de la piel. Las horas siguientes acentúan el cuadro de un niño ansioso, deprimido, con las conjuntivas fuertemente teñidas. El hígado y el bazo están aumentados de volumen. Grito apagado. Fontanelas normales. Orinas ictéricas. No toma el pecho, pero ingiere los líquidos por cucharaditas. Temperatura rectal: 39.9.

Un día después gran enterorragia y vómitos muco-biliosos. Se hace una transfusión de sangre materna. Como terapéutica coadyuvante tromboplastina, suero de Ringer subcutaneo y en ingesta, botellas calientes. En la noche de este día una nueva melena mata al niño. La piel ofrece grandes manchas equimóticas. Peso después de morir: 2500 gramos.

La necropsia confirma el diagnóstico. Se ha tratado de un caso de síndrome ictero-hemorrágico. El protocolo se puede resumir

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

así: tejidos impregnados de un tinte amarillo-verdoso; punteado pigmentados de las visceras en general; hígado grande de tonalidad verdosa y con el mismo caracter esteatósico del corazón, pulmones y riñones; líquido hemático en la cavidad peritoneal y restos de sangre en el intestino.

Sin valorar todavía los síntomas referidos, el cuadro clínico es un boceto patográfico de la ictéria grave de los nacidos, Con más o menos variantes se puede aplicar a otros casos fallecidos en los servicios hospitalarios de maternidad. Diagnosticados o no la rápida muerte de los niños ictéricos es lo más expresivo de la autenticidad de la dolencia y de la rareza de las curaciones. La reiteración de la letalidad lo afirma. I todo aquel que tenga ocasión de ver ésta clase de pacientes convendrá con nosotros en considerarlos como casos perdidos. Sólo asi los hemos entendido en lo que hemos visto y en lo que hemos leído. Pero, esa falta de éxito, esa imposibilidad de salvar vidas, apesar del afán con que se intenta, no impide comentar los hechos que, en todo caso, son una enseñanza y encierran algún valor en el deseo de resolver uno de los problemas más arduos de la clínica de la primera edad, La observación siguiente es la justificación de estas palabras plenas de excepticismo.

OBSERVACION 2a.

Sección de Pagantes (Dr. Busalleu), Primipara, de 39 años, útero fibromatoso. Nace en cefálica un varón, blanco, de gestación de 8 meses. Pesa 3,000 gramos y su talla es de 48 centímetros.

A las 24 horas del nacimiento se evidencia el tinte ictérico, Cosa común y banal no atrae la atención seriamente. El niño está aparentemente en buenas condiciones, Toma el pecho, duerme tranquilamente, expulsa el meconio de modo normal. El cordón cae al 5o. día.

En el 6o. de la vida, el 21 de abril último, el tegumento externo aparece intensamente teñido, Tono anaranjado. La piel es ardiente, la respiración difícil y hay imposibilidad para la succión. Tras algún esfuerzo la madre logra hacerle tomar el pecho, que se pierde pronto expulsando la leche por un vómito. En este momento lo vemos por primera vez,

El reconocimiento ofrece un niño abatido, con relagación muscular, algo ansioso y con la cabeza marcadamente inclinada hacia atrás. El color amarillo de la piel fija al punto la mirada. Fontanela deprimida. Respira por la boca que se nota entreabierta. La succión es imposible. No hay llanto ni quejido. Las fauces están libres y sin particularidad alguna en la mucosa. Respiración frecuente, disnea sine materia como diría Nobecourt y de tipo toraco- abdominal. Ruídos cardíacos normales con taquicardia. Cicatriz umbical buena, sin signos de linfangitis. Hígado y bazo hiper-

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

trofiados. Vómitos. Deposiciones en número de 3 a 4, amarillas las primeras y que luego han ido enverdeciéndose a medida de su frecuencia, Ano y genitales sin nada digno de anotarse como no sea el color de retama de la orina. La temperatura es de 40.5.

Calificado el sindrome de grave ordenamos baños, instilaciones nasales adrenalinadas, bebidas abundantes, leche materna por cucharaditas. Unas inyecciones de suero de Hayem y la petición de algunos análisis completan las indicaciones.

El día 22 las condiciones del bebé son las mismas. La temperatura es elevada. Imposibilidad para la succión y deshidratación visible. Se ordena gavaje con leche de mujer. El hemograma da ésta formula: hematíes 4.040.000, leucocitos 29.000. Permenorizando a estos dá 0 para los acidófilos y basófilos y para los neutrófilos: 0 en los mielocitos, 2 en los metamielocitos, 9 los de nucleo en baston y 35 los segmentados. Los monocitos son 14 y los linfocitos 40. También existe 4% de linfoblastos, 1 % de células de Rieder y marcada anisocitósis. En cuanto a la orina el laboratorio encuentra vestigios de albúmina, indicán, escatán, ácidos biliares, fuerte cantidad de acetona, células epiteliales, leucocitos, cilindroides y fosfatos amorfos. Los elementos normales no ofrecen particularidades.

El 23 de abril el cuadro morboso adquiere las más severas formas. La adinamia es acentuadísima. El niño tiene una postración de la que es imposible sacarlo, La introducción de la sonda por via nasal para el gavaje no despierta la menor reacción. La hiperpinexia se mantiene (40°). El niño, que se ha deshidratado más, apenas emite orina, que es de alta densidad e intensamente coloreada. La hipogalactia materna agrava las cosas. Por balneación se consigue algo la fiebre. Los despeños diarreicos ocasionan intertrigo gluteo. El pañal recoge cámaras semi-liquidas de matiz verde oscuro con mucosidades.

El día 24 la ausencia de gritos, opistotonos, temblores y convulsiones muestran que no se ha perdido la integridad cerebral. Las condiciones generales son distintas a los días pasados, aunque se precisa una complicación. Es la insuficiencia hepática que se evidencia en la salida expontanea de sangre por el ombligo en pequeña cantidad. La temperatura remitió en la mañana hasta 37.5 y es más yugulable al anochecer por la acción antitérmica del baño. Los intentos de poner el niño al seno logran resultados algunas veces, El reflejo de succión está normal, pero la fatiga rinde al pequeño después de algún esfuerzo. No es preciso el gavaje, ya que los líquidos y la leche de mujer son facilmente administradas con gotero. La tolerancia gástica es buena. La diarrea tiende a disminuir, En tesis general este día el niño evidencia alguna mejora dentro del estado de desnutrición causado por la enfermedad y la hipoalimentación,

Desde el 25 hasta el 28 de abril en la mañana las cosas son, mutatis mutandi, las mismas que se acaban de enunciar. Pero, en la tarde de este último día hay dos colapsos cardíacos de extrema gravedad. El primero es breve, pasa sólo, sin que deje tiempo para que lleguen los elementos terapeuticos que se solicitaron. A la

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

media hora, un nuevo colapso deja la sensación de la muerte del bebé. Asi lo hace ver el relajamiento muscular, la palidez, la falta de respiración. Tampoco se perciben, por auscultación, los ruídos cardíacos. Las maniobras de respiración artificial y la acción estimulante de los inyectables (eter, cafeina) no modifican el estado del niño que tiene todas las características de la muerte. Hacemos audazmente una inyección intracardíaca de adrenalina (½ c.c. de la sol. al mílesimo) y proseguimos tesoneramente con las maniobras de respiración artificial. Trascurren momentos de gran espectación al cabo de los cuales empieza a percibirse con el estetoscopio los ruídos cardíacos, para, luego, acentuarse y escucharse, finalmente, rítmicos y acelerados. Por primera vez para nosotros la cesación de los latidos es continuada por el restablecimiento de las funciones del corazón. Un nuevo analísis de sangre dá este hemograma: 3,500,000 hematies y 26.200 leuccoitos. Desdoblando los últimos conforme a la escala de Schilling se encuentran 2 acidófilos, 0 basófilos y los neutrófilos integrados por 1 mielocito, 5 metamielocitos, 9 con nucleo en baston y 41 con nucleo segmentado. Los monocitos son 7 y los linfocitos 35. Acompaña a la formula anisocitosis, policromatofilia, 4% de normablastos, la misma cantidad de linfoblastos, 1% de células de Rieden e intensa basiofilia.

Nuevas manifestaciones de la perturbación de la crásis sanguinea aparecen el 29 de abril. Los pinchazos de las inyecciones del día anterior sangran fácilmente. Uno de ellos no se cohibe y en las 24 horas trascurridas ha obligado a renovar el apósito varias veces. Es visible la ausencia de coaguabilidad. Un día después sangra aún la pequeña herida y junto con ella la cicatriz umbical. Expontáneamente se forma en el muslo derecho un hematoma y a los dos días subsiguientes se descubre una equimosis maleolar interna en el mismo miembro inferior. No sin dificultades hacemos una transfusión de sangre materna. La temperatura se eleva por la tarde de dicho día considerablemente y el cuadro morboso se hace más grave a cada instante. Baños, antitermicos químicos y gavaje moderan en algo la trascendencia de las reacciones orgánicas.

Desde el 3 de mayo al 13 del mismo las mutaciones, ya de mejora, ya de empeoramiento, imponen llenar nuevas indicaciones. Sucesivas inyecciones de Clauden y su administración por vía oral dejan la impresión de que la incoagulabilidad de la sangre es un hecho contra el que nada valen los recursos del arte. Sangran los sitios en que se inyecta, sangra la pituitaria y la mucosa traqueobonquial, sangra la vegija y el intestino como se ve por los caracteres físicos de las excreciones correspondientes. La cianósis peri-orbicular y la de las extremidades, que existe desde el principio de la enfermedad, se acentúa en forma alarmante. Circunscritos a la ingestión de coagulantes, lo sombrio del pronóstico nos impele a considerar muy cercano el desenlace fatal. Cada nuevo recurso que se emplea es una nueva demostración de que en la mano del hombre no existen los medios de infundir vitalidad a los organismos íntimamente afectados en su funcionalismo.

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

El 14 de mayo dos complicaciones más se agregan al cuadro vario y complejo de este enfermo: catarro bronquial con abundante secreción hematica y edemas generalizados que hacen tangible el compromiso de las glandulas renales. La distensión de la piel que estos ocasiona enmascara el tinte verde-amarillento. Los insalvables obstáculos puestos por las nuevas complicaciones hacen naufragar ya las más prendidas ilusiones. I al caer el día 16, en medio de un cuadro de síntomas indescriptible, al que prestaban carácter la desnutrición extrema, el tinte ictérico y las hemorrágias, por la acción asfixiante de una respiración cada vez más lenta y sin ruídos, la paralización del corazón demostró, nuevamente, que en la muerte vital de los organismos, ésta viscera es siempre el **último morens**.

Más de un aspecto claramente diferenciado ofrece el cuadro clínico del sindrome ictero-hemorrágico de los recien nacidos. En pieza separada vamos a estudiarlos, disgregando sus diversos elementos para analizarlos en forma parcial y recordar lo que significan en la etio-patogenia y en el pronóstico.

LAS LESIONES FISICAS

Desde el punto de vista clínico el cuadro sindromático de las ictérias graves del nacimiento tiene un carácter de agudez. La expresión física, no obstante, deja de ser fiel reflejo de los caracteres visibles. Apenas se nota alguna hipertrófia del macizo hepático y un rebalse de los límites reservados al bazo, cuya topografía resulta, de este modo, aumentada.

De tales comprobaciones deriva que no fué fácil para los clínicos ubicar anatomo-patológicamente la enfermedad. De ahi las diversas teorías para explicar la causa de la ictérica. I de ahi las distintas descripciones encontradas en los autores.

Los observadores de las épocas pasadas tienen con los actuales un punto en el que están de acuerdo: señalar la sangre, y con más precisión los hematíes, como el lugar en el que se realizan los fenómenos mórbidos. I fenómeno mórbido es, por lo tanto, la hemolísis con su corolario la ictéria. Ahondemos entonces un poco en su estudio. Ylppo y Hirsch han revelado la bilirrubinemia de los nacidos, Particularmente en los prematuros tiene un carácter singular, Pero una y otra son actos fisiológicos, y la ofrecen regularmente todos los nacidos por lo favorecedores que resultan las acciones obstétricas, la ligadura tardía del cordón y otras causas que omitiremos para no salir de la materia que nos ocupa.

Volhard, por su lado, se ha preguntado si tal aumento de pigmentos biliares en la sangre es posible sin insuficiencia hepática, I respondiendo el mismo a su interrogación dice que la adaptación de la sangre a la hematósis extra-uterina ocasiona una destrucción grande de globulos rojos. Y es que las necesidades de oxígeno del

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

recien nacido son mayores que las del feto maduro. El acúmulo de bilirrubina en la sangre de la circulación general, la hiperbilirrubinemia para hablar con lenguaje más técnico, es la consecuencia física de tales acciones. El fenómeno biológico de la hemolísis hasta cierto punto es, pues, normal. Esto debe decirse asi con llaneza, ya que tan sólo transparenta las modificaciones experimentadas por la regulación de los elementos rojos en número conveniente a las necesidades del niño al nacer.

Cuando, de otro lado, se estudian las funciones de excreción del niño acabado de nacer se nota que elimina mucho más bilis que sus semejantes de mayor edad. Se ha seguido de esto que la ictericia es la muestra de que el hígado está todavía incapacitado para transformarla, determinando dicha anomalía su acumulación, en la sangre primero, y en los humores intersticiales, después. Por lo tanto se dice, con mucha razón, que "la intensidad de la ictericia depende del grado de madurez del hígado. Un hígado que no ha alcanzado su completo desarrollo es, pues, la promesa, algo más, la seguridad de que se está frente a un órgano glandular que carece del poder de transformar la bilirrubina. La insuficiencia de la célula hepática para sus funciones más conspicuas y la destrucción hematógena encarnan el susbstratum anatómico del sindróme, son las lesiones tangibles de la ictericia en su forma letal. I la fragilidad globular y la prolongación del tiempo de coagulación ayudan la producción de la bilirrubinemia, que se manifiesta en el tinte verdoso de la piel, en la coloración también verde de las conjuntivas y en el matiz tan oscuro de todos los tejidos, las heces y la orina.

Los fenómenos de la digestión son, por su parte, un acicate para el drenaje biliar. Las mutaciones del acto digestivo en su fase intestinal ejercen un llamado de bilis al intestino, que aunque sea desproporcionada a las necesidades de la química alimenticia, no bastan para aliviar al niño de su icterícia. Esta icterícia, sin embargo, no se acompaña de depresión cardíaca como ocurre en los adultos que la sufran. Porque las recientes investigaciones de Horral y Carlson, de Still y Emerson han probado que la bilirrubina no es un compuesto tóxico cómo las sales biliares, que son las que envenenan en las icterias por retención.

En la suma de lesiones enumeradas está, sin duda, la razón del escaso cuadro físico del sindróme ictéro-hemorrágico en el que la icterícia, las hemorrágias, la dísnea, etc., se asocian, unas veces en intensidad, otras en su ordenación, en ocasiones entremezclándose, para ofrecer un facsimil que se reconoce por sus perturbaciones antes que por los deterioros orgánicos, sólo palpables en la necropsia. (observación 1a.)

EL CUADRO FUNCIONAL

Las alteraciones que ofrece la vida del niño tienen su mejor expresión en los síntomas que recoge la observación detenida de los casos.

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

La vista se posa, desde el primer instante, en **la icterícia.** El síntoma icterícia no es un síntoma sino la enfermedad, podría decirse con frase contradictoria pero llena de veracidad. Por ella, la vida del niño se perturba hondamente, Por ella, es visible la dolencia a todos los que lo miran. Y por ella, el joven organismo pierde la actividad vital poco después de adquirirla y sin permitirsele su disfrute,

Esta ictéria sufre alternativas en su intensidad. Es asi que la escasez o la ausencia de alimento la intensifica por la falta de flujo biliar a las vías digestivas. El céfalo-hamatóma también la aumenta porque es mayor la destrucción de hematíes. Contrariamente, las digestiones repetidas, la diurésis abundante, los vómitos de cierta periodicidad atenuan su grado. Pero, reaparece y los tejidos vuelven a enverdecerse fuertemente por la fragilidad globular y la hemolísis que determina la meioprágia hepática.

La disnea es un signo hallado sin que se le busque. Su mecanismo no es **respiratorio.** Con integridad bronco-pulmonar se hace presente. I ocurre porque se cumple la afirmación de Arthus cuando dijo que era "el mecanismo compensador empleado por el organismo para luchar contra la disminución de la hematósis". Este aminoramiento del intercambio gaseoso a nivel del pulmón deriva de la destrucción globular, Ineficaz al principio, por la escasa necesidad de oxígeno del nacido, se evidencia en los días posteriores por la intensa hemolísis, Más tarde, en el momento en que la enfermedad ha tomado mucho cuerpo, se presentan otros motivos para la dísnea. Unas veces es la acción mecánica de las flemas que obstruyen la luz bronquial, Otras, son las complicaciones bronco-pulmonares que a menudo intercurren durante la marcha del mal. **La cianósis** acompaña a la disnea y es de lacalización peri-bucal. Las manos y pies también se vuelven violaceos y todo es causado por la pobreza de oxígeno de una hematósis rebajada.

Las hemorrágias son el síntoma más dramático del cuadro clínico. Inesperadamente surge la sangre por cualquier parte. La cicatriz umbilical tienen prioridad. Antes o después del desprendimientos funicular hay perdida hemática. Un golpe de tos es seguido de expulsión sanguínea. Las orinas y las heces salen ya teñidas de rojo, La debilidad congénita y la prematuridad son sus factores predisponentes, Ayudan su acción las intoxicaciónes y las infecciones del embarazo. I la fragilidad de los vasos, la disminución de la resistencia globular, la insuficiencia hepática hacen su contribución patogénica en favor de uno de los síntomas más conocidos y de más positiva malignidad para los organísmos afectados. Las perturbaciones de la crásis sanguinea suelen manifestarse también en la formación de hematómas expontáneos y de equimosis, ambos de intensidad y extensión varia. Estas modalidades expresivas de la hemorrágia tienen un indiscutible valor para el pronóstico en cuya formulación no se puede ser sino reservado.

La hipertermia es uno de los síntomas a que no se puede dejar de conceder un valor sustantivo. Intermitente o contínua ofrece datos muy ilustrativos sobre la marcha del sindrome. La tem-

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

peratura es siempre alta. Por eso se ha dicho hipertermia y no fiebre. Cuando remite lo hace en uno o dos grados. La curva térmica es de este modo irregular, con despuntes y remisiones, persistiendo casi todo el tiempo de la enfermedad. La gráfica, sin embargo, carece de originalidad, no es patognomónica y siempre cabe preguntarse hasta que punto la causan las infecciones sobre agregadas. La proximidad de la muerte hace que la fiebre caiga y que le suceda la hipotermia.

El decaimiento, la ausencia del llanto, la desaparición del reflejo de succión son derivados de la debilidad general, I **la desnutrición** del niño por la hipoalimentación y la acidósis que la inanición ocasiona son factores que, por su parte, le dan al enfermo una característica sindromática que complica las descripciones y que le proporciona esa variabilidad que concibió en Letamendi el aforismo que dice: no hay enfermedades sino enfermos.

LA MARCHA EVOLUTIVA

Encerrar la evolución del síndrome ictéro-hemorrágico en una descripción de conjunto es tarea imposible de lograr, Las publicaciones revisadas, esto es los tratados y artículos leídos por el autor de estas líneas, aún que no son numerosos, permiten, por su desemejanza, afirmar aquella imposibilidad.

Los casos curados son muy raros. Los hay de muerte rápida como en la observación 1ª. Existen los que evolucionan en 10 a 14 días con muerte inevitable. I son infrecuentes aquellos, como el de la Observación 2ª, que prolongan su dolencia hasta el mes o más tiempo.

De esos casos se registra con predominio de la ictéria, o destacándose las hemorragias, o tomando gran vuelo la desnutrición.

La iniciación de la enfermedad suele coincidir con el nacimiento. Pocas horas después se hace visible. Pero, en otras ocasiones es sólo después de unos días de vida que las manifestaciones del mal se reconocen, Viene como escondido entre las expresiones de las ictérias banales de los recién nacidos, para individualizarse luego y cobrar una importancia morbosa desmesurada,

Los unos como los otros pueden evolucionar rápidamente hacia la muerte o hacerse esperar ésta mucho tiempo. En otros términos, que la marcha del proceso puede ser aguda, sub-aguda o prolongada. El desenlace en la última forma viene a mayor plazo y las remisiones en la intensidad alimentan la ilusión de una mejoría que luego se ve alejarse sin remedio.

Como la enfermedad es secundaria, la cuantía y virulencia de los agentes causales entra por mucho en el decurso del cuadro clínico. I el terreno, como es natural, juega un papel de superlativa importancia al lado de los demás fac-

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

tores enunciados. Un buen estado general imprime matices que en nada son semejantes a los determinados por la prematuridad, la debilidad congénita y las infecciones heredadas.

EL DESLINDE DIAGNOSTICO

Los primeros días de la vida, siempre colmados de posibilidades mórbidas, exponen a los niños, en cuatro oportunidades, a sufrir las consecuencias de la impregnación ictérica. Son ellas la sífilis, las infecciones, la prematuridad y la atresia congénita de las vías biliares. El deslinde diagnóstico no es tarea difícil cuando se acumulan los conocimientos que brinda al observador la familiaridad con los casos. La afinidad de caracteres liga, a primera vista, el síndrome con cualquiera de las entidades nosológicas citadas. Pero, la discriminación viene una vez que se hace la revivisencia de su propia sintomatología. Queda dicho, sin embargo, que unas y otras de aquellas dolencias pueden coexistir y que la sífilis es capaz, por si sóla, de provocar el cuadro íctero hemorrágico completo.

La infección fué, probablemente, la causa de la muerte del niño correspondiente a la Observación 1a, I la vía umbilical el camino seguido por los gérmenes. La caída microbiana, desde el principio, en plena circulación general, encontró nuevas facilidades en la prematuridad del niño, La falta de defensas permitió, que en muy poco tiempo, falleciera por acción de una infección violenta, masiva e incontrolable por los medios que la terapeutica de ahora coloca en las manos del profesional. Ni la atresia de los canales biliares, ni la intervención causal de la sífilis resultaron responsables de la enfermedad. La Wassermann, en efecto, tuvo carácter negativo, y los datos anamnésicos, escudriñados con afán, tampoco arrojaron nada que permitiera asentar su origen en la afección treponémica. En cuanto a la atresia de las vías biliares no pudo ser eliminada clínicamente, como provocadora del mal, dada la brevedad de la vida del niño observado. Lo progresivo del síndrome y las síntomas que lo integraban dejaban poco asidero para pensarlo. I la necropsia, con sus ilustraciones innegables, demostró la permeabilidad de los canales extra-hepaticos para el flujo biliar.

La Observación 2a. fué, exclusivamente, un caso de meiopragia hepática. El niño nació a los 8 meses. Su inmadurez daba la clave del diagnóstico. Un hígado insuficiente, cuyo funcionalismo dejaba de responder a las urgencias vitales, era una razón que explicara la gama de trastornos que acompañaron la vida del niño en sus 31 días de existencia, I esa adulteración del fisiologismo hepático fué, también, junto con las condiciones de rebajamiento de las funciones generales de la vida, las que dieron asidero a la exaltación microbiana y a la invasión de la economía por los gérmenes sépticos. Algo más. La meiopragia hepática estuvo

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

favorecida por las condiciones peculiares de los nacidos con debilidad general. Porque no hay que olvidar que la pobreza en energías vitales es cuestión distinta de la falta de madurez. Si las características de peso y talla de este niño eran aceptables, los procesos ocurridos en la madre —primeriza de edad madura, utero fibromatoso, alimentación carenciada y escasa— permitieron el el nacimiento de un ser viable pero con una vitalidad que se derrumbó al primer empuje de las agresiones morbígenas. Esa especie de toxicósis gravídica que los productos celulares del fibroma vierten en la circulación materna bien pueden lesionar los sistemas vascular y hematopoiético. Los hemogramas prueban una reacción irritativa de éste, aunque falte la eritroblastósis que es tan fundamental para Kleinschmitd. Por lo demás, la sífilis estuvo aquí, también, ausente y no pesó para nada en la producción del síndrome.

LA PREVENCION

La convicción de que la medicina es, generalmente, impotente para reparar en salud a los niños afectados por el síndrome ictéro-hemorrágico hace que la mirada técnica fleche otros horizontes. Conocer mejor la marcha del mal, hacer con más finura su identidad nosológica o señalar los gérmenes causantes son acciones encomiables, pero que no obtienen la curación, fin supremo de la medicina. Habrá entonces que adoptar otra conducta, que teniendo en mente el mismo deseo saludable, busque prevenir lo que se sabe que es imposible de curar. La Puericultura pre-natal es el arma de los tiempos. Ya se conoce las derivaciones que la gravidez tiene en estos casos. Ya se admite la intervención de las infecciones crónicas y de las auto y hetero-intoxicaciones. Ya se aprecia bien la sucesión dejada por la alimentación pobre, la fatiga materna y ciertas condiciones de vida de las embarazadas. I como la personalidad del obstetra moderno está doblado por el puericultor su labor se orienta no sólo a extraer diestramente a los frutos corporales del amor, sino a ésta otra misión más hermosa y trascendente: a que nazcan biológicamente lo más cerca de la perfección.

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

EL BALNEARIO MEDICINAL DE HUACACHINA

Por el Dr. **EDMUNDO ESCOMEL**

Antes de ocuparme de un modo particular del balneario medicinal de Huacachina, me veo en la obligación de exponer algunos conceptos acerca de la hidroterapia en el Perú, uno de sus problemas más importantes o más bien, el de mayor importancia para los peruanos, puesto que, refiriéndose a la mejor de las riquezas cual es la de la salud, cualquiera otra resulta siempre secundaria cuando a su lado se la coloca.

Si la salud es lo mejor que nos ha dado la vida, debemos cuidarla lo mejor que podamos, por encima de todos los otros bienes y la hidroterapia en el Perú fecunda como es en materiales de acción, merece ser estudiada y bien acondicionada, para servir con más eficacia, pues que, científicamente dirigida, mejora siempre la máquina humana desgastada o enmohecida por la diaria labor y constituye en muchos casos la única salvación, cuando la vida se halla en peligro de zozobrar.

El Perú posée termas medicinales muy variadas y valiosas; ubicadas unas en la costa, otras en la sierra que ofrecen multiplicidad de condiciones fisico-químicas y por ende, terápeuticas, capaces de extender su radio de acción, a las más diversas manifestaciones de la enfermedad.

Emergidas de la corteza terrestre, atravesando terrenos más o menos cargados de sustancias químicas o de propiedades físicas, adquieren grados múltiples de acción, en estados nacientes y en combinaciones tales que no se pueden segregar ni separar constituyendo un todo biológico cuya resultante ha sido comparada con fenómenos **vitales** y ha hecho llamarlas "aguas vivas" a diferencia de las que se ha tratado de imitar o falsificar, disolviendo sólo parte de sus componentes químicos en acción artificial.

Estas aguas nacientes del suelo de la tierra, desarrollan en veces fenómenos maravillosos capaces de generar equilibrios salutarios que rayan en lo increíble.

Y no se diga, que estas riquezas, este oro blanco de la salud y del progreso, que surge en la tierra peruana, no puedan ser iguales o mejores que las que emergen en el suelo de Francia o de Alemania, por ejemplo, pueblos milenarios que han sabido apreciar y captar estos tesoros naturales para el bienestar humano, pues nada de raro ni de sorprendente es que en los Andes broten manantiales de salud tan portentosos como en los Alpes o en los Pirineos.

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

Es necesaro si, que en los Andes sepamos aprovechar de estas dádivas con que nos regala la Naturaleza, para saberlas aplicar al bien del prójimo en lo mejor que posee.

Además, en los seculares pueblos de la vieja Europa, al rededor de cada fuente surgen las viviendas, las poblaciones con sus elementos de cooperación terapéutica, trayendo como consecuencia movimiento, circulación, industrias nuevas, que nacen con los dineros que dejan los que adquieren vida nueva, poderosa y optimista, en las boleterías de las fuentes de la salud.

¿La hidroterapia puede usarse ad libitum, sin prescripción científica y sin conocimiento perfecto de la maquinaria humana y de todos los resortes y engranages que han sufrido desgaste por la enfermedad y que necesitan reparación?

Un reloj es llevado al relojero para ser restaurado cuando no anda y si cada uno de nosotros, prescindiendo del técnico-mecánico nos ponemos a componerlo, la mayoría de las veces lo habremos descompuesto más. ¿Cómo pues podríamos consentir en servirnos de un medio tan múltiple, variado y poderoso— en veces definitivo— como lo es la hidroterapia y someter a su acción al mecanismo más perfecto y complicado que se mueve en la naturaleza y que creyendo conocer ignoramos en sus más finos detalles, cual es el cuerpo humano, nuestro propio cuerpo?

Si en veces acertamos por casualidad, si en veces salimos adelante a pesar de una hidroterapia mal aplicada, esto no librará de los estragos, en ocasiones irreparables, que podrán originarse en la vida misma si no tomásemos consejo de los técnicos como lo hacemos hasta en las cosas más triviales de nuestra existencia.

BREVES PALABRAS ACERCA DE HUACACHINA

Entre las muchas personas que han estudiado o descrito a Huacachina podemos citar a los sabios profesores: Raimondi y Barranca; posteriormente la Facultad Médica nombró una comisión formada por los eminentes profesionales Dres. Elboli, Ulloa y Arosemena. Los Dres. Tamayo y García presentaron un brillante y dilatado trabajo describiendo hechos nuevos y animales y plantas antes no descritas; el Profr. Pozzi-Escot hizo un suscinto análisis de sus aguas; el Dr. Mestanza, infatigable hombre de ciencia, publicó su trabajo científico-clínico que aún sirve de norma para los bañantes; el Dr. Gastiaburú ha hecho análisis de diversas de sus aguas y otros profesionales se han ocupado de este tema, los cuales serán ampliamente expuestos en el trabajo que debo publicar además del presente, que es un pequeño esbozo en que se exponen hechos modernos de un modo muy condensado.

Volviendo a llamar la atención, como otros autores lo han hecho, sobre sus excelentes virtudes curativas, si se las sabe conocer y se las sabe aplicar a cada enfermo, lejos de creer que Huacachina es una panacea para curar todas las enfermedades, este

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

balneario como el de Cajamarca, el de Boza, el de Socosani, Yura o el de Jesús, tiene sus indicaciones propias con sus contraindicaciones.

Experiencias biológicas que acabamos de realizar y que confirman y amplían las notables que hicieron los Dres. Tamayo y García, han ratificado una vez más el alto valor curativo de las aguas de Huacachina para determinadas dolencias.

Estudiando por otra parte la acción climato-terapéutica de Huacachina y de Ica, hemos venido a la convicción de sus excelencias como **curas climatéricas de invierno,** pues su poca elevación sobre el nivel del mar, su temperamento seco y bastante asoleado, ejercen una acción sumamente beneficiosa para los innúmeros enfermos que en LIMA sufren de la excesiva humedad invernal, ya sea en sus manifestaciones artríticas, como en las anafilácticas y congestivas que el ambiente húmedo axalta y empeora por su oposición a la evaporación orgánica, siendo la última mayor y más saludable en los climas secos de Ica y Huacachina.

SITUACION DEL BALNEARIO

La laguna de Huacachina se halla ubicada a cinco kilómetros al S.O. de la bella ciudad de Ica, a los 14° 15' 52" de latitud Sur y a los 72° 52' 52" de longitud 0. del meridiano de París, en el fondo de una hondanada que circundan altos médanos, de arena estéril para la vida de las bacterias que atacan la salud humana, a una altura de 380 metros sobre el nivel del mar, según el Ingr. Augusto Tamayo.

CONFIGURACION DE LA LAGUNA

Esta tiene una forma ovalada midiendo 220 metros de largo por 65 a 100 de ancho según los sitios.

Sus aguas son tranquilas, de olor verde, debido a las innumerables algas espiriladas que allí viven; por algunos sitios y en determinadas épocas del año se ven flotar manchas blancas que llaman natas y algunas veces cambian de color por la flora bacteriana que en ellas se desarrolla y por las reacciones químicas que en ellas se suceden.

Su profundidad es variable desde la orilla que va en declive hasta el centro y no llega a sobrepasar los 4 metros en la zona más profunda.

El fondo es barroso oscuro en la orilla; en tanto que hacia el centro de la laguna se forman condensaciones calcáreas que allí denominan "cascotes".

En los últimos años se han hecho construcciones y un malecón que han dado comodidad y belleza a este lugar pintorezco, bello por demás, sobre todo en los crepúsculos matutino y vespertino.

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

CLIMA DEL BALNEARIO

En general es muy suave, seco y con muchos días de sol durante el año; las variaciones térmicas no son extremas, en invierno baja la temperatura al rededor de 13 grados, siendo en verano de 28 y más a la sombra, con una media anual calculada por Tamayo y García en 24° 16 centigrados, temperatura muy aparente para favorecer la balneación. La temperatura del agua de la laguna ha variado menos, entre una mínima de 17° y una máxima de 27°, límites de gran tolerancia y acción favorable a la crenoterapia.

La humedad relativa fué calculada entre 42 de mínima y 65 de máxima; muy diferente de la de Lima, Callao y Balnearios y, muchas ciudades de la costa en que aquella oscila alrededor de 96.

La humedad relativa de Ica es aún menor y por consiguiente **más apropiada para la climatoterapia de invierno.**

CARACTERES FISICO-BIOLOGICOS DEL AGUA DE HUACACHINA

El color en la laguna es verde intenso, debido más que al agua misma, a las algas que en ella viven y más particularmente a las que moran en su superficie.

El agua de Huacachina filtrada, es decir desprovista de sus algas, bacterias y protozoarios, es **absolutamente cristalina e incorruptible.**

Su **olor** es de huevos podridos, en especial en la tarde, debido a la vida de los animales y plantas que en ella pululan y las diferentes reacciones que en su seno se producen, dando origen a diversos compuestos en particular al hidrógeno sulfurado.

A medida que sus propiedades biológicas se van extinguiendo, las reacciones químicas y el desprendimiento de gases se hace de menos en menos intenso, hasta cesar por completo.

Densidad. Mestanza ha comprobado que varía entre 1,025 y 1, 026 según el sitio y la época del año en que se la tome.

Sabor. Es acre e intensamente desagradable al paladar.

Temperatura. Varía entre una mínima de 17 y una máxima de 27° según la época del año en que se la tome, según la hora del día o de la noche, antes o después de la acción calorífica de los rayos del sol.

Temperatura de ebullición. Es de 100°,5 a 101° del termómetro centígrado, cuando el agua de Lima hierve entre 98 y 99 grados.

Reacción: intensamente alcalina por cuya razón tiene acción individual en cuanto a aplicaciones terapéuticas, siendo más provechosa en las afecciones humanas acidósicas que neutraliza, restableciendo el equilibrio vital ácido-básico.

Esta alcalinidad es muy favorable para atacar los depósitos grasos de la piel, que disuelve, formando jabones y facilitando la curación de todas las manifestaciones seborreicas.

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

Conservación. El agua de Huacachina se conserva tal cual y si se la tapa herméticamente, con sus propiedades biológicas, casi durante dos meses.

Poco a poco van muriendo los parásitos de primer término, asi como las espirilarias ascienden por capilaridad, más arriba del nivel del agua: nuevos seres van sustituyendo a los que perecen y devoran, viéndose criptococcus purpuras, después hongos blancos, bacilos rubros, que la van haciendo cambiar de color y composición.

Agua de Huacachina hervida. En cambio, el agua de Huacachina hervida, o filtrada primero y hervida después, se conserva por un tiempo muy largo —cerca de dos años en nuestras observaciones— con carácteres químicos que la hacen aprovechable para actuar como alcalina, disolvente y saponificadora de las grasas cutáneas en el tratamiento de determinadas enfermedades de la piel.

Cuando se guarda el agua en un recipiente se separa rápidamente en tres zonas.

La primera o superior, de color verde, a la que ascienden y donde se mantienen las algas espirilares y algunos de los animales microscópicos que viven en el agua.

La segunda o sea la mayor, se vuelve, con los días completamente cristalina, incolora, viéndose a la lente algunos de los animales microscópicos que la atraviesan en diversas direcciones.

La tercera o inferior, que en la laguna formará el barro de color negruzco, se caracteriza por la precipitación de restos orgánicos, de sustancias inorgánicas, de ramages de algas, de cuyo fondo emergen las espirilarias que ascieden a la superficie a medida que se independizan de la capa donde se generan.

Aquí abundan así mismo los Braquionianos, Ciliados, Flagelados y diversas bacterias y diatomeas que tienen vida intensa y tanta que en el momento en que escribo estas líneas, en una botella recibida de Huacachina, lacrada, sin posibilidades de contacto con el aire, los animales han vivido **dos meses** sin dar muestras de agotamiento.

ALGUNOS OTROS HECHOS BIOLOGICOS DEL AGUA DE HUACACHINA

Con el fin de controlar si el agua de Huacachina es apropiada para la vida de los gérmenes patógenos, hemos repetido las experiencias incontestables que verificaron Tamayo y García, es decir, que hemos sembrado en tubos de agua de la laguna, filtrada y esterilizada, cultivos de Estafilococus piógenos de los forúnculos; de Estreptococcus de Felheisen de las erisipelas y linfangitis, de Diplococcus acné productores de una forma de acné en Lima; de Bacillus de Eberth o sea de la fiebre tifoidea; de colibacillus de Escherich, originador de la colibacilosis.

Después de varios días de conservados los tubos, ya sea a la temperatura ordinaria, ya sea a la de 37° ½ en la estufa, **todos los microbios habían muerto.**

Es decir, que el agua de Huacachina es **impropia para el desarrollo de microbios morbosos para el hombre.**

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

EXPERIENCIAS CON MATERIALES INFECCIOSOS

En tubos conteniendo agua de la laguna con sus algas, rotíferos, protozoarios y bacterias naturales, hemos echado en unos, gotas de pus de forúnculos, en otros fragmentos purulentos de las dos clase de acné microbiano que se observan en Lima; en otros gotas de excremento con tricomonas intestinales vivos; y **todos** ellos murieron en plazos variables y lo que más nos llamó la atención fué la actividad inusitada de ataque que los Braquionianos, los ciliados, flagelados y las otras bacterias, hacían a las gotas o fragmentos de materia infectante, desapareciendo siempre la gota a causa de tales actividades, de aquellos **amigos del hombre, infinitamente pequeños y que combaten con éxito a los otros también pequeños que atentan contra la salud del rey de la creación.**

Este suceso lo hemos observado ya en otras circunstancias de observación zoológica microscópica cuando con el Prof. Dr. Maldonado, estudiamos la biología de los protozoarios de las aguas de Arequipa.

Este acontecimiento no es desde luego una novedad en la naturaleza pues estamos habituados aver como los deshechos cadavéricos, peligrosos, son rápidamente eliminados por la acción voraz alimenticia de los grandes planeadores del aire, los vulturideos o gallinazos de los alrededores de las ciudades.

Estas experiencias confirman y demuestran científicamente que las aguas de Huacachina son inaparentes para que se desarrollen microbios que enferman al hombre, no solo por su elevada composición mineral, si que también por las actividades biológicas combativas que ejercitan los pequeños seres microscópicos que habitualmente moran en élla.

COMPOSICION QUIMICA

Su reacción es fuertemente alcalina.

Vamos a exponer los análisis siguientes:

Análisis de la "Sociedad Médica"

	Por litro de agua	
Gas ácido sulfídrico	0052 409	(lit. decim)
Gas oxígeno	0000 423	
Gas ázoe	0003 100	
Gas ácido carbónico	0028 477	
Silice	0004 352	
Sulfato de cal	0004 023	
Bicarbonato de cal	0890 412	
Bicarbonato de Magnesia	0930 471	
Cloruro de Sodio	20674 093	
Sulfato de sosa	26862 135	
Yoduro de sodio	0083 416	
Materia orgánica	3725 000	
Alumina y fierro	cantidad muy sensible	
	53,258 311	

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

Análisis de Tamayo y García

Gases a la temperatura 0 y a la presión 760 mm.

Oxígeno	0.00046040 (gramos por litro)
Nitrógeno	0.00430172
Hidrógeno sulfurado, presencia transitoria	
Carbonato de sodio	9.063
Carbonato de potasio	0.532
Carbonato de fierro	0.001
Cloruro de sodio	5.662
Cloruro de potasio	0.944
Sulfato de potasio	0.799
Hiposulfito de sodio	0.035
Sulfuro de sodio	0.010
Silicato de alumina	0.274
Silice	0.382
El residuo seco a mas de 105º:	23.417

Análisis de Pozzi Escot

Análisis del residuo a 400 grados.

Carbonato de sodio	10.654
Bicarbonato de sodio	0.0000
Sulfuro de sodio	0.0663
Silicato de Sodio	0.2791
Hiposulfito de sodio	0.0136
Sulfato de sodio	4.8620
Cloruro de sodio	3.5950
Carbonato de magnesio	0.2591
Aluminato de sodio	0.1370
Carbonato de potasio	0.7560
Sulfato de potasio	0.4370
Cloruro de potasio	0.5878
Yoduro de potasio	trazas sensibles
Bromuro de potasio	trazas
Acido fosfórico	trazas
Nitratos y nitritos	no hay
Indeterminados error analítico	0.1244

Lodo en el fondo de la laguna

Humedad	39.170	por ciento
Sílice, SiO2 (Arena)	48.169	,, ,,
Oxido de fierro Fe2 O3	7.660	,, ,,
Alumina	0.037	,, ,,
Magnesia	4.149	,, ,,
Cal	0.784	,, ,,
Indeterminadas	0.623	,, ,,

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

EMPLEOS TERAPEUTICOS

Una cura en Huacachina actúa:

1°.—por el clima.
2°.—por la tranquilidad intelectual.
3..— por el agua de bebida.
4°.—por la alimentación.
5°.—por los baños.
6°.—por la composición química del agua y especialmente por su alcalinidad.
7°—por sus propiedades biológicas.

POR EL CLIMA: Siendo el clima de Lima muy húmedo mientras que el de Ica y Huacachina son 50% más secos, **todas las enfermedades hidropígenas de Lima y en particular las que se agravan en el invierno,** son susceptibles de curar en Ica o en Huacachina con solo el cambio de clima. La oportunidad de bañarse, solo podría prescribirse en cada caso particular, según las condiciones propias del enfermo.

La poca altura sobre el nivel del mar, o sean los 380m. que tiene, es condición favorable para que los corazones no sufran perturbación en el cambio.

Ica y Huacachina, son pues estaciones climatéricas de primer orden, para atender a los enfermos hidropígenos y Congestivos de Lima en CURA DE INVIERNO con o sin hidroterapia medicinal, según la condición patológica de cada enfermo.

POR LA TRANQUILIDAD: La cesación del acúmulo de toxinas y disfunciones que en el organismo ocasiona la vida de lucha y de superactividad sobre todo mental, en las grandes aglomeraciones humanas, es la primera consecuencia natural y benéfica de la asistencia a un balneario medicinal. Si a esto se añade la reactivación moderada del ejercicio físico, la generación de vitaminas por la acción de los rayos solares, la activación de los fenómenos de hematosis por la inhalación de aire más puro, la estimulación de las funciones eliminatorias de los deshechos acumulados en los tejidos orgánicos durante el año de trabajo, eliminación favorecida por el agua que se ingiere y por la acción estimulante y depurativa de los baños, se puede comprender la magnitud del beneficio diario que se recibe en bien de la salud.

POR EL AGUA DE BEBIDA: En Huacachina se bebe el agua **alcalina medicinal de los pocitos** y con esta agua se elaboran todos los alimentos.

Esta agua alcalina, de estado naciente natural, que se ingiere, actúa muy favorablemente, no solo neutralizando los produc-

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

tos ácidos con que generalmente se intoxica el organismo que trabaja, sino también estimulando las funciones depuradoras, digestivas, urinarias y cutáneas, favoreciendo la eliminación de las intoxicaciones intestinales, aumentando la diuresis y la eliminación de toxinas con el sudor de la piel.

POR LA ALIMENTACION: Lo acabamos de demostrar, pues que siendo todos los alimentos elaborados con agua medicinal, llevan su dosis alcalina, neutralizante y benéfica para el enfermo que los ingiere.

Esto también demuestra que un organismo **hiperalcalino, debilitado, con muy pocos ácidos en su cuerpo, no solo no beneficiará** de la cura de Huacachina, sino más bien le será indudablemente **perjudicial.**

POR LOS BAÑOS: La primera impresión en los baños es la de la temperatura. El cuerpo humano a 36 o 37° puesto en contacto con una agua a 20 o 24, tiene que experimentar la sensación de cambio térmico, pasando estos dos fenómenos: excitación por el sistema nervioso cutáneo hacia el sistema central y contracción de los capilares de la piel enviando a los órganos internos una buena oleada de sangre periférica; dos condiciones, que si no se tienen bien en cuenta pueden ser perjudiciales para los hipernerviosos o para los arterioesclerosos hipertensos, con tendencia a la hemorragia cerebral.

Durante todo el baño, el equilibrio termal entre el cuerpo y el agua, tiende a establecerse, yendo la termalidad del cuepo más caliente (enfermo) hacia el más frío (agua de la laguna); el enfermo va perdiendo temperatura cada momento, hasta que haciéndose esta pérdida muy sensible, el cuerpo se defiende con el escalofrío muscular colorígeno, que indica el momento en que el baño comienza a ser perjudicial. Por eso, la medida del tiempo del baño debe ser prescrito con el fin de obtener el mejor resultado terapéutico y no llegar, por una prolongación desmesurada, a empeorar al enfermo en vez de mejorarlo.

Cosa análoga ocurre con los baños de sol, que cuando son excesivos, producen quemaduras, en veces bastante serias.

POR SU COMPOSICION QUIMICA Y ESPECIALMENTE POR SU ALCALINIDAD: Todo el grupo de enfermedades originadas por la hiperacidez, sea **úrica, oxálica o acelilacética,** son susceptibles de ser tratadas en las aguas alcalinas de Huacachina.

Hoy sabemos que la vida de las células solo puede hacerse de un modo perfecto, cuando su ambiente se encuentra en un estado perfecto de equilibrio ácido básico.

Si se altera este equilibrio, no solo se ven fenómenos muy variados de defensa en todos los órganos y sistemas (Diabetis, artritismos, toxemias, enfermedades defensivas eliminatorias renales, intestinales y cutáneas), sino que el organismo se defiende mal, cuando un microbio se implanta en él con el carácter de patógeno.

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

Si se restablece este equilibrio, vemos modificarse favorable y rápidamente, no solo las enfermedades enunciadas sino las infecciones concomitantes que se aprovechan de un mal terreno para desarrollarse.

Así por ejemplo: si un enfermo atacado de eczema o de alguna otra enfermedad de la piel, va a Huacachina siendo **hiperácido,** mejorará rápidamente en la laguna; si por el contrario es un **agotado hipoácido,** empeorará en el agua que contribuye a hacerlo más hipoácido.

De allí la necesidad de una buena clasificación humoral de los enfermos antes de ir a la crenoterapia.

POR SUS CUALIDADES BIOLOGICAS: Apenas se sumerge el individuo en las aguas de Huacachina, actúan sobre él todas sus cualidades, físicas, químicas y biológicas sumadas, formando un todo armónico e indisgregable.

El agua alcalina disuelve enseguida el sudor tóxico desecado en la superficie de la piel, quedando abiertos los poros de las glándulas sudoríparas para seguir eliminando mejor que antes su secreción depurativa; además, saponifica las grasas y las disuelve, haciendo con las glándulas sebáceas, lo mismo que realiza con las sudoríparas, añadiendo otra amplia depuración por esta vía y dando una sensación especial de suavidad al cutis.

Desprende todas las capas superficiales cutáneas queratinizadas, aumentando los poderes defensivos a que hacían oposición estas corazas epidérmicas.

Es decir: favorece por acción térmica y físico-química, todas las defensas del gran órgano depurador que es la piel.

Los microbios que caen en el agua no pueden vivir en élla, por una parte, y por otra, tienen que luchar y ser vencidos por los microorganismos amigos del hombre, que constituyen la flora y fauna normales de la laguna. De allí que el agua tenga acción específica sobre el grupo acidófilo simple o infectado de las enfermedades de la piel y que **no se observen contagios** en la laguna.

INDICACIONES TERAPEUTICAS

Podemos dividirlas en dos grandes grupos:

1° — INDICACIONES CLIMATERICAS PURAS y

2° — INDICACIONES CLIMATO-CRENOTERAPICAS.

Las primeras pueden ser aplicadas durante todo el año predominando por sus buenos efectos la **cura de invierno.**

Las segundas son de preferir **en el verano,** que es cuando hemos podido observar también un incremento en la actividad biológica de la fauna y flora microscópicas de las aguas.

INDICACIONES CLIMATERICAS PURAS O CURA DE INVIERNO

Todas las afecciones que empeoran durante el invierno frío y húmedo de la costa. Entre ellas podemos citar:

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

Ciertos reumatismos.

Congestiones diversas, a) catarros naso-faringo-laringeos b) Algunas variedades de asma. c) Congestiones pulmonares y bronquiales. d) Determinados edemas.

Es notable la mejoría que estos enfermos experimentan pasando de un frío húmedo con defensa orgánica amortiguada, al frío seco y tónico que favorece la evaporación humoral patológica. (96 a 98 de humedad relativa en Lima y Balnearios a 48 a 52, en Ica y Huacachina).

INDICACIONES CLIMATOCRENOTERAPICAS

Se reducen a dos grandes grupos:

1° —Las enfermedades hiperácidas, sobre todo las artriticas. y

2° — Las enfermedades de la piel.

1°— **Enfermedades hiperácidas.** Todas las formas de **Reumatismo hiperácido:** ya sea con hiperuricuria, hiperoxaluria o hiperacetilaceturia, siempre que el equilibrio ácido básico indique un exceso en el primer elemento. Se añaden los compuestos sulfurados que existen en la laguna para hacer una terapéutica más eficaz.

Las manifestaciones hiperácidas del aparato respiratorio.

Las manifestaciones hiperácidas del aparato digestivo: Hiperclorhidrias. Enterocolitis uricémicas etc.

Síntomas hiperácidos del aparato urinario.

Hemos sido testigos presenciales de grandes eliminaciones de arenilla úrica renal, desde los primeros días de llegar los enfermos a la laguna.

Síntomas hiperácidos del sistema nervioso, con su grande y variado cortejo sintomático.

2°—**Enfermedades de la piel en organismos hiperácidos.**

a) Enfermedades hiperácidas cutáneas sin complicación infecciosa.

b) Enfermedades hiperácidas cutáneas con infección secundaria.

Aqui se pueden señalar: diversa formas de eczemas. Diversas especies de acné.—Forunculosis.—Dermatitis infecciosas (estafilococcias, estreptococcias no febriles) de carácter subagudo o crónico.—Seborrea.—Pitiriasis.—Algunas formas de prúrrigo.—Algunas formas de líquen.—Algunas discromias por intoxicación. Todas las manifestaciones consecutivas a la eliminación del ácido úrico por la piel.—Algunas manifestaciones de la lúes.

Además: puede considerarse la aplicación terapéutica del barro lacunar, de los baños de sol y de arena, para los casos en que están indicados.

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

CONTRA INDICACIONES

La cura crenoterápica está formalmente contraindicada en todas las enfermedades que son producidas por un aumento del contenido humoral en sales alcalinas.

Debilidad orgánica alcalina.

Fosfaturia con hiperalcalosis.

Algunas formas de reumatismo deformante.

Algunos niños débiles en su desarrollo.

No deben ir por ningún motivo al balneario:

Los cancerosos.—Los tuberculosos viscerales y cutáneos.—Los leishmaniósicos.—Los albuminúricos renales.—Los atacados por lesiones cardíacas no compensadas.

HIGIENE EN EL BALNEARIO

El enfermo que va a cualquier balneario en busca de salud, no debe encontrar ninguna enfermedad.

Las condiciones primordiales de una buena higiene comprende:

La habitación, bien ventilada, limpia, impidiendo el ingreso de mosquitos vectores de enfermedades, tal como el paludismo por ejemplo.

La limpieza del agua de bebida que debe ser captada en condiciones de pureza impecable y lejos de toda posible contaminación

Como las personas que cambian de ciudad son más propensas que los nativos a contraer las enfermedades hídricas, es preferible hacer uso de **agua hervida** cuando haya alguna duda sobre posible contaminación.

Las frutas con cáscara y las legumbres que pueden contaminarse con polvo o con agua sospechosa al ser regadas.

Las pequeñas frutas como fresas, ciruelas y aun uvas, difíciles de pelar, es preferible que sean pasada siquiera dos veces consecutivas por agua hirviendo.

Hay que privarse del placer poco duradero de comer una fruta peligrosa; es muy pequeño el sacrificio que se hace, si se le compara con los sufrimientos y peligros que se derivan de una fiebre tifoidea por ejemplo.

Las moscas, que llevan en sus patas muchas veces agentes de enfermedad y que van á posarse en el pan, las frutas o el borde de los vasos, deben ser perseguidas hasta procurar extinguirlas, si ello fuese posible.

Los desagües, deben ser perfecta y científicamente acondicionados, para que los deshechos que en ellos se viertem, sean destruídos lo más pronto y absolutamente que sea posible.

La alimentación de los hoteles, debe ser reglamentada de conformidad con las indicaciones medicinales del balneario, lo que,

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

en Huacachina, es muy fácil de hacer, eliminando de los potages todo lo que aumente la acidez humoral de los pacientes que van a hacer una cura alcalina integral.

LA INTERMITENCIA EN LA VIDA Y LAS ESTACIONES CRENOTERAPICAS

A semejanza de lo que ocurre en la vieja Europa, como fruto de su milenaria experiencia, toda persona que puede hacerlo, interrumpe una vez por año su vida de producción activa para dedicarse a la reparación de la salud.

La máquina humana, como cualquiera otra máquina, llena sus engranajes con los deshechos que resultan de la vida misma; necesita como ella interrumpir su funcionamiento productivo para carenarse, componer rodajes, limpiar engranajes y dejarala renovada, lista para entrar por un año en servicio activo, con posibilidades de trabajar mejor.

LA FRENICECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Por el Dr. **O. Hercelles García**

Si al hacer el recuento histórico de la frenicectomía intentáramos apuntar los hechos fundamentales, aportados en el curso del tiempo, al beneficio de la cirugía de la tuberculosis pulmonar, tendríamos que destacar en primer lugar a **Mesler,** que en el año 1873 atraviesa el torax para llegar a las cavernas e inyectar en éllas soluciones de fenol y ácido salicílico; mencionaríamos, también, a **Berry,** más agresivo y audaz que al anterior, expondríamos igualmente, los brillantes trabajos que aportaron a este respecto, de 1885 á 1892, **Quinke, Turban, Spengler, Tuffier, Ruggi,** y otros tantos; y por último haríamos la exposición detallada de todos los trabajos de este siglo que son tan numerosos y que constituyen las bases y adelantos a que en esta cirugía de la tuberculosis pulmonar se ha llegado en la actualidad, y cuyo centro lo ocupa seguramente desde 1910 el infatigable genio de la cirugía de la tuberculosis pulmonar, **F. Sauerbruch.**

Más siguiendo los aforismos básicos de la cirugía experimental del pulmón, de **Georges Rosenthal,** es necesario reservar el nombre de cirugía pulmonar a las intervenciones que interesan metódicamente el tejido propio del pulmón.

I si subrayamos, que la frenicectomía es uno de los medios de acción colapsoterápica que se dispone, tenemos que enunciar el sabio italiano **Forlanini,** que en el año 1882, intruduce el méto-

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

do colapsoterápico por medio del neumotorax; revelándose su genio intuitivo en toda su amplitud ante estas proféticas líneas escritas en 1894, en comunicación dirigida al Congreso Médico Internacional de Roma reunido en ese año: "Más adelante, probablemente veremos que, aplicando este sistema a sujetos que presentan lesiones muy extensas unilaterales, con integridad o lesiones muy pequeñas del otro lado, se podrá conseguir la curación clínica y anatómica de la bacilosis pulmonar, y veremos si son ciertas mis afirmaciones teóricas de que el mismo proceso neumotoráxico, que cura el proceso pulmonar de un lado, debe curar también por vía indirecta, las lesiones incipientes del otro lado".

I entrando al estudio histórico propio de la frenicectomía, veremos que el arsenal colapsoterápico en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar, se aumenta el año 1911, con la frenicotomía que la preconiza **Stuertz,** consiguiendo asi un medio más para realizar acción colapsoterápica pulmonar y como "un sucedáneo de ejecución más sencilla y completa, inofensiva al lado de los otros métodos cruentos de la colapsoterápia pulmonar", según expresión del propio **Stuertz,** e indicándola, él mismo sobre todo, para tratar las tuberculosis unilaterales del lóbulo inferior o las bronquiectacias. Más tarde **Sauerbruch,** ignorando los estudios de **Stuertz,** practica 26 frenicectomías en corto tiempo, presentando un detallado informe en compañía de **Wilms,** en 1913; estos trabajos despiertan inquietud científica en **Schepelman,** y es asi que inicia numerosas experimentaciones en conejos, practicando la sección del frénico, consiguiendo la parálisis con situación elevada de la parte correspondiente del músculo; es también **De La Camp** un adicto a estas intervenciones desde el primer momento, y es justo subrayar a **K. Henschen** quien habla ya de "frenicectomías transitorias" por simple aplastamiento del nervio en lugar de la sección.

Este nuevo método colapsoterápico no se generaliza en el primer tiempo, por fuera de la frontera alemana, como lo hace ver **Alexander,** en su monografía sobre frenicectomía, donde anota en el capítulo histórico, que mientras que en Alemania, Suiza y los países escandinavos habían 1.200 frenicotomías, en Francia solo habían hecho 42, en Iglaterra 58, en Estados Unidos 300 y en Italia 2; no obstante, según el propio **Alexander,** de que Francia fué su precursora, con **Goudet, Boiffin, Tuffier,** explicándose el hecho por la diversidad de lenguas que no permitió sin duda la generalización de este acto quirúrgico cuya práctica se inició en Alemania.

Bandenhauer, siguiendo las indicaciones de **Stuertz,** realiza en 1911, la primera frenicotomía, no en un tuberculoso, sino en un paciente que sufría dilataciones bronquiales, consiguiendo la mejoría.

Instalado este procedimiento recibe casi de inmediato acerba crítica de **Cavalie, de Hellin** y otros, quienes sostienen que la inervación del diafragna depende de un plexo en que sollo se anastomosan los frénicos, sino los nervios intercostales y las fibras

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

del gran simpático, provenientes del plexo subclavio, debiendo también tenerse presente a ganglios situados en el espesor del músculo; y es a si que **Cavalie,** de acuerdo con **Brown Sequard** y **Vulpian,** sostiene que en los animales de tipo respiratorio costo abdominal, la sección doble del frénico, produce solo parálisis transitoria del diafragma que dura apenas 15 días. **Stuertz,** refuta estas críticas, diciendo que: en enfermos operados y experimentalmente en el conejo los rayos X demuestran, la existencia de una parálisis unilateral tan marcada, que llega a producir movimientos paradógicos en este nivel.

Carl en 1926 hace experimentaciones en animales previamente frenicotómizados, infectándolos con bacilos de Koch, notando que las lesiones producidas son mucho menos serias, en los pulmones, en los que el diafragma estaba paralizado.

Trabajos de **Walter, Goetze, Fritz, Kroh** y otros habían demostrado los frecuentes fracasos de la frenicotomía atribuyendo a la anastomosis del frénico con otras ramas nerviosas, que hacían asi mantener la inervación del diafragma por paralizar.

Es en 1912, que **Félix** y **Goetze,** sustituyendo la frenicotomía simple por la frenicotomía radical o mejor por la frenicectomía como ellos la denominan, aportando cada uno de ellos una técnica operatoria.

John Alexander, Profesor de la Universidad de Michigan, hace en 1925, un valioso aporte científico a este método colapsoterápico, presentando un bien documentado trabajo bibliográfico al respecto. Es por esta misma época que en Francia se empieza a trabajar en gran escala siguiendo este método para la cura de la tuberculosis pulmonar, destacándose **Guilleminet, Alary Desjacques, Perret-Gentil, Dumarest, Berad, Guiraud, Leon Bernard** y muchos otros más.

En 1929 **Wirth, Kocher y Von Jascki,** presentan un estudio detallado sobre el resultado obtenido en 600 frenicectomías practicadas por ellos.

Tratando de hacer ahora, una exposición de conjunto sobre los numerosos trabajos realizados a este respecto en el mundo científico, en estos últimos 5 años, en que se ha estudiado desde todos sus detalles y se ha experimentado bajo todas sus formas, consiguiendose adquisiciones sobresalientes por medio del empleo de la frenicectomía dentro del método colapsoterápico.

I es asi que en Europa, se multiplican a diario las contribuciones científicas; Francia aporta entre sus principales trabajos: la tesis de **Guirad** de Lyon en 1929; la relación de **Dumarest** y **Berard** en este mismo año al Congreso de Cirugía; la memoria de **Morín, Cardis** y **Michetti,** aparecida en Leysin en 1930; la tesis de **Pierre Merle** (de Montpellier en 1930), donde estudia la frenicectomía en el niño; las numerosas publicaciones que se hacen en estos últimos años en "La Presse Medicale" y en el "Journal de Medecine de Bordeaux", donde ocupan lugar destacado **León Bernard, Gauthier, Billard, Treyer, G. Poix, E. Sergent, Becanzon, A. Maure,**

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

Courcoux, Bonafe, Burnand, Lamothe y otros, quienes hacen nuevas e interesantes contribuciones al estudio de nuevas técnicas, de indicaciones y de complicaciones inmediatas y lejanas de la frenicectomía. Hay que destacar el trabajo monográfico de **A. Charrier** y **E. Loubat,** que sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar presentan en 1932; lo mismo que el extenso estudio que en 1933, hacen **L. Bernad, F. Dumarest** y **Desjacques,** y que constituye, sin lugar a duda, el trabajo más completo de todos los anteriormente publicados en ese país.

En Alemania, debemos hacer notar que son **Félix, Goetze, Sauerbruch** y **Ruheman,** los que hacen que este país mantenga el lugar más destacado en la contribución del estudio a la frenicectomía, pues los completos y profundos estudios que hacen, lo sostienen en tal posición, debiéndose también anotar a **G. Kohn von Jaski,** que hace una publicación sobre el resultado de 600 frenicectomías en los "Anales Clínicos de Tuberculosis" de ese país; lo mismo que a **Bacmeister, Redecker, Simon, Lowenthal, Thomson** y **Brieger,** que contribuyen diariamente con su esfuerzo en la publicación de nuevos datos científicos.

Es en Italia desde la "Revista de Patología y Clínica de la Tuberculosis", fundada desde hace 7 años en Bologna, que **Morelli, Leatta, Rissi, Berla, Mannini, Canzio, Parodi** y otros, hacen sus principales aportes en estos últimos 5 años, ofreciendo interesantes estudios, sobre todo, en lo que al capítulo de Fisio-Patología se refiere.

En Inglaterra, **Morriston, Davies;** y en España **Valdes Lambea,** en su estudio sobre 300 casos de frenicectomía, **Sayé,** con sus varias contribuciones, **Eyzaquirre** y **Perera,** con sus publicaciones sobre anomalías anatómicas del frénico. En Suiza, **Jean Morín,** presenta en 1931, un bien documentado trabajo a la Universidad de Lausana, titulado del Neumotorax a la Frenicectomía.

En América, en estos años, las principales contribuciones están dadas, en EE. UU. por **John Alexander, E. O'Briend, Philip Matz, B. Trudeau,** de Saramac Lake, **C. M. Van Allen, E. S. Wells, Ezra Bridge,** quienes desde la Revista "American Revue Tuberculose", "The Journal of the American Medical Association" y "Archivos of Surgery, Ginecology" hacen el aporte de extensos estudios que tienen por base numerosos casos de experiencia. En Sur. América, es el Uruguay y la Argentian quienes ofrecen el mayor concurso, destacándose los esfuerzos de los médicos uruguayos, quienes desde sus numerosos trabajos realizados con motivo de su Centanario en 1930, hasta la fecha, son incansables batalladores en la adquisición de nuevos adelantos, y es asi que revisando los trabajos publicados en la magnífica "Revista de Tuberculosis Uruguaya", encontramos a cada paso la contribución de **Armando Sarno, Raúl Piaggio Blanco, Fernando D. Gómez,** de **Trouya, Fermín Mas,** quienes estudian todos los capítulos concernientes a este tema, con la capacidad que el reconocimiento del mundo científico les otorga. Argentina, con su "Revista de la Sociedad de Tisio-

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

Universidad Mayor de San Marcos
Biblioteca
Lima - Perú

logía", hace también meritisimos esfuerzos, destacándose **Antonio Cetrángolo, Sayago, Gregorio Araoz Alfaro** y **Malter Terrada,** que presentan valiosos trabajos al estudio de Frenicectomía.

José Montenegro del Brasil, hace en el año 1930 en "A Tribuna Médica" la publicación del tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar, en una serie de artículos.

En el Perú este procedimiento colápsico, se incorpora al tratamiento de la tuberculosis, el año 1929, en que le cabe el honor al inteligente Cirujano y destacado Profesor de la Facultad de Medicina de Lima, **Fortunato Quesada,** realizar el 5 de setiembre de 1929, la primera frenicectomía, continuando posteriormente en la ejecución de ella en otros casos. En este mismo año se inicia la aplicación de este método operatorio en gran escala en el Hospital "Dos de Mayo", por el esforzado Cirujano del Servicio de Tuberculosis **Eulogio Colichón,** en casos seleccionados por el Dispensario adjunto al Servicio de Santa Rosa, que dirigen con tanta capacidad los estudiosos médicos **Ovidio García Rosell** y **Juan A. Werner.** En este mismo año de 1929, desde el servicio de **Juvenal Denegri, Federico León y León,** empieza a practicar la frenicectomía en algunas enfermas, publicando en este mismo año en "La Revista Médica Peruana" un artículo titulado "Sobre un accidente en una operación de frenicectomía".

Sin ninguna otra publicación científica a este respecto hasta 1932 en que **Teodomiro Vargas,** presenta su tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina, aportando un extenso y meritorio trabajo sobre la frenicectomía que se publicó en "La Crónica Médica" en Lima.

IX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

El Gobierno de la República Argentina ha resuelto que la IX Conferencia Sanitaria Panamericana se reuna en Buenos Aires del 12 al 22 de noviembre de 1934.

El siguiente programa preliminar comprende los asuntos recomendados por la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana y por la II Conferecia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad y los agregados por la Comisión Organizadora:

1. Código Sanitario Panamericano. Su ratificación. Estudio de los artículos que hayan motivado reservas o dificultades.
2. Organización sanitaria. Base "per capita" para los presupuestos de sanidad.
3. Demografía sanitaria. Bases uniformes para toda América.
4. Hospitales. Organización de la asistencia hospitalaria en relación con la acción sanitaria.

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

5 Organización de los servicios de epidemiología y profilaxis de las enfermedades contagiosas en los Departamentos de Salud Pública de las ciudades (a propuesta del Departamento Nacional de Salud Pública del Brasil).

6. Peste. Su erradicación en América. Métodos de lucha.
7. Lucha contra las enfermedades venéreas.
8. Vacunación antivariólica. Diversas formas de vacunación. Accidentes post-vacunales.
9. Paludismo. Organización de la lucha antipalúdica.
10. Saneamiento rural.
11. Estupefacientes y especialidades farmacéuticas.
12. El problema de la alimentación popular en América.
13. Leche. Su producción y expendición en condiciones higiénicas.
14. Lucha contra la mortalidad infantil. Protección de la infancia y de la maternidad.
15. Protección del niño en edad preescolar.
16. Higiene escolar. Organización y reforma.
17. Tuberculosis y en particular vacunación antituberculosa.
18. La fiebre ondulante o fiebre de Malta en América.
19. Enfermedades tropicales.
20. Lepra.
22. Ofidismo y aracnoidismo en América. Descripción de las principales especies ponzoñosas.
23. Alcoholismo. Medios más eficaces de la lucha.

PRENSA MEDICA FRANCESA

SOCIEDAD DE LOS CIRUJANOS DE PARIS

Sesión del 2 de Marzo de 1934

El peligro vital en la osteosíntesis de las fracturas antiguas y viciosamente consolidadas de la diáfisis femoral.— El Dr. Dupuy de Frenelle insiste sobre la gravedad de esta intervencion que necesita la colaboración de dos cirujanos entrenados para limitar el tiempo de la sección ósea, del modelado de los fragmentos y de la reducción durante el cual se produce con frecuencia una hemorragia en mantel abundante. Es indispensable poder hacer de urgencia una transfusión de sangre, siendo la hemorragia el principal peligro de esta intervención.

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

Oclusión intestinal grave por invaginación ileocólica provocada por un tumor benigno. Resección y exteriorización de las dos puntas. Cura del ano. Curación.—El Dr. Bonnet hace un informe sobre una observación del Dr. Lefort (de París). Después de ensayo infructuoso de desinvaginación y tentativa de la operación de Maunsell (sesección de la morcilla invaginada después de incisión longitudinal de la morcilla invaginante), el autor termina por una resección de la masa con unión en cañón de escopeta de los dos segmentos intestinales. Curación completa después del cierre del ano iliaco.

Reflexiones sobre una serie de cien injertos anquilosantes del ráquis.— El Dr. Raphael Massart estudia una serie de injertos anquilosantes de ráquis hechos por él desde hace 10 años. Muestra que si al principio, reservaba esa operación a los males de Pott curados, ha ensanchado las indicaciones e interviene tanto durante la evolución como el principio. Ha operado igualmente las fracturas del ráquis, las artritis vertebrales y comenta los resultados obtenidos. En un último capítulo, el autor describe detalladamente algunos puntos particulares de su técnica.

Fracturas verdaderas intracapsulares del cuello del fémur con penetración.— El Dr. Judet comunica dos observaciones de esas fracturas. En el primer caso (mujer habiendo rodado sobre una gradería), la marcha pudo ser continuada de un golpe sin ningún apoyo. El décimo día, la cadera pareciendo normal, la radiografía descubrió una fractura transcervical interna con penetración regular del cuello en la cabeza. Curación completa por un mes de reposo en el lecho. En el segundo caso (hombre de 61 años de edad, caída en una escalera), la radiografía mostró una fractura con penetración del cuello más acentuada abajo y atrás, de manera que la cabeza había girado hacia adentro y hacia delante; ligera coxa-vara. Extensión continua durante un mes. Continuación de la marcha 115 días después. Buen resultado funcional.

Dos casos de luxación reincidente del hombro operados hace cuatro años.—El Dr. Francais presenta esos dos casos de luxación reincidente del hombro operados hace ya cuatro años, con resultado satisfactorio, por artrotomía y plegamiento del tendón subescapular, delante de la cabeza humeral, reforzando la cápsula relajada, según la técnica descrita por Oudard. Pero, el autor no interpuso el injerto que Oudard aplica entre los fragmentos de la coracoide seccionada anteriormente, para hacer estribo. Los dos operados ejecutan todos los movimientos con su amplitud normal, y muy fácilmente. La tablilla flexible formada por el tendón del subescapsular plegado y fijado a la cápsula, corrige perfectamente la insuficiencia de la cápsula distendida y da a la articulación su estática fisiológica.

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

Luxación antigua del codo. Reposición operatoria. Resultados alejados.— El Dr. Judet presenta un joven de 20 años que él operó hace un año por una luxación hacia atrás del codo izquierdo datando de 18 días e irreductible por medios no sangrientos. La reposición pudo hacerse después de artrotomía posterior y sección temporánea del olecranon. Un año después, la flexión alcanza 60° y la extensión 145°; el codo es sólido, la fuerza normal.

Radioterapia del cáncer del esófago.— El Dr. Juan Guisez presenta tres enfermos afectados de cáncer del esófago verificado por la biopsia. Se trataba de epitelioma de origen glandular en el primer caso, de epitelioma espino y baso celular en el segundo y tercero. El tratamiento radioterápico devolvió la deglución absolutamente normal que se sostiene hace más de un año en un caso, ocho meses y seis meses en los otros dos; el cateterismo con bujías gruesas volvió a ser posible y todo brote desapareció al endoscopio. No se puede esperar la curación, porque se trata aquí de lesiones muy avanzadas. El autor insiste sobre los resultados obtenidos con la radioterapia que son sobre todo de larga duración cuando las lesiones no han pasado el límite del esófago como él lo ha demostrado en varias comunicaciones anteriores; la sobrevivencia puede entonces exceder varios años. Cuando la recidiva sobreviene, se produce con frecuencia en un punto más o menos distante del sitio de la lesión primaria.

Agentes de osteosíntesis en acero oxidable y en acero inoxidable. Acción comparada.—El Dr. F. Masmonteil muestra, con piezas de osteosíntesis que han sido retiradas de los enfermos, que el material en acero inoxidable ha sido mejor tolerado que el material oxidable; en particular, todos los tornillos en acero inoxidable adherían sólidamente, mientras que los otros habían perdido toda adherencia con el hueso.

Cestillo de Graefe y hueso extraído del estófago bajo esofagoscopia.— El Dr. Juan Guisez presenta un cestillo de Graefe que un médico había introducido en el esófago para extraer un hueso: imposibilidad de retirar ese instrumento que se había enclavado fuertemente junto con el hueso, bajo el chatón crioideo. Extración del hueso y del cestillo bajo esofagoscopia. Curación. El autor recuerda que él ha hecho costruír un rompe-hueso que permite la extración fuertemente enclavados.

Los verdaderos cimientos de la profesión médica los forma la roca de los conocimientos científicos, aplicada a aquellos que los necesitan, mediante los esfuerzos de individuos guiados por los ideales de los grandes maestros de la medicina. Edificada sobre esos cimientos y perpetuada con ese espíritu, no perderá jamás su supremacía ni detendrá su progreso en la línea trazada por los médicos que nos han precedido.

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

NOTICIAS

INICIATIVAS ROTARIAS DE CARACTER MEDICO-SOCIAL. —En la Conferencia del Distrito Rotario Peruano, celebrada en Moquegua en el mes de Abril, se presentaron los siguientes votos que fueron aprobados. Dichas iniciativas son prueba evidente que sus autores los doctores **W. F. Molina** y **Carlos A. Bambarén** se preocupan de difundir, doquiera actúan, la buena doctrina que conviene divulgar en todo el país, que por su nivel cultural solo conoce conceptos anticuados que ya no informan el pensamiento contemporáneo.

He aquí el texto de los votos presentados:

SERVICIO SOCIAL

La VI Conferencia del Distrito 71 de Rotary Internacional estima que las actividades rotarias de servicio a la colectividad deben inspirarse en los dictados del Servicio Social tal como lo define Ricardo Cabot de Boston; en vista de ello recomienda a los Clubs que no omitan su colaboración a las obras locales de asistencia, procurando que se modernicen de acuerdo con las doctrinas del Servicio Social.

CRUZ ROJA Y ROTARY

La VI Conferencia del Distrito 71 de Rotary Internacional reconoce que el trabajo rotario tiene muchos puntos de contacto con la Cruz Roja, por lo cual recomienda que los Clubs rotarios estimulen a sus miembros para que se alisten en las filas de la Institución que nació en los campos de Solferino y presten su colaboración en las labores que la Cruz Roja lleva a cabo en tiempo de Paz. Asimismo declara que los Clubs rotarios deben contribuír a que supervivan los comités de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja donde existan, ya que según el Estatuto de esa Sociedad el Rotary Club está representado en los Comités Departamentales de tan benemérita Institución.

SOBRE MINISTERIO DE HIGIENE, PREVISION Y TRABAJO

La VI Conferencia de los Clubs del Distrito 71 declara que en su labor de servicio de la colectividad, está la difusión de los principios doctrinarios que contribuyan a que se organice lo más pronto en el Perú, el Ministerio de Higiene, Previsión y Trabajo; con este motivo exhorta a los Clubs del Distrito para que secunden la iniciativa del Club de Lima a fin de formular en el más breve plazo la Declaración que está en trámite.

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

SOBRE VACUNA ANTITUBERCULOSA.— Se han expedido las siguientes Resoluciones gubernativas que se refieren a la introducción en el Perú de la vacuna B. C. G., preventiva de la tuberculosis. Helas aquí:

Siendo conveniente que se efectúen los estudios conducentes a la preparación de la vacuna antituberculosa de Calmette y Guerin, para su empleo en la profilaxia de la peste blanca en los servicios de protección a la infancia, como parte integrante del plan que elabora la Dirección de Salubridad Pública, en conformidad con las leyes 5816 y 7853, relativas a la campaña antituberculosa en el país: y

Con la opinión favorable de la Dirección de Salubridad Pública:

Se resuelve: Comisionar al doctor Pedro Weiss para que efectúe en la República Argentina, los estudios necesarios en orden a la introducción y preparación de la vacuna antituberculosa de Calmette y Guerin, en el territorio de la República, a fin de que sea empleada en las instituciones públicas y particulares que se dedican a la asistencia médico social de la infancia.

Señálase la cantidad de seis mil soles oro para los gastos que demande el viaje y los estudios en la República Argentina del referido doctor Weiss con cargo del egreso respectivo a la partida número 193 del pliego de Fomento del presupuesto general de la República, prorrogado.

Regístrese y comuníquese.

Rúbrica del Presidente de la República.— Boza.

En conformidad con lo dispuesto en la resolución suprema de esta misma fecha, que manda practicar los estudios pertinentes para la elaboración de la vacuna antituberculosa de Calmette y Guerin a fin de que sea empleada en los servicios de protección a la infancia; y

Con la opinión favorable de la Dirección de Salubridad Pública;

Se resuelve: Comisiónase al doctor Max Arias Schreiber para que, poniéndose de acuerdo con la Dirección de Salubridad Pública.—encargada de la exclusiva dirección técnica de la campaña antituberculosa en el país—practique con el carácter de ad-honorem, los estudios preliminares pertinentes en orden a la formación del servicio de vacunación antituberculosa en la República.

Regístrese y comuníquese.

Rúbrica del Presidente de la República.— Boza.

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

OPORTUNIDADES PROFESIONALES EN EL CAMPO DE LA SANIDAD

Por **OSCAR TELLEZ**
Departamento de Higiene y Sanidad Pública
Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan,
Estados Unidos de América

En 1793 la ciudad de Filadelfia fué visitada por una epidemia de fiebre amarilla. Entre el primero de Agosto y el fin del mes de Setiembre, más de cuatro mil personas, una décima parte de la población, pereció. "La consternación de la gente, nos cuenta Mathew Carey, un testigo ocular de aquella época, "sobrepasaba todos los límites. El desmayo y el miedo eran visibles en las caras de todos los habitantes. Muchos se encerraban en sus casas. Tenían miedo de andar en las calles. Conocidos y amigos evitaban encontrarse, y tan solo se saludaban con una simple venia. La vieja costumbre de estrechar la mano cayó tan desuso que muchos se horrorizaban de pensar en ello. Cualquier persona que mostrara algún signo de estar de luto era evitada con tanto miedo como si tuviera la enfermedad misma. Con toda seguridad, es probable que en Londres cuando fué azotada por la plaga de la bubónica se exhibiese tantas muestras de terror como las que se vieron en Filadelfia en Agosto y Setiembre de 1793".

Hoy en día, en los países civilizados, tal epidemia es casi imposible. La recurrencia de tales horrores es problemática. La paciencia, la persistencia, los sacrificios y los esfuerzos de los sanitarios modernos han removido esta seria amenaza a la vida y felicidad humana. Además, otras enfermedades— fiebre tifoidea, malaria, sarampión, difteria y aun tuberculosis—han sido atacadas y controladas con éxito. Estas enfermedades están cediendo gradualmente a la aplicación vigorosa de las medidas científicas. Los hombres y mujeres que son responsables de estos resultados han contribuído enormemente a la felicidad y bienestar humano.

Sin embargo, un progreso mayor no solamente es posible sino que es necesario. La mortalidad infantil y maternal en el Perú crece cada día. Tal gasto y pérdida de vidas es innecesario, cuando hay medios y maneras de como tal pérdida se pueda reducir. La tuberculosis, la gran plaga social, extingue la vida de miles de personas cada año; la sífilis y la gonorrea causan una gran cantidad de mu-

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

jeres estériles e individuos inválidos. Las enfermedades de la vía respiratoria en los adultos, y las del aparato digestivo de los niños están todavía sin ser controladas; el cáncer tiene desconcertada a la ciencia médica y las enfermedades del corazón y las de los riñones hacen perecer a muchas personas en la lozanía de su vida.

Hay pues todavía oportunidades para que un Koch, o un Pasteur, descubra los gérmenes responsables del sarampión; para que un Ehrlich encuentre un tratamiento curativo del cáncer; para que un Jener enseñe a la humanidad una manera de inmunizarse contra la influenza u otras enfermedades de carácter epidémico. Indicaciones de las oportunidades que hay, para hacer un trabajo útil en esta dirección, son los ejemplos que año tras año nos dan las ciudades norteamericanas. Revisando las estadísticas anuales en esas ciudades, se ve claramente que hay una constante disminución, especialmente en la tuberculosis. En 1900, de cada cien mil habitantes docientos murieron tuberculosos, y en 1932 la mortalidad ha sido de setenta por cada cien mil habitantes. Que mejor ejemplo de la aplicación eficiente de los conocimientos científicos, que salva la vida de miles de habitantes, y trae como consecuencia el enriquecimiento de la vida de toda la población.

La reducción de las enfermedades y el mejoramiento de la salud de la colectividad deben desafiar el entusiasmo, las energías y el espíritu inventivo de la juventud peruana. El campo de la Sanidad Pública es en el Perú un campo virgen, que necesita mucho trabajo para que llegue al pináculo que ha alcanzado en otros países. También necesita hombres y mujeres nobles, de acometimiento y que posean aquel espíritu humanitario tan indispensable para traer dicha y felicidad al prójimo.

IGNORANCIA DE LAS OPORTUNIDADES QUE OFRECE LA SANIDAD PUBLICA

Como ejemplo de la ignorancia de las oportunidades que ofrece la Sanidad Pública, se puede citar el caso de muchos estudiantes de medicina, que cuando se les pregunta sus razones por que no se dedican a la Sanidad Pública, como una carrera profesional, la respuesta invariablemente es la misma: "Yo nunca consideré la Sanidad Pública como una profesión, y no creo saber lo suficiente para comentar sobre sus ventajas o desventajas profesionales. Desearía saber más sobre esto". En otras palabras, ellos preguntan: ¿Qué cosas comprende el campo de la Sanidad Pública? ¿Qué trabajos se hacen? ¿Qué enseñanza especial se requiere y como se puede obtener ésta? ¿Són los salarios de esta profesión adecuados?. ¿Cuál es la relación que hay entre la demanda y la existencia de personas competentes?. ¿Cuál es el futuro de la Sanidad Pública?

De primera importancia, bajo el punto de vista vocacional, la Sanidad Pública no es una profesión estática. Es comparativamen-

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

te nueva y se está desarrollando de una manera muy rápida. La ciencia sanitaria de otros tiempos incluía solamente los intereses que hoy en día se consideran convencionales. En ese entonces, la atención se concentraba alrededor de la limpieza del medio ambiente, el abastecimiento de agua potable, el desague y la destrucción de aquellas cosas que fueran nocivas para el público. Hoy en día, todo esto se incluye, y además el control de las enfermedades infecciosas por medio de la desinfección, el aislamiento y la aplicación de la vacuna para desarrollar inmunidad; la sanidad moderna se ocupa de problemas como la higiene mental, el diagnóstico precoz de las enfermedades y su pronto tratamiento en clínicas o centros sanitarios. Esto no indica que este periodo de expansión termina aquí, pues tan pronto como los grandes problemas de sanidad caen bajo la inexorable vigilancia del sanitario, el campo sin duda, se extiende más lejos en nuevas direcciones.

Este desarrollo tan notable de la Sanidad Pública ha creado, y continúa creando, nuevas ocupaciones y nuevos tipos de trabajo. En los Estados Unidos de América hay en el momento presente más de cincuenta mil personas que se ocupan directamente de trabajos sanitarios y su número crece día a día. Muchos de estos individuos son administradores que organizan las actividades de las agencias sanitarias, oficiales o privadas; que dirijen la campaña sanitaria; que se ocupan en el desempeño práctico de su educación técnica y otros investigan numerosos problemas que esperan una solución. La variedad de ocupaciones es bastante amplia y las oportunidades para diferentes tipos de habilidades son numerosas. Aquellos que aprovechen de esas oportunidades hoy, mañana participaran en la expansión de las actividades sanitarias, y tendrán la satisfacción de ser los fundadores de esta nueva clase de trabajos.

La Sanidad Pública ya sea desarrollada en conexión con el gobierno nacional, departamental o local, o con organizaciones privadas, es una forma de servicio público y patriótico, que se hace en bien de la humanidad y de la nación en particular. Cada sanitario, por su trabajo, inconscientemente ayuda a cientos, o miles, de personas en mantener su salud en buen estado, o en postergar la incapacidad física y aun la muerte. ¿Quién puede decir exactamente lo que la humanidad le debe a Pasteur?. O, ¿cuál ha sido la exacta contribución al bienestar humano de Walter Reed por sus estudios de la fiebre amarilla en la Habana? Durante los últimos cincuenta años las expectativas de vivir en los Estados Unidos han sido prolongadas por más de diez años. Ello ha sido el resultado de la reducción del sufrimeinto, la miseria y las enfermedades que traen consigo todo esto. La infancia, la niñez, la adolescencia, la edad madura y la ancianidad han ganado gracias a la sanidad pública. Esta mejora ha sido el fruto del trabajo de los sanitarios quienes han batallado silenciosamente dondequiera que su ayuda ha sido necesaria. La continuación de esa ganancia en el futuro es la responsabilidad de aquellos que sigan a los fundado-

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

res. La juventud que quiera dar una forma de servicio patriótico, que desee contribuir al bienestar humano, encontrará en el trabajo sanitario un campo muy grande para la aplicación de sus energías.

EDUCACION Y PREPARACION NECESARIA

Todo individuo que desee escojer Sanidad Pública como una profesión, debe tener como bases para las varias clases de su enseñanza especial que se requiere, una fundación sólida de conocimientos generales. De importancia fundamental es el trabajo en las ciencias sociales y naturales. Un curso general en biología es recomendado como esencial para todos los futuros sanitarios, el cual debe ser complementado con cursos de anatomía, bacteriología, fisiología y patología.

La enseñanza se la sociología y la economía son muy útiles al estudiante de sanidad, y muchas veces tienen una aplicación inmediata en conexión con trabajos sanitarios; los cuales, muchas veces envuelven problemas económicos. La pobreza y la mala salud forman un círculo vicioso. Ciertas condiciones de trabajo afectan seriamente la salud de los trabajadores, especialmente de las mujeres y los niños. Los problemas de la vivienda son problemas sanitarios. El crimen y la delincuencia son frecuentemente el resultado de anomalías mentales. La prostitución—fuente de las enfermedades venéreas—es en parte un problema social, económico y sanitario. El trabajador efectivo, en el campo de la sanidad, debe por lo tanto estar enterado de la organización económica y social del medio, y apreciar su valor bajo el punto de vista sanitario, de la mejora de las condiciones sociales y económicas. Otros estudios de carácter general son también necesarios y ventajosos.

Aquellos que se dediquen a la demografía y estadística requieren una educación sólida en matemáticas. La especialización en la higiene mental demanda cursos en sociología, psiquatría y psicología. Conocimientos de ciencias políticas, gobierno municipal y medicina preventiva en todas sus fases, son esenciales para aquellos que aspiren a posiciones de carácter administrativo. El bacteriólogo y el director de cultura física deben obtener una enseñanza especial. Para el desempeño de trabajos sanitarios un título de la facultad de medicina es muy ventajoso, pero bajo ningún punto de vista debe de calificar al candidato como competente para hacer trabajos sanitarios modernos. La medicina cura, la sanidad evita o trata de evitar el desarrollo de las enfermedades. Son dos campos de acción que obran de distinta manera.

Es esencial que todos los estudios académicos sean suplementados con trabajos prácticos. Las instituciones que enseñen Sanidad Pública deben procurar que sus alumnos obtengan enseñanza práctica en agencias sanitarias gubernamentales o privadas. Los sanitarios que no hayan tenido una experiencia práctica, a pesar del

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

volúmen de su enseñanza teórica, no debe calificársele como componentes.

EMOLUMENTOS

Una de las principales desventajas en la profesión sanitaria es la compensación que reciban por sus servicios. Este es un asunto que se considera, según y como, sean las varias clases de trabajo sanitario. En general, se puede decir que la mayoría de los empleos en Sanidad Pública deben recibir un salario definido, lo cual sería una ventaja sobre la insegura renta del médico particular. Es cierto que hoy en día estos salarios no recompensan todo el tiempo que se dedica a la preparación y educación de un sanitario. La educación especializada del sanitario no recibe aún el reconocimiento que merece, pero los salarios en esta rama de servicio público deben ser comparables a los que se reciben en otras ocupaciones científicas. Aunque el trabajo del sanitario no trae la recompensa monetaria como en algunas ocupaciones comerciales, trae sin embargo la satisfacción de haber sido útil y beneficioso a la colectividad.

DURACION DEL EMPLEO

Una de las principales desventajas en la profesión sanitaria ha sido la incertidumbre de la duración del empleo. En la mayoría de los casos ciertas consideraciones extrañas han gobernado el nombramiento de individuos en posicions públicas como es la sanidad. Esto ha traído como consecuencia no solamente el empleo de individuos sin preparación sino que aquellos capacitados para el desempeño de sus funciones sanitarias han durado muy poco tiempo en sus posiciones. El aumento de la apreciación pública del valor del trabajo sanitario obliga a obtener un personal adecuado y competente. Como garantía, debe hacerse lo posible para que la ocupación de este personal tienda a ser estable. De otro modo, sería casi imposible atraer personas que quieran seguir Sanidad Pública como una profesión. En los Estados Unidos de América la tendencia es el concurso para los candidatos que deseen desempeñar puestos sanitarios. Estos exámenes eliminan el favoritismo y el subterfugio político.

EL FUTURO DE LA SANIDAD PUBLICA

Una de las indicaciones del futuro que aguarda a la Sanidad Pública como profesión es su desarrollo en los últimos años. Es un campo que crece día a día. Un campo que el público ha principiado a preciar sus ventajas, y el valor del trabajo sanitario eficiente. No se puede predecir todavía todas las posibilidades que se abrirán

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

a los sanitarios en el futuro. Se sabe si a punto fijo que son enormes, especialmente en países como el Perú. Las posibilidades para aquellos que estén bien preparados y cuyo entusiasmo sea ilimitado son muy amplias y muy halagadoras. El campo está abierto a la juventud presente y venidera.

CLASES DE OCUPACIONES SANITARIAS

Los hombres y mujeres que han hecho trabajos en el campo de la sanidad nos han dado la información concerniente a las clases de trabajos y ocupaciones que hay en este campo. Aparentemente hay una gran demanda y necesidad de toda clase de sanitarios. Se debe comprender sin embargo, que la demanda es para individuos inferiores. Las ocupaciones sanitarias se pueden clasificar así:

1.—El administrador o director sanitario en:
   a).—Servicios sanitarios nacionales.
   b).—Servicios sanitarios departamentales.
   c).—Sevicios sanitarios locales.
   d).—Servicios sanitarios rurales.
   e).—Servicios sanitarios industriales.
   f).—Servicios sanitarios escolares.
   g).—Organizaciones sanitarias privadas.

2.—Médicos en Sanidad Pública.
3.—Dentistas e higienistas dentales.
4.—Ingenieros sanitarios.
5.—Demógrafos y estadígrafos.
6.—Enfermeras visitadoras.
7.—Asistentes médico-sociales.
8.—Expertos en nutrición.
9.—Expertos en la enseñanza popular de la higiene.
10.—Expertos en cultura física.
11.—Inspectores sanitarios.
12.—Especialistas en trabajos de laboratorios.
13.—Especialistas en investigaciones nanitarias.
14.—Profesores en Sanidad Pública.

A esta lista se puede agregar muchas otras ocupaciones que están íntimamente ligadas con la sanidad. El arquitecto que construye edificios para la industria, hospitales, escuelas, sanatorios, etc., es en parte un sanitario. También lo es aquél que se especializa en la legislación de medidas sanitarias. La lista mencionada más arriba, cubre las más importantes ramas de la sanidad. Ahora pasaremos a ocuparnos en detalle de cada uno de estos tipos de trabajo.

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

Universidad Mayor de San Marcos Lima - Perú

1. EL ADMINISTRADOR O DIRECTOR SANITARIO

En tiempos normales, lo mismo que en tiempos de crisis, el administrador que dirige las actividades en el campo de la sanidad, es la figura más importante. Ya puede él estar a la cabeza del departamento sanitario nacional o local, etc., o puede ser el jefe de alguna división sanitaria, o el administrador de las actividades de alguna agencia privada, que solo se ocupa de algún problema especializado de la Sanidad; o puede ser el director de una clínica, todo es lo mismo. Los cargos administrativos en Sanidad Pública son variados y deben tener una atracción para los que han estudiado medicina y sanidad, y sobre todo que tengan cierta capacidad administrativa.

En qué consiste esta capacidad administrativa?. No es necesariamente la habilidad para enfocar ciertas leyes o reglas, o poner en práctica ciertos reglamentos o normas de conducta sanitaria. Hoy en día, esta habilidad administrativa consiste principalmente en atraer la cooperación voluntaria de los varios grupos e individuos de una comunidad, consiste también en despertar la opinión pública y hacerla consciente de las medidas sanitarias y su importancia, y por último en desarrollar el apoyo público para que ampare un programa sanitario. El administrador sanitario debe estar dotado de imaginación y visión para ver y hacer frente a las nuevas necesidades que constantemente se presentan. Su atención debe dar cabida no solamente a los problemas sanitarios comunes, sino también a aquellos nuevos aspectos de la sanidad moderna. Debe desarrollar planes para atacar nuevos problemas y a la vez utilizar nuevos métodos de solución. Para la mayoría de los problemas administrativos locales, el administrador sanitario necesita la educación que se le puede llamar "la práctica general de la sanidad"[1]. El administrador sanitario, puede hacerse especializado en alguna rama de la sanidad, por ejemplo: control de la tuberculosis o ingeniería sanitaria, pero generalmente tiene un grado en medicina. Esto no es bastante, debe tener una educación muy amplia en sanidad pública, estudios académicos lo mismo que prácticos. Una posición administrativa en sanidad pública debe ser desempeñada solamente por individuos competentes, y que hayan dedicado largo tiempo a esta clase de trabajos. En países progresistas, los salarios de los administradores sanitarios tienden a recompensar más y más el tiempo y las energías que se emplean en su preparación. En muchos países las posiciones administrativas han sido ejercidas por médicos que dividían su tiempo entre la práctica profesional médica y su posición sanitaria. Ha sido ejercida también, aun por individuos que no tenían preparación en higiene o sanidad, resultando una calidad de trabajo bastante inferior, a la vez un salario bastante bajo. Tan pronto como el público reconozca el valor de un individuo competente y las cua-

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

lidades necesarias para estos cargos sean más estrictas, los salarios percibidos serán mayores.

Hoy día la demanda de administradores sanitarios competentes excede al número existente de profesionales praparados para estos cargos. Aquellos que dan solamente parte de su tiempo, son reemplazados por otros que han hecho de la sanidad una profesión y que dedican a ella un tiempo ilimitado. Estos reemplazos tienden a crear un mayor número de posiciones, lo cual agregado a la demanda de individuos capacitados hace que la duración de los servicios sea más permanente.

Las organizaciones o tipos de organizaciones que requieren y necesitan de administradores sanitarios son las siguientes:

a. **Servicios sanitarios nacionales.**—Siendo la dirección general de sanidad una agencia que vela por la protección sanitaria del Estado, y sus deberes como tales, son guardar una constante vigilancia, por medio del exámen médico, de los que ingresan al país; las regulaciones de la cuarentena contra la introducción de las enfermedades contagiosas y males comunicables en el país; las medidas preventivas contra la diseminación de enfermedades en el interior del país; la cooperación con las agencias locales para desenvolver una activa campaña sanitaria; la vigilancia y control de la manufactura de productos biológicos; la investigación de problemas sanitarios y el desarrollo de la educación popular de la higiene, necesita que sean encomendados a individuos que tengan habilidad administrativa bastante definida y precisa, más, los conocimientos técnicos necesarios para hacer más efectiva la obra de la dirección. El Director de la Dirección General de Sanidad y los jefes de las diferentes divisiones deben ser hombres de prestigio, cerebros esclarecidos, hombres a quienes el mundo sanitario y los habitantes del país los tenga por guía y los pueda consultar en casos de emergencia.

b. **Servicios sanitarios departamentales.**— Todas las grandes divisiones políticas del país, ya sean departamentos, provincias, territorios u otras, deben dar cabida en su arquitectura gubernativa a una organización sanitaria que esté dotada de un programa y un personal ejecutivo a quien se le pueda encomendar la administración sanitaria. Las actividades de esta organización son más restringidas y se debe ocupar de los problemas que sean más prevalentes en la región.

En tal organización la necesidad de administradores competentes es obvia; en sus manos está confiada la responsabilidad de vigilar aquellos factores externos e internos que puedan traer miseria y sufrimiento a los habitantes de su dependencia.

c. **Servicios sanitarios locales.**—Toda ciudad de más de treinta y cinco mil habitantes debe tener un sanitario profesional, quien dedique su tiempo exclusivamente a su ocupación. Tal adminis-

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

trador sanitario debe ser responsable por la sanidad de su comunidad. El debe velar por la purificación y abasto de agua potable, el abasto y pureza de la leche, debe ordenar la inspección de los comestibles que se vendan en su comunidad y debe mantener un sistema de inspección sanitaria general. Los datos demográficos pertenecientes a la ciudad deben ser cuidadosamente recogidos y archivados en orden, para que siempre estén listos para su inspección. Todo trabajo de prevención, de tratamiento y de educación debe ser iniciado bajo sus auspicios. El trabajo de las enfermeras sanitarias visitadoras también forma parte de las múltiples tareas del administrador sanitario de una municipalidad. De donde quiera que venga el nombramiento del administrador, se debe be tener en cuenta que sea competente, que tenga iniciativa e inteligencia en el desempeño de sus funciones. La tendencia de usar este cargo público con propósitos políticos debe desaparecer.

d. **Servicios sanitarios rurales.**— La salubridad de las comunidades rurales no es menos importante que aquellas de las áreas urbanas. En efecto, algunas enfermedades son mas prevalentes en el campo que en la ciudad, y condiciones que son más peligrosas para la salud se encuentran frecuentemente en las comarcas campestres.

El programa del servicio sanitario rural es poco diferente del que se emplea en las ciudades. Incluye la seguridad y pureza del abasto de agua y comestibles, el control de las enfermedades que sean endémicas. Todas estas son actividades que necesitan ser dirigidas por sanitarios de habilidad y de acometimiento.

e. **Servicios sanitarios industriales.**— Cada día los industriales están reconociendo el valor de los servicios sanitarios para comodidad de sus empleados. Las pérdidas económicas que ocurren debido a las enfermedades que incapacitan a los trabajadores son enormes. Estas reducen la eficiencia de los trabajadores y también la producción. Por medio del servicio sanitario se pueden reconocer las enfermedades industriales en su desarrollo inicial y se puede prevenir sus graves efectos.

El administrador de tales servicios tiene bajo su dirección varias clases de trabajadores, tales como: enfermeras en la fábrica y para visitar a los enfermos en sus casas, médicos y dentistas para los tratamientos necesarios.

f. Servicios escolares.— La importancia de proteger la salud de la niñez durante los primeros años, y la posibilidad de detener los desórdenes incipientes por medio del reconocimiento temprano, ha servido de base para el establecimiento de servicios sanitarios en las escuelas de muchos países. En virtud de este servicio es posible descubrir defectos curables a la vez que proveer la instrucción en higiene. Un buen servicio o programa sanitario escolar incluye el exámen físico de los escolares, la provisión de remediar los

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

defectos existentes e instrucción en higiene y cultura física. En muchas ciudades se han establecido las clases especiales de higiene para varios tipos de niños defectuosos. En otras ciudades se ha tratado de organizar todos estos tipos de educación higiénica bajo la vigilancia de un director sanitario quien es responsable directamente al superintendente de las escuelas de la ciudad. En la actualidad, sin embargo, la educación física se lleva a cabo, generalmente, independientemente de las otras fases del trabajo sanitario, especialmente en las escuelas superiores.

Para solicitar una posición como director sanitario secolar, el candidato debe ser un médico o un experto en higiene escolar. En los Estados Unidos de América el Consejo Nacional del Niño hace algunos años formuló un plan sanitario escolar e indicó que toda ciudad que tuviera mas de veinte y cinco mil habitantes debería poseer el siguiente personal: Un director sanitario escolar, varios médicos quienes trabajarían parte de su tiempo en sanidad escolar; un superintendente de educación física, un higienista mental y varios higienistas dentales.

El médico escolar está a cargo del exámen físico de todos los niños. Junto con él hay un buen número de enfermeras quienes ayudarán al médico a hacer cumplir lo que el médico ordene. El médico escolar también recibirá la cooperación de los maestros de las escuelas observando la condición física y saludable de los alumnos e instruyéndolos en las reglas y prácticas de la higiene.

g. **Organizaciones sanitarias Privadas.**— Aunque la prevención de las enfermedades y la protección de la salud pública son esencialmente funciones de las autoridades sanitarias de la nación, siempre ha habido y continuará habiendo por muchos años, un campo amplio para las organizaciones sanitarias privadas. Estas toman a su cargo principalmente aquellas actividades cuya importancia no es apreciada inmediatamente. Habiendo experimentado y probado el valor de ciertas formas de servicios sanitarios, estas organizaciones privadas están en posición de solicitar que estos servicios sean continuados por las agencias oficiales. Cualquiera que sea la forma de trabajo, todas estas agencias privadas requieren administradores sanitarios competentes, que llenen el ideal o ideales de la institución, y que hagan que la contribución sanitaria o científica sea digna de los esfuerzos de la organización.

2.— MEDICOS EN SANIDAD PUBLICA

Además de los muchos médicos que ocupan posiciones administrativas en trabajos sanitarios, hay otros que continúan practicando su profesión de una manera pública más que privada. Los que practican públicamente se encuentran en clínicas y dispensarios públicos, en servicios sanitarios industriales o escolares. La diferencia entre la práctica profesional pública o privada es variada

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

y numerosa. Los primeros, siempre se dedican a un problema especial, por ejemplo: tuberculosis, enfermedades venéreas, higiene infantil, etc., pero cualquiera que sea la naturaleza de su especialización, la importancia de sus actividades es en el lado de la prevención. Todo dispensario o clínica requiere un administrador que por fuerza tiene que ser un médico, y otros, para el trabajo ordinario. Las clínicas de higiene mental requieren psiquiatras o médicos que se hayan especializado en enfermedades mentales. Las oportunidades en conexión con los servicios sanitarios en las industrias, en las escuelas y el público en general son muy grandes. La importancia del psiquiatra en el campo de la prevención del crimen crece día a día. La ciencia nos muestra que una gran mayoría de los casos de delincuencia y de crimen muchas veces se debe a anormalidades mentales. No solamente las muchas instituciones fallan en tratar inteligentemente a tales casos, pero las condiciones en muchas de las prisiones son insalubres y nocivas a la moralidad y futura utilidad del delincuente. El médico debido a sus conocimientos científicos está prestando mayores servicios cada día en el tratamiento juicioso de los criminales, y más importante aún, en la prevención del crimen por medio del propio diagnóstico de los que ofenden por primera vez. Todo médico que se dedique a la Salubridad Pública debe recibir su preparación en una escuela de sanidad donde se den las enseñanzas sanitarias convenientes, y que generalmente no se dán en ninguna escuela de medicina.

3.—DENTISTAS E HIGIENISTAS DENTALES

Los dentistas lo mismo que los médicos encuentran un gran número de oportunidades en el campo sanitario. Reconociendo el carácter preventivo de todo trabajo dental, muchos industriales mantienen clínicas para la inspección y cuidado dental de sus empleados. En las escuelas los alumnos deben ser examinados regularmente, y cuando los padres no puedan pagar el tratamiento dental necesario, la clínica escolar debe tomar a su cargo el costo de ese tratamiento. La enseñanza del cuidado de los dientes es parte del programa de instrucción de higiene. La educación del dentista para ejecutar las ocupaciones descritas no difiere mucho de la que se requiere para la práctica privada. Debe sin embargo, estar al corriente de todas las ramas de la higiene dental, y para importantes posiciones administrativas debe ser capáz de establecer y vigilar clínicas dentales, lo mismo que educar en higiene bucal.

Los requisitos de las higienistas dentales, una nueva profesión que se ha desarrollado en conexión con el trabajo dental en las escuelas e industriales, son menos severas. La higienista dental se ocupa principalmente, por medio de conferencias y demostración práctica, del cuidado, de la limpieza y lustre de los dientes y anexos. El exámen preliminar que da la higienista dental generalmente revela varias enfermedades, crónicas o agudas, de los tejidos

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

blandos de la boca que en muchos casos pasan sin ser notados. Para hacer esto la higienista dental debe haber adquirido un grado sumo de pericia y preparación. La mayoría de las escuelas dentales dan enseñanza especial que preparan a las higienistas dentales.

4.—INGENIEROS SANITARIOS

La gran ciudad de Chicago sufrió por mucho tiempo una crecida mortalidad a causa de la fiebre tifoidea. Como siempre es el caso, se encontró que la causa de ella se debía al abasto de agua potable. Tal abasto de agua venía del lago Michigan en el cual desembocaba el río Chicago que llevaba en su curso la mayoría de las aguas usadas por la ciudad de Chicago. Por el simple proceso de invertir el curso del río Chicago, haciéndolo desembocar en el río Mississippi, tal contaminación se terminó y la mortalidad causada por la fiebre tifoidea fué enormemente reducida. La transformación del río Chicago en una vía de desague de aguas usadas fué hecho por un ingeniero sanitario, una clase de sanitario cuya contribución al progreso de la sanidad ha sido invaluable. El ingeniero sanitario se ocupa entre otras cosas del proveimiento, purificación y distribución de agua potable, de los desagues y sistema de cloacas, de la limpieza de los lugares públicos mediante métodos especiales, de la disposición o incineración de las basuras y otros desperdicios, y otras tareas de bastante importancia sanitaria. Su trabajo también es esencial en ciertas clases de control de la malaria, fiebre tifoidea, etc. La sanidad de plantas industriales y edificios grandes requieren la ayuda del ingeniero sanitario, lo mismo que otros problemas en que la construcción sanitaria es necesaria.

La mayoría de los ingenieros sanitarios están al servicio de municipalidades o de las agencias sanitarias nacionales, locales, etc., aunque un limitado número de ellos practica privadamente. La educación universitaria consiste en el trabajo de la ingienería civil complementado con cursos de ingeniería municipal, ingeniería sanitaria, química y biología.

5.—DEMOGRAFOS Y ESTADIGRAFOS

Cada día recibe mayor reconocimiento el demógrafo que está conectado con las actividades sanitarias. El es responsable por la inscripción de los nacimientos, defunciones y matrimonios; la tabulación y el análisis de las informaciones concernientes a la morbilidad y asume cargo en las investigaciones de carácter epidemiológico y demográfico. Lleva a cabo también, investigaciones que determinen el valor de las muchas actividades sanitarias y de la eficacia de los métodos y procedimientos especiales que se usan en sanidad. Tanto las agencias sanitarias oficiales como privadas, agencias de seguro, casas comerciales e industriales dirigen traba-

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

jos demográficos y estadísticos que son de gran importancia. La educación de los demógrafos varía con la clase de trabajos a que se dediquen. Un conocimiento profundo de las matemáticas estadísticas es esencial y esto, es suplementado con ciertos conocimientos de sanidad, que le dan al alumno una completa educación en trabajos demográficos sanitarios.

6.—ENFERMERAS SANITARIAS VISITADORAS

Cuando la inspección médica fué introducida en la ciudad de Nueva York, se encontró que un gran número de escolares tenían gran necesidad de atención médica y dental. Las cuidadosas recomendaciones que se hicieron por los médicos y dentistas, solo fueron cumplidas en el seis por ciento del total. Con la introducción de las enfermeras sanitarias escolares se observó que ochenta y cuatro por ciento de los casos recomendados obtuvieron el tratamiento necesario. Este cambio se debió a las actividades de las enfermeras, quienes hicieron efectivas la inspección y recomendación del médico. Esta es una de las maneras como la enfermera sanitaria puede ayudar a desarrollar un programa sanitario de una comunidad. Sus actividades en descubrir y corregir las imperfecciones físicas, en enseñar la práctica y los hábitos de una vida higiénica y saludable, en tomar cuidado de los enfermos, en detener y eliminar las enfermedades comunicables y prevenibles, son considerados como una clase de trabajos sanitarios muy importantes, y en los cuales las enfermeras desempeñan un papel especial. Se les emplea también en la educación pre-natal y maternal, en la higiene infantil y escolar y para el cuidado de enfermerías en las escuelas y planteles industriales. Ella es la maestra que lleva al hogar el evangelio de la higiene. En el trabajo anti-tuberculoso y el control de otras enfermedades contagiosas la enfermera es muy útil. En los distritos rurales particularmente, recae sobre la enfermera sanitaria la tarea de iniciar y desenvolver la campaña sanitaria. Ella es el héroe desconocido de la constante lucha que el hombre mantiene con aquellos factores que siempre amenazan a su vida y a su salud.

Las agencias sanitarias, privadas u oficiales, emplean enfermeras sanitarias para diferentes clases de trabajos. Debido a la multiplicidad de trabajos la enfermera sanitaria tiene que estar en contacto con sus superiores y con la gente a la que ella trae consuelo y alivio. Una de las cualidades necesarias para tener éxito en su trabajo de enfermera es una personalidad atractiva, que encierre una educación amplia, un espíritu franco y sencillo y sobre todo que cautive la atención y obediencia de aquellos que reciben el beneficio de su trabajo y consejo. En los Estados Unidos de América para llenar todos estos requisitos, se demanda que toda enfermera sanitaria sea graduada en una universidad, también que haya hecho trabajos prácticos en un hospital y que haya estudiado sa-

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

nidad pública. En el Perú este es un campo que ofrece oportunidades ilimitadas a todas las mujeres competentes, de habilidad y acometimiento. La necesidad de tener enfermeras competentes es uno de los problemas más importantes que se presentan en la administración sanitaria.

7.—TRABAJADORAS SOCIALES

Teniendo en cuenta que las condiciones médico-sociales y económicas juegan un rol muy importante en la sanidad individual o de una comunidad, la asistente médico-social ocupa un sitio preferente en el trabajo sanitario. Ella encontrará en las clínicas y en los hospitales numerosas oportunidades para desempeñar sus funciones. La "trabajadora social" investiga las condiciones en las casas de los enfermos y trata de contribuir a su tratamiento por medio del ajuste del individuo al medio ambiente en que vive y viceversa. Ella ayuda a proteger al resto de la familia del contagio y educa constantemente al individuo y a la familia en las precauciones que deben tomar y el régimen que debe seguir el enfermo. Desde que una larga proporción de los casos que necesitan ayuda y guía se deben a causa de enfermedades, existe la tendencia de hacer que todas las trabajadoras sociales sean bien preparadas. Un número considerable de enfermeras sanitarias están asumiendo las funciones de asistentes médico-sociales. Las clínicas de higiene mental y hospitales de enfermedades mentales están haciendo uso más frecuente de asistentes médico-sociales que tengan conocimientos de psiquiatría, para la observación subsecuente de los enfermos y su prevención.

La preparación para el trabajo médico-social debe incluir la educación especial en Servicio Social en una Universidad y el estudio de los principios y prácticas de la higiene personal y de la comunidad y tener una concepción de la medicina preventiva.

8.—EXPERTOS EN NUTRICION

En una de las instituciones del sur de Estados Unidos de América la pellagra era muy prevalente. Un investigador actuando sobre la teoría del orígen de esta enfermedad recomendó que se debería tener mas cuidado con el maíz que se usaba, pero desgraciadamente tal consejo no obtuvo ningún resultado positivo. Un experto en nutrición teniendo conocimiento de las investigaciones recientes en el campo de la pellagra, aconsejó un cambio completo en la dieta. Como resultado de este cambio completo, y del uso de la leche, frutas, vegetales y huevos frescos se observó que no aparecían nuevos casos de pellagra.

La presencia de un experto en nutrición en las escuelas públicas siempre trae resultados ventajosos. El exámen de las condicio-

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

nes allí presentes, siempre revela una cantidad insospechada de mala alimentación. Por medio de la educación de los maestros y alumnos y la cooperación de las mujeres en la comunidad, se puede preparar pequeños almuerzos que sean a base de leche; esto puede remediar las condiciones presentes, asi como también las condiciones físicas y mentales de los escolares.

Estos incidentes indican el tipo de problemas para el cual la solución está en manos de los expertos en nutrición. Ellos son necesarios en los trabajos de clínica, en trabajo conjunto con enfermeras visitadoras, etc. Con toda seguridad ellos serán empleados más extensivamente en el futuro por las organizaciones oficiales, nacionales o locales. Además del trabajo práctico en conexión con hospitales, clínicas, asilos, y sanatorios, existen para el experto en nutrición numerosas oportunidades en el campo de la educación. Clases en nutrición se han establecido en escuelas privadas, públicas y religiosas, en poblados y centros sanitarios. En algunas ciudades, organizaciones caritativas han empleado los servicios de una experta en nutrición, y una de las principales obligaciones es la de visitar las casas de la gente pobre y enseñar la propia preparación de las comidas, a la vez que indicarles cuales son los alimentos más convenientes bajo el punto de vista alimenticio y monetario.

Las expertas en nutrición deben poseer originalidad, acometimiento y una personalidad capaz de persuadir. La enseñanza necesaria se obtiene en los colegios y las escuelas normales que enseñen ciencias domésticas y económicas, y donde la nutrición se enseñe como una ciencia. Deben además tener cierta porción de trabajos prácticos en Servicio social, lo mismo que experiencia en el arte de enseñar.

9.—EXPERTOS EN LA ENSEÑANZA POPULAR DE LA HIGIENE

En los Estados Unidos de América la Asociación Nacional contra la Tuberculosis fué organizada en 1904. En ese tiempo la tasa de la mortalidad debido a la tuberculosis en los Estados Unidos de América era de doscientas personas por cada cien mil habitantes. En 1932 la tasa de la mortalidad en ese mismo país fué de setenta personas por cada cien mil habitantes, o sea una reducción de treinta y cinco por ciento. Esta reducción representa el ahorro anual de más de ciento cincuenta mil personas. El trabajo de la Asociación Nacional contra la Tuberculosis ha sido en el campo de la educación popular de la higiene, y es debido a esa educación, que la reducción de la mortalidad ha sido posible. En general la campaña sanitaria ha llegado a ser más y más una campaña de educación. Tanto las agencias sanitarias nacionales como locales deben emplear especialistas en esta educación. La técnica del servicio de conferencias, la organización de exhibiciones sanitarias, el uso de películas cinematográficas, la preparación del material

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

escrito para boletines, folletos y artículos para la prensa, requieren los servicios de un experto. En los Estados Unidos de América además de emplearse todo esto, muy ampliamente, se ha introducído ultimamente la dramatización de hechos sanitarios en comedias y juegos alegóricos, y esta es una manera muy popular y efectiva de educar. Los que se ocupan de escribir este material son esencialmente sanitarios.

10.—EXPERTOS EN CULTURA FISICA

El especialista en cultura física puede muy lógicamente ser considerado como miembro del ejército sanitario. Las actividades de este campo, en relación a la sanidad, se ha desarrollado muy rápidamente en las últimas décadas. Las universidades y colegios en los Estados Unidos de América están dando mayores facilidades y atención a las necesidades físicas de los estudiantes, más como individuos de un grupo que como individuos particulares. En las escuelas secundarias han seguido este ejemplo. En las escuelas elementales mucho trabajo se está haciendo por los maestros bajo la dirección de los expertos. Muchas de las grandes industrias han reconocido el valor y los beneficios sociales y físicos que se ganan por medio de la educación física organizada y a cargo de personas expertas. Estudios especiales en educación física son requisitos esenciales para esta clase de trabajos. No es necesario, pero si conveniente, que el experto en cultura física tenga un título en medicina, siendo este requisito más imperativo si se piensa avanzar administrativamente.

11.—INSPECTORES SANITARIOS

El informe semanal o mensual de un departamento de sanidad local a menudo incluye una sección intitulada "Comestibles condenados o adulterados". Si no fuera por la vigilancia del inspector sanitario, se venderían comestibles que son la amenaza de la vida de las gentes. Esta es pues una de las formas del trabajo que lleva a cabo el inspector sanitario. El también trata de remediar tales condiciones, como la impropia disposición de basuras y otras condiciones que sean ofensivas al decoro y a la decencia públicas. Según algunos, gran parte de este trabajo puede ser hecho por la policía, la que puede ser comisionada para inspeccionar, aunque, la inspección de la leche y la carne requieren conocimientos más profundos de los que puede poseer la policía ordinaria.

En los distritos rurales el inspector sanitario tiene funciones más responsables. El desarrollo de la sanidad es uno de los trabajos más importantes y los detalles se dejan a su cuidado. De su inteligencia, tacto y eficiencia depende el éxito de su departamen-

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

to. A menudo, cuando los fondos no son suficientes para contratar un administrador sanitario, que dedique todo su tiempo a su trabajo, un inspector competente se puede emplear en su lugar. La combinación de un inspector sanitario rural junto con una enfermera visitadora se ha encontrado que es muy ventajosa, no habiendo el menor conflicto en su trabajo y la ayuda que se pueden dar es mutua.

La educación del inspector sanitario no tiene necesidad de ser muy extensa. La mejor preparación es la preparación práctica bajo dirección competente. Para la inspección de la leche se necesita que el candidato haya estudiado en un colegio de agronomía, y para la inspección de la carne se nesecita que el candidato tenga conocimientos que solo se adquieren en una escuela de veterinaria. Los inspectores en distritos rurales deben tener una educación edecuada para hacer frente a los problemas únicos que se presentan allí.

En general, conocimientos en medicina preventiva y algunos problemas prácticos, que tarde o temprano, se presentan en el curso de la profesión son suficiente enseñanza y educación para un inspector sanitario.

12.—ESPECIALISTAS EN TRABAJOS DE LABORATORIO

Agrupado bajo la dirección del jefe de los laboratorios sanitarios se encuentran: el bacteriólogo, el entomólogo, el protozoólogo y el químico. El entomólogo es un especialista de menor importancia. De vez en cuando el departamento de sanidad lo consulta, especialmente en los trópicos, para el estudio y control de los insectos que sean portadores de enfermedades. El bacteriólogo y el protozólogo se ocupan principalmente de la vida microscópica. El bacteriólogo se ocupa de la leche y del agua. El estudiante de inmunología de la etiología de las enfermedades. El químico se ocupa de la aplicación de la ciencia al abasto y purificación de aguas, desague, del control de los comestibles y su pureza, el exámen de los desinfectantes ocupa una importante porción de su trabajo sanitario. Las organizaciones nacionales o locales ofrecen oportunidades para estos científicos, lo mismo que las empresas comerciales que manufacturan drogas y artículos farmacéuticos: en laboratorios analíticos e instituciones de investigaciones o en el Instituto Nacional de Higiene.

La preparación para estas profesiones requiere una educación muy completa en la rama que se especialicen. También requiere muchos años de estudio debido a la complejidad de los problemas que el laboratorio siempre confronta.

13.—ESPECIALISTAS EN INVESTIGACIONES SANITARIAS

Lo mismo que en cualquier otro campo científico, la investigación es esencial en la salubridad pública y no se le puede se-

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

gregar de la investigación en general. En la salubridad pública, la investigación se puede clasificar de la siguiente manera: el epidemiólogo, que estudia la acción general de las enfermedades; el investigador clínico, que estudia la enfermedad en presencia del enfermo mismo; el trabajador en los laboratorios, que emplea los métodos de la investigación experimental en averiguar las causas de la enfermedad y su posible tratamiento; y el demógrafo, quien investiga el curso de los trabajos sanitarios y los analiza en términos de prevalencia, incidencia y mortalidad de enfermedades, determinando así los puntos débiles o fuertes del programa sanitario. Es pues en las labores de esta clase de trabajadores que depende el futuro progreso sanitario.

No solamente es de importancia la preparación académica y práctica de los investigadores, sino que también es de importancia la calidad de individuos que se dediquen a ella. Como requisito esencial ellos deben poseer una pasión por esta clase de trabajos que son verificados por el experimento, una imaginación que sea suficiente para idear hipotesis fructíferas, un ingenio para pensar maneras de resolver problemas que se han ideado, una industria que no se desaliente por el fracaso; una honestidad científica que no se satisfaga con cuasi verdades, aunque estas sean de inmediato valor práctico y ventaja personal, y un espíritu de generosa cooperación con otros investigadores de tareas idénticas.

14.—PROFESORES EN SANIDAD PUBLICA

Probablemente el más grande obstáculo al progreso del movimiento sanitario es la falta de individuos competentes que dirijan tal movimiento. La pronta realización de este problema debe dar como resultado la creación de una Escuela de Sanidad en el Perú, como parte integrante de la enseñanza universitaria. La manera como esto se puede llevar a cabo es un problema que los educadores deben resolver, considerando principalmente, que esa escuela debe estar bajo el control y los auspicios de la Universidad. Esto no solo daría a tal escuela más prestigio y seriedad, sino que también se harían uso de las facilidades—tanto académicas como prácticas—que dispone la Universidad.. Después de todo, la Universidad es la fuente principal de donde emana la dirección del progreso que el Perú merece. La creación de la Escuela de Sanidad en el Perú redundaría en provecho mismo de la Universidad, ensanchando su esfera de acción intelectual.

La Escuela de Medicina tiene amplias facilidades para ayudar la creación de la Escuela de Sanidad. Los laboratorios de anatomía, fisiología, química biológica, bacteriología y el Instituto Nacional de Higiene pueden ser el núcleo de la enseñanza experimental. La enseñanza didáctica puede ser encomendada a las facultades de medicina, artes y letras, en las que

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

se enseñarían sociología, economía, psicología, psiquiatría, nutrición, pediatría e higiene en todas sus fases.

En esta escuela se prepararía y educaría todo aquel ejército sanitario que el Perú necesita. Allí se prepararía al administrador sanitario, al ingeniero, al médico escolar, al demógrafo, a la enfermera sanitaria, al experto en nutrición, al experto en educación y cultura física, y en general a todas las demás clases de individuos que son tan necesarios y útiles en la lucha sanitaria.

DIFERENTES CAMPOS QUE ESTAN ABIERTOS A LA PROFESION SANITARIA

No solamente hay muchas oportunidades en el campo de la Sanidad Pública que desafían el interés y que invitan la participación activa de todos los individuos, sino que también hay diferentes clases de trabajos especiales. Por ejemplo, el control de la tuberculosis ofrece oportunidades para administradores sanitarios, médicos, enfermeras visitadoras y expertos en la enseñanza popular de la higiene. La higiene mental también ofrece oportunidades para un número muy crecido de individuos. Pues, ¿de qué sirve un cuerpo sano si no se posee una mente sana que guíe y dirija ese cuerpo? La higiene mental no solo tiene necesidad del médico que se haya especializado en enfermedades mentales, sino que también del psicólogo que debe medir la capacidad mental, y también del asistente social, que investiga y observa cada caso. En los hospitales de enfermedades mentales un bacteriólogo es necesario. En el trabajo sanitario de las escuelas se necesitan médicos, dentistas, enfermeras lo mismo que directores de educación física. Los servicios sanitarios en las industrias requieren hombres y mujeres que en un sin número de ocupaciones pueden prestar gran ayuda. La higiene maternal y la del niño deben atraer doctores, expertos en nutrición y enfermeras visitadoras. La higiene social necesita además de médicos, enfermeras, expertos en educación de la higiene, asistentes sociales, abogados y policía.

Se ve pues claramente, que como quiera que se juzgue la sanidad pública, o trabajos sanitarios, se encuentra, que la sanidad es un campo muy amplio, en el que el individuo puede dedicar no solamente todos los días de su vida, sino que también puede emplear mucho dinero y todavía hay espacio para progreso y mejora.

RESULTADOS DE LA SANIDAD PUBLICA

Los resultados que el sanitario obtenga mediante su trabajo constante y honesto son ilimitados. Mientras que el médico libra al individuo de sus males y sus dolencias, el sanitario está en posición de mejorar la salud y mantener la comunidad en un esta-

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

do de felicidad y reposo. Puede ser que pierda contacto el contacto personal, de que goza el médico que desempeña su profesión, pero el sanitario llega a ser un individuo de influencia en su comunidad, un ciudadano cuyo juicio se respeta, una persona con el prestigio que se le dá a un benefactor público. En tiempo de crisis, cuando alguna epidemia azote al país, la gente se dirige a él para que los libre de los estragos; y en tiempos ordinarios, él tiene la satisfacción de saber que contribuye enormemente a la felicidad del prójimo. Todo el mundo le debe la protección de sus vidas, y todo el mundo ha sacado ventajas de sus actividades y labores. "Las enfermedades prevenibles", dijo una vez, Eduardo VII, rey de Inglaterra, "si son prevenibles, ¿por qué no se previenen?" La prevención de tales enfermedades, es la tarea y obligación de todos aquellos que escojan la sanidad pública como una carrera profesional. Sus actividades e inteligentes esfuerzos removerán "esa llaga cancerosa de la enfermedad que roe las entrañas de nuestra riqueza humana". Está al alcance de nuestras manos éste—el más grande de los obstáculos— al progreso humano. Será de aquellos que luchen en la campaña sanitaria, la satisfacción de haber dado el servicio más patriótico, de haber hecho una de las contribuciones más grandes al bienestar y felicidad de la sociedad en que vive.

LA FRENICECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Por el Dr. O. HERCELLES GARCIA.

BASES ANATOMICAS

El nervio frénico, que es denominado, por algunos, como el nervio diafragmático, y que para **Carlos Beel,** es el nervio respiratorio interno, nace del plexo cervical profundo, atravesando casi verticalmente el cuello y el torax, para llegar al diafragma que lo inerva; es nervio motor sensitivo.

Su orígen, generalmente lo toma del cuarto par del plexo cervical profundo, del que forma una de sus ramas descendentes; pero tiene, también, orígenes accesorios a expensas de la tercera y quinta cervical, siendo la C3 la que más frecuentemente la complementa, pero presentándose a menudo ambas, pudiendo ser algunas veces dobles estas ramas accesorias provenientes de puntos del todo diferentes. En muchas observaciones hemos

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

encontrado que las ramas accesorias son de mayor volúmen que la raíz principal, pudiendo tomarse así, valiéndose solo del volúmen, como la rama principal la accesoria lo que es importante de advertir para que en las estadísticas se dé el verdadero valor, al orígen del nervio. Considerando interesante la reproducción de las estadísticas de algunos anatomistas, en lo que a estas ramas de orígen se refiere, anotaremos las siguientes: la estadística de **Luschka,** citada por **Soulié,** que se refiere a 32 sujetos, el frénico nace de la C4 en 12 casos; C3 C4 C5 en 7 casos; C3 C4 en seis casos; C4 C5 en cinco casos; C4 C5 y primera raíz del plexo braquial en dos casos. En la de **Brook** sobre 16 casos, da los orígenes siguientes: C4 en 4 casos; C4 C5 en 9 casos; C3 C4 C5 en 3 casos. De **Herrick** en 1917, en un trabajo publicado en la Anatomía de **Hoveclaque,** sobre 100 casos reunidos de **Luschka,** de **Brook** y de **Briem,** da las siguientes proporciones en lo que a los orígenes con respecto a la rama se refiere, del C4 C5, 37 %; del C4 25 %; del C3 C4 C5 23 %; del C3 C4 15 %. De estas estadísticas antes expuestas, deducen **Maurer, Roland** y **Valtis,** que la C4 es la rama más constante en el orígen del nervio frénico y nos hacen las siguientes proporciones: de la C4 en los 3|8 de los casos; de la C4 C5 o de la C4 C3 en los 3|8 y en fin, de las tres raíces C4 C3 C5 en los 2|8.

Estudiando ahora las raíces anormales de orígen del frénico, vemos que **Valentín Hirchfeld, Kraus** y **J. Alexander,** cita la C primera, C segunda, C sexta y D primera, como ramas que han dado ramos para el frénico, en algunos casos observados por ellos. **Haller, Wriesberg, Luschka, Rudinger, Henle, Schualwe, Turner, Bolk,** han señalado algunas observaciones de frénico, recibiendo una raíz del hipogloso.

Todas estas ramas constitutivas del nervio frénico, que tienen su emergencia por las gotieras de las apófisis trasversas, se unen rápidamente, debiendo si tenerse en consideración que las ramas que siguen a la C5, pueden no reunirse sino muy abajo a la raíz principal, debiendo recordarse esto en el acto quirúrgico, pues algunos fracasos de frenicectomías, son debidos a un arrancamiento insuficiente del tronco principal; siendo regla general para **Von Jascke, Berard, Dumarest, Desjacques, Charrier,** que el frénico se encuentra ya formado por todas sus ramas de orígen a la altura de un plano horizontal que pasa por el borde superior del cartílago tiroides, constituyendo así a este nivel un cordón de 1 1|2 mm. de espesor, por lo general. Es indispensable sin embargo controlar siempre en el sentido de si existe nervio frénico accesorio, que por lo común se encuentra por fuera del tronco principal.

El nervio frénico accesorio, denominado por los alemanes **"nerben phrenicus"** ha sido bastante bien estudiado por **Ruhemann, Goetze, Sauerbruch, Jane Félix, Quarti** y otros; estando constituído por una disposición particular, debido a que una raíz, secundaria en lugar de reunirse al tronco principal en su orígen,

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

sigue un trayecto independiente para unirse al frénico ya bien al nivel de la base del cuello o del torax.

La frecuencia es diferentemente estimada: **Hancke,** da la proporción de un 25 %, siendo esta también de **W. Félix;** para **Sauerbruch** la frecuencia es más grande 37,8 %; **Goetze,** da 32 %; **Jano,** 41 %; **Loubat,** solamente en el 20 % encuentra el frénico accesorio; **Ruhemann,** 11 veces sobre 17 cadáveres examinados, encuentra un manojo motor accesorio, que pasa tres veces por el nervio subclávio, dos veces por el nervio subclávio y otras anastomosis y seis veces sigue un trayecto independiente paralelo al frénico y que se le junta por encima del hilio pulmonar. **Quarti,** es el que da la mayor proporción de frecuencia diciendo haberlo encontrado en un 67 % de los casos estudiados.

El nervio frénico accesorio que se separa habitualmente de la C5, pero algunas otras veces en totalidad o en parte de la C3, C4, C5, más excepcionalmente de la C3, podemos asignarle fundamentalmente dos variedades: a) el nervio accesorio queda independiente y desciende en la vaina del escaleno anterior, ya a unos milímetros por fuera del tronco cervical o ya por delante del plexo braquial para alcanzar al frénico en el cuello o en el tórax por debajo de la primera costilla. b) esta variedad está representada por la anastomosis subclavicular que puede coexistir con un frénico accesorio independiente.

Algunas veces hay coexistencia de los dos tipos, como lo cita **Hoveclaque** y **Ruhemann;** de biendo considerarse como excepcional la variedad de frénico accesorio desprendido de la rama descendente del hipogloso.

Estudiando ahora el punto de aborde del nervio accesorio al tronco principal, podemos decir que en la mayor parte de las veces el "nerben phrenicus" después de haber pasado delante de la vena subclavia llega al frénico en una zona variable situada entre la primera costilla y el hilio del pulmón; en otros casos, la unión está más altamente situada, y **Jano** señala cinco casos de nervio accesorio nacido de la C3, en que la unión estaba por encima de la primera costilla. Excepcionalmente el nervio frénico accesorio sigue un trayecto independiente del nervio frénico.

En lo que se refiere a las relaciones del nervio frénico en el trayecto que sigue desde su orígen hasta el diafragma, las examinaremos sucesivamente al nivel del cuello y del torax: en el cuello, en su orígen está profundamente situado entre los escalenos, después sigue sobre el escaleno anterior, abandona luego este músculo al llegar al ángulo abierto hacia adentro que forma con la primera costilla, penetrando al torax entre la arteria y la vena subclavia, siempre por fuera del neumogástrico y gran simpático, siguiendo su trayecto intra-toráxico hasta llegar al diafragma.

En su orígen vemos que tiene relación hacia adelante, con los orígenes del escaleno anterior y hacia atrás, con el escaleno medio y posterior y con los manojos superiores del esplenio y del

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

Biblioteca Lima - Perú

angular, encontrándose rodeado de un tejido célulo-adiposo que contiene ganglios simpáticos, y cuya abundancia varía de un sujeto a otro.

Pasando ahora a las relaciones que tiene en su trayecto sobre el escaleno anterior, las estudiaremos de una manera detallada, pues ellas son indispensables de conocer, desde que corresponden a la zona operatoria sobre la que hay que actuar en la excéresis del nervio.

El nervio constituído, desciende sobre el escaleno anterior verticalmente, pero sobre todo, sigue un trayecto oblícuo hacia abajo y adentro, lo que determina y que en la parte inferior alcance y siga el borde interno del músculo, debido a que además de esta dirección oblícua interna del nervio, el músculo escaleno sigue un trayecto hacia abajo y afuera, debiendo tenerse presente esto en el acto operatorio, para poder así orientarse de la posible situación del nervio según la altura de la incisión. Esta dirección oblícua del nervio ha hecho que **Desjacques,** distinga por su relación con los vasos, en el trayecto preescalénico, dos zonas: la una superior, donde el frénico es relativamente externo, lejana del paquete vásculo-nervioso y con pocos vasos a su alrededor, a excepción de la cervical ascendente, y en la que el esterno-cleido-mastoideo no cubre mucho al nervio; y la otra o sea la inferior, donde el nervio es más interno, estando cerca del paquete vásculo-nervioso del cuello y en relación, por lo general, con numerosos vasos que luego describiremos, y en la que el esterno-cleido-mastoideo cubre mayormente al frénico. Esta consideración de **Desjacques,** le sirve para dar la siguiente recomendación: "Una línea de incisión demasiado baja llevará fatalmente hacia encuentros peligrosos; ahora es preciso no olvidar que el campo operatorio es reducido que ahí hay todo interés en buscar el nervio en la zona superior donde nada dificultará las maniobras".

Siguiendo el estudio del nervio en su trayecto preescalénico vemos que él descansa sobre el músculo, contenido por lo general en su vaina que es dependiente de la aponeurosis cervical profunda, encontrándose a veces en el espesor mismo de ella (observación de Jano), dato éste de tenerse en consideración, pues en la disección se puede expulsar hacia afuera la aponeurosis con el nervio allí contenido; inversamente se puede encontrar más profundamente, entre los manojos musculares. El nervio puede algunas veces seguir una dirección vertical, descendiendo a lo largo del borde interno del escaleno, desde su orígen. **Berard, Dumarest** y **Desjacques,** hablan de la variación de la situación con la posición de la cabeza, recomendando para evitar ello, la actitud de la cabeza recta con la cara hacia adelante.

Punto importante es la relación con los diferentes elementos vasculares y nerviosos, tanto superficiales como profundos, existentes dentro de la zona operatoria, debiendo en el primer plano considerar a la yugular externa y la rama del plexo cervi-

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

cal superficial; y en el plano profundo a las arterias cervical ascendent,e tiroidea inferior, vertebral, crvical trasversa y escapular superior, el paquete vásculo-nervioso del cuello, el simpático, el nervio subclavio y el plexo braquial. Insistiremos en forma particular en las relaciones vasculares, y más todavía en las venosas, menos bien conocidas. Los troncos de la base del cuello son particularmente importantes y están animados por los movimientos respiratorios. Se sabe que sus heridas o la de sus colaterales pueden ser graves por que fuera del riesgo da la hemorragia, existen peligros de embolias aéreas. **Maurer,** cita, que en el curso de una frenicectomía, dislacerando el tejido célulo-ganglionar situado entre los músculos omohioideos y externo mastoideo, hirió una vena trapeciana que desembocaba en el cayado de la yugular interna; esta pequeña herida fué seguida de un pequeño ruido de aspiración, al mismo tiempo que el enfermo acusaba una sensación de malestar; el índice izquierdo puesto inmediatamente en la herida obturó la desgarradura venosa, sin moverlo, disecando con la otra mano la región, puso en evidencia la extremidad central del vaso, colocando a este nivel una ligadura. **Maurer** mismo y **J. Megnin** dicen haber visto otro caso, en que el cirujano no observó esta conducta, produciéndose al poco momento la muerte del enfermo por embolias aéreas.

Vemos pues, lo importante de las relaciones de los elementos vasculo-nerviosos, y comprendemos así la necesidad de estudiarlos detalladamente, por encerrar una importancia efectiva dentro de la excéresis del nervio frénico.

La yugular externa que se encuentra en el plano superficial, cruza a menudo la incisión operatoria en su medio, dificultando las maniobras profundas, razón ésta, para que en caso que no se le pueda separar, se le seccione sin dificultad entre dos ligaduras; se encuentra también en este plano, en el tejido celular subcutáneo, ramas de la subclavia del plexo cervical, las que se separan o se seccionan.

En el plano profundo no se encuentra nada, en la mayor parte de las intervenciones, salvo dos ramas del tronco tiro-bicérvico-escapular: la arteria cervical ascendente y la arteria cervical trasversa. La cervical ascendente sube por la vaina misma del escaleno anterior, encontrándosele en disposiciones variables, ya bien por delante y paralelamente al nervio, ya cruzándolo en forma de un bucle o de una cruz, dejando en esta curva escapar algunos ramúsculos arteriales; dos venas lo acompañan, algunas veces muy voluminosas, constituyendo un obstáculo para la denudación del nervio; pero sin obligar por lo general, a ligarlas, salvo que sean heridas. La arteria cervical trasversa que cruza al frénico en medio de la porción escalénica, para desembocar en la vena vertebral, sigue a menudo una posición baja, siendo sin embargo algunas veces alta su posición de cruce. De calibre variable es siempre un obstáculo, pero también es un reparo, de-

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

biendo observarse la misma regla que la dada para la cervical ascendente.

En situación más interna camina la vertebral y la tiroidea inferior, no debiéndose ni verlas ni herirlas, porque ellas están por lo general ocultas por el borde interno del escaleno anterior que las aleja.

Hacia adentro del nervio, encontramos el paquete vásculo-nervioso del cuello, constituído como sabemos por la carótida primitiva, yugular interna y neumogástrico en su vaina común con la rama descendente del hipogloso, también se encuentra el simpático, en un desdoblamiento de la aponeurosis, lejos por lo tanto de la zona de exploración, y de poder ser herido, debiendo indicar sin embargo que se citan varios casos de lesión de él. Dentro de estas relaciones profundas que acabamos de citar, vamos a hacer algunas apreciaciones más. La yugular interna voluminosa en algunas veces se hincha en cada expiración, debiendo ser siempre reconocida y reclinada por un separador. El neumogástrico que debe evitarse de ser tomado por el frénico y que no obstante estar separado de él por más de 1 c.m. ha sido motivo de confusión por algunos cirujanos, debe siempre con los demás elementos del paquete, ser reclinado por el separador hacia adentro junto con el externo-cleido-mastoideo.

Como relación de tener presente hacia abajo, debemos indicar a la arteria escapular superior, que tan pronto como nace de la subclavia, pasa por delante del frénico, pero que no es visible dentro de la operación, pues está muy por debajo; al nivel de la cara posterior de la clavícula.

En lo que se refiere a las relaciones profundas del nervio hacia afuera tenemos que indicar la del plexo braquial, que desciende entre los dos escalenos, y que constituye un punto útil de reparo; siendo esta vecindad la razón de las alteracions paréticas y anestésicas, que se producen algunas veces y que felizmente son solo pasajeras. Mencionaremos también que el frénico tiene relación con el nervio supra-clavicular algunas veces, pero por lo general está distante, no obstante en algunos casos se le ha confundido, habiéndosele seccionado, notándose de inmediato un dolor en toda la parte antero-superior del torax.

Para completar este estudio de las relaciones a nivel del cuello, útiles de tenerse presente para el acto operatorio, citaremos la de los dos planos superficiales, músculo aponeuróticas, en que se encuentra el omohioideo y el esternocleido-mastoideo; y que como punto de reparo debemos indicar el "punto frénico" situado en el triángulo formado entre los dos manojos esternal y clavicular del externo-cleido-mastoideo y la base del cuello; punto éste, donde se despierta la sensibilidad en su neuralgia, y que puede ser utilizado para alcanzar el frénico con fines anestésicos u otro.

Mencionaremos en lo que a las relaciones a este nivel se refiere, las que tiene con el tejido celular que está regado de

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

ganglios de volúmen variable y que está entre la aponeurosis superficial y los planos profundos siendo su estructura, la que condiciona, en muchas veces, la mayor o menor dificultad de la operación.

Si no hubiera necesidad de conocer algunas relaciones del nervio frénico en su trayecto desde la base del cuello hasta su llegada al diafragma para explicar algunos incidentes y complicaciones producidas por la excéresis del frénico, omitiríamos aún el de relatarlas esquemáticamente, como lo vamos a hacer, desde que desde el punto de vista del acto operatorio mismo, no hay que tenerlas presentes, pues no se actúa sobre dichas zonas.

Al dejar el borde interno del escaleno y llegar a la base del cuello, los nervios frénicos, se insinúan entre la arteria subclavia atrás y la vena adelante, acentuando su oblicuidad hacia adentro para ponerse en contacto con la cúpula pleural y tener relaciones íntimas con la mamaria interna, a la que cruza en X, a la derecha por su cara anterior y a la izquierda por su cara posterior. En esta región el nervio entra además en relación con el ángulo venoso de Pirogoff y los conductos venosos y linfáticos que allí abocan: vena yugular externa, vena vertebral, vena yugular posterior. A la derecha es la gran vena linfática, a la izquierda el conducto toráxico, cuyo cayado puede remontar hasta la sexta apofisis trasversa y que está separado del frénico por la fuerte aponeurosis del escaleno, habiendo sido herido sin embargo en el curso de una exploración del nervio, según cita de **Desjacques.** Hay también que apuntar la asa de Viessans del simpático que cruza la arteria subclavia y el neumogástrico que es más interno a la izquierda que a la derecha y que abandona este último el recurrente.

El nervio frénico a nivel del torax está contenido en el mediastino anterior, caminando en compañía de los vasos diafragmáticos superiores, entre la pleura y el pericardio, con relaciones algo diferentes a la derecha y a la izquierda. A la derecha desciende verticalmente, contornea el borde externo del tronco braquiocefálico, la cara antero externa de la cara inferior, para luego pasar por delante del pedículo pulmonar que le separa del neumogástrico, debiendo recordar aquí que entre el bronquio, la arteria y la vena pulmonar, existen ganglios, que infartados pueden comprimir el nervio. Más abajo la pleura mediastínica le suministra un meso, que hace esto explicar la desgarradura posible de la pleura y del pulmón adherente en la tracción del nervio. Alcanza el centro tendinoso del diafragma hacia adelante y afuera del agujero cuadrilátero. A la izquierda, teniendo el nervio que rodear la punta del corazón sigue una curva de concavidad dirigida hacia adentro, colocado entre la pleura mediastínica y la arteria subclavia izquierda; pasa por delante del cayado de la aorta y del pedículo pulmonar izquierdo, se aplica sobre el pericardio que le separa primero de la aurícula y después del

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

ventrículo izquierdo y alcanza el centro tendinoso del diafragma en un plano más alejado de la línea media que el derecho (5 c.m.)

(Continuará)

CATEDRA DE CRIMINOLOGIA
Profesor Dr. Carlos A. Bambarén

EL PROBLEMA DEL MENOR EN ESTADO DE PELIGRO

Por el Dr. JULIO ALTMANN SMYTHE.

No hacer nada contra el niño culpable, está bien; hacer algo por él, está mejor.— GAUTIER.

Es innegable que la grandeza futura de una nación está íntima y estrechamente ligada al de las nuevas generaciones, que vendrán a constituir la masa ciudadana del mañana. El bien o el mal que sembremos en la actualidad en el cuerpo y alma de los niños de hoy, será lo que logremos cosechar en el futuro próximo. Y no es dable ni justo esperar una buena cosecha, si se dejan abandonados a su propia suerte a los niños, siempre necesitados—hoy más que nunca, dada la completa desorientación moral y mental que predomina en todos los medios de la socielad contemporánea— de la dirección sana y recta de los mayores y, muy especialmente, del Estado, al que corresponde, en grado principal, la noble tarea de estructurar convenientemente al menor, tanto desde el punto de vista físico, como espiritual.

La suerte de la niñez debe ser la preocupación predominante de todos los hombres que ansían una Humanidad mejor. Es necesario convencer y convencerse que una Humanidad nueva ha de ser la obra de hombres nuevos, quienes deberán poner en práctica ideas nuevas, también. Solo los hombres del mañana podrán realizar prácticamente los ensueños que bullen ansiosos de cristalizarse en hechos en las mentes mejor cultivadas; con los hombres y mujeres actuales nada efectivo podrá hacerse en beneficio de esta Humanidad que agoniza anhelosa de mejores tiempos.

Si la infancia, en general, ha de merecer la protección decidida de parte del Estado—por ser ello de su propia conveniencia— la niñez abandonada o en "estado de peligro", es la que mayormente debe recibir los beneficios de esta obra tutelar, dado el triste y lamentable hecho de que carece del cuidado familiar, tan ne-

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

cesario y útil para su desarrollo. El Estado que descuida a sus niños no cumple con su altísima función.

Desde hace tiempo un selecto grupo de intelectuales— a la cabeza de los cuales se encuentra mi maestro **Carlos A. Bambarén** —propugna, con empeño plausible, una acción más efectiva y científica de parte del Estado, en lo que respecta a la tutela de nuestra infancia en "estado de peligro". La suerte de los niños, que con razón se les ha llamado **"huérfanos con padres vivos"** yace hasta hoy entregada acaso a su propio destino, siempre cruel e inhumano.

Todo está por hacerse en el Perú en lo que se refiere a la protección del menor en "estado de peligro" o abandono. Pocos son los que han dedicado sus energías al estudio sereno y científico de este grave problema o que hayan intentado su resolución inteligente. Las más de las veces ha primado un empirismo vergonzoso en las esferas oficiales, lo que desacredita gravemente a nuestro país ante la mirada inteligente y culta de los hombres de ciencia del extranjero. De ahí que sea del todo necesario enmendar rumbos en lo que a este problema se refiere y que consideramos que es deber ineludible—libres de todo principio partidarista y de todo mezquino interés—abrir amplia campaña en favor de esta infancia, que en la mayoría de los casos viene a constituir el grueso de los futuros delincuentes.

El grave y complejo problema del menor en "estado de peligro" o de abandono necesita de la técnica para resolverse con éxito. Mientras prime en las esferas gobernamentales el criterio empírico que hasta ahora reina, nada efectivo podrá hacerse en beneficio de esta infancia. Es inútil querer engañar y engañarse mediante labor efectista y vacía, puesto que en donde falta la técnica, falta todo.

Si en lo que se refiere a la tutela del menor en "estado de peligro" se hubiera oído y respetado la opinión de los verdaderos técnicos—a los que no se les consulta jamás—este serio problema no estaría llevado por un camino que, seguramente, no lo conducirá a su resolución feliz. Se han oído las opiniones de todos los que han querido emitirlas, menos las de los que ofrecen sus mejores energías al estudio de estas cuestiones.

Es por esto que la política tutelar del Estado ha sido insegura, lenta y no siempre continuada. Ha habido épocas en las que el régimen ha marchado con criterio retrógrado hacia los tiempos que ya se creía desaparecidos para no volver.

El problema que nos ocupa es de importancia innegable. Merece la atención preferente de todos los que ansían para el Perú un futuro mejor. Pero para ello hay que enfocar previamente, en forma certera, el problema de la función tutelar y preventiva que toca desempeñar al Estado sobre la infancia abandonada o en "estado de peligro".

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

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE LA PATRIA POTESTAD

Por mucho tiempo el menor ha sido considerado como una simple cosa, de absoluta propiedad de su padre. Este concepto arcaico se está transformando por la acción tenaz e inteligente de todas aquellas personas que anhelan el bienestar del niño, y, por lo tanto, el de las futuras generaciones. La patria postestad, hoy en día, no es simplemente un derecho, sino, principalmente, un sagrado deber.

Esta profunda transformación se ha llevado a cabo lentamente y se ha necesitado el trascurso de siglos para llegar a plasmar las orientaciones actuales.

En los pueblos primitivos el niño sufrió en sus carnes todos los errores de la mentalidad no desarrollada que primaba en esos tiempos. Victima inocente de religiones y mitos, fué objeto de sacrificios horripilantes para contentar a los dioses, creados por el hombre de entonces a su imágen y semejanza. **Alejandro M. Unsaín** refiriéndose a la situación del menor en la Edad Antigua dice: "En la antigüedad el menor era un esclavo. El amo podía hacer con él lo que quería. Lo menos era castigarlo, lo más matarlo". Y se sabe que el esclavo era considerado por su amo menos que una cosa, la que generalmente era objeto de más aprecio por parte de su dueño.

Bajo el Imperio Romano la suerte del niño cambia en bien poco. La autoridad del "pater familias" era absoluta y terrible y su legalidad era evidente, pues estaba sostenido en la ley de las Doce Tablas.

"Derecho de vida y muerte, de venderlo, de empeñarlo, sometido su peculio y su autoridad a la administración y hasta la misma facultad de juzgamiento del poder paternal. Durante siglos se mantiene, apenas mitigado tal derecho durante la República y el Imperio", dice **Jorge E. Coll.**

No obstante los indudables beneficios que trajo al mundo el Cristianismo con sus sentimientos piadosos—de los que algo aprovechó el niño—la autoridad paterna, de carácter absolutista, que rienó desde los tiempos primitivos hasta el Imperio Romano, perduró en toda la Edad Media y Moderna, dejándola con sus mismas características la Revolución Francesa, que poco a nada se preocupó de los derechos del menor. La decantada igualdad de la que tanto se enorgullecía la Revolución Francesa, solo se extendió—en forma por demás relativa—entre las personas mayores. Los niños siguieron sumidos en inferioridad manifiesta en la que los habían colocado las legislaciones anteriores.

La era de los grandes capitales y del maquinismo crea una situación manifiestamente contraria para el menor. Es enviado por sus padres al trabajo pesado y largo de las fábricas, en las que labora durante interminables jornadas de trabajo, inhumano y agotador. Era común que niños de 5 o 6 años trabajaran en las mi-

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

nas durante 12 o más horas diarias, repercutiendo gravemente en la salud de los menores y siendo espantosos sus efectos en la mortalidad infantil.

Los horrores eran tantos y de tan terrible consecuencia que a principios del siglo XIX se produce en Inglaterra una cruzada destinada a salvar a los niños, encabezada por un eminente estadísta: **Peel.** Este noble como inteligente movimiento logra al fin que el Parlamento inglés, en el año 1804, sancione la primera ley de protección al trabajo del menor. Aunque la Ley, en sí solo significó un tímido paso adelante, indudablemente abrió un amplio horizonte para la obra tutelar del Estado sobre la niñez. El Estado intervino por primera vez en la protección de la infancia desvalida.

El empeño de proteger a la infancia fué combatido por la industria y los capitalistas, que veían en estos propósitos un peligro para su afán de lucro. Los mismos padres eran enemigos de toda acción legislativa a este respecto, puesto que toda medida protectora para la niñez se les antojaba contraria para sus intereses. De ahí que no sea un error afirmar que la ignorancia de los padres ha sido uno de los obstáculos más difíciles de vencer en la lucha sostenida en beneficio de la infancia.

Es tan solo en el presente siglo—llamado con toda propiedad por **Ellen Key** "el siglo del niño"— que el Estado se ha preocupado efectivamente y sigue preocupándose de cautelar de manera cierta los derechos del menor, que deben ser considerados como los mas sagrados de todos, por múltiples motivos.

La patria potestad en el presente no debe considerarse como un derecho del padre, sino más bien como un deber ineludible. Y cuando el hombre no sabe, no puede o no quiere cumplir con su deber de padre, el Estado está en la obligación de intervenir en favor del niño, protegiéndolo, obligando al padre al cuidado de la familia, llegando en algunas ocasiones a apoderarse de los hijos para tratarlos y educarlos convenientemente, de acuerdo con los altos intereses de la colectividad.

Al Estado le toca, pues, una parte activa y principal en la protección de la infancia. No es posible que se permita que siga repitiéndose por más tiempo ese suicida "dejar hacer, dejar pasar" del Estado liberal del pasado siglo. Las doctrinas modernas orientan la función tutelar y preventiva del Estado, especialmente en lo que se refiere a su acción sobre la infancia abandonada o en "estado de peligro". El mismo bien del Estado así lo exige. Si la futura masa ciudadana estará integrada por los niños de hoy, es indudable que si el Estado no interviene enérgicamente en beneficio del menor, él mismo tendrá que sufrir las terribles consecuencias de su descuido.

Los padres, de acuerdo con la doctrina expuesta, no tienen sobre sus hijos derechos de ninguna índole, sino más bien ineludibles deberes que han de cumplirlos de manera irrefragable. El Estado, por su parte, debe velar para que ellos sean respetados en forma extricta, y si por cualquiera circunstancia los padres no lo hicieran y descuidaran al menor, deberá el primero tomar bajo su

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

cuidado al niño así abandonado, aplicando las debidas sanciones al hombre que no ha querido cumplir sus obligaciones paternas.

ROL EDUCADOR DE LA FAMILIA

El hombre, hoy más que nunca, es un ser por demás complejo, de multiforme y variada conducta. Dominado como está por tendencia diversas—muchas veces contradictorias—que lo impulsan a obrar en uno u otro sentido, nunca posee una línea de conducta uniforme y netamente marcada. Bien dijo **Pascal** que "en cada uno de nosotros hay un ángel que canta y también una bestia que relincha".

Soñar con hombres uniformemente configurados, que atúen permanentemente en forma igual y que piensen siempre de la misma manera es una grave equivocación.

Las muy diversas tendencias que presenta todo ser humano pueden ser objeto de cambio inteligente o, por lo menos, de amortiguación o exaltación. La educación—tomada la palabra en su buen sentido—realiza esta acción provechosa, siempre que esté complementada con otras medidas de orden más amplio y diferente.

En el niño—quien no tiene aún un carácter netamente definido—la acción educadora puede producir resultados admirables, en beneficio de la Sociedad, que contempla angustiada el aumento lamentable de las tendencias perjudiciales y peligrosas para la vida colectiva. La educación—del latín **educere** que significa **conducir,** sacar del montón—puede modelar el carácter del niño dentro de una orientación conveniente, siempre que no intervengan factores hereditarios, que necesitan, como se sabe, tratamientos más eficientes.

Pero para que la acción educadora dé en la práctica los resultados apetecidos, es necesario que ésta sea continuada, constante, y no esporádica, por momentos, como es la que puede dar la escuela. De allí que la influencia de la familia sea decisiva, puesto que ella es la que está mayormente y en más constante contacto con el menor. Monseñor **Gustavo J. Franceschi** ha estado en lo justo cuando afirmó que: "La Escuela no puede suplir completamente a la familia".

El niño trata siempre de imitar lo que ve, sea esto bueno o malo. Su tendencia a la imitación lo monopoliza, tanto que a veces sufre y se sacrifica con tal de lograr imitar alguna práctica que admira. Por ejemplo, el menor supone que el hábito de fumar pertenece al hombre adulto, al que sinceramente admira. Pues bien. No obstante el malestar que le produce la acción del tabaco sobre su débil organismo, el niño fuma y, por último, adquiere el mal hábito del cigarro. Todo, tan solo, por su fuerte espíritu de imitación.

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

Teniendo esto en cuenta, es lógico afirmar que el buen o mal ambiente familiar da al niño—en gran manera—su modo de ser presente y futuro. Muchos niños que pueblan los establecimientos de tutela de menores en "estado de peligro", han llegado al rompimiento de las sanas normas sociales o legales, impulsados por el mal ambiente familiar en el que les ha tocado desarrollarse.

El ambiente familiar tiene principal importancia en las futuras actividades del niño. El juez **Kavanagh,** de Chicago, en su importante obra "The criminal and his allies", dice lo siguiente: "En una reciente revisión de higiene mental que se hizo a 300 supuestos delincuentes infantiles en San Luis, se encontró que las familias del 76% de ellos encerraban factores perjudiciales al desarrollo moral y físico sano del niño". "En la Escuela de San Carlos se descubrió que entre 838 muchachos había solamente 266 cuyos padres vivían juntos". Creemos que sería inútil comentar las cifras, por demás elocuentes que nos da **Kavanagh** en su ya citado libro.

Es innegable que el ambiente familiar da al niño, de manera preponderante, siempre que no intervengan factores de carácter hereditario, su modo de ser presente y futuro, puesto que interviene considerablemente en la plasmación de su personalidad. De acuerdo con el medio familiar se desarrollará el carácter del menor. Si es inapropiado, hará del menor un ser peligroso, el que, tarde o temprano, constituirá una pesada carga para la Sociedad. Al contrario, si el ambiente reune condiciones convenientes y los padres poseen cualidades tales que les permitan educar a sus hijos dentro de una orientación inteligente, el menor llegará a ser un hombre útil, de quien solo es dable esperar acciones nobles y plausibles.

Siendo el mal ambiente familiar uno de los factores que inoculan peligrosidad al menor no tarado hereditariamente, es lógico que el Estado debe preocuparse, de manera especial, en corregir sus causas.

Los factores que determinan el ambiente familiar inapropiado para el menor solo pueden corregirse con la persuación.— De ahí que toda acción de esta naturaleza que realiza el Estado, tiene que llevarse a cabo por el Servicio Social.

En muchos casos la sola persuación es suficiente para transformar la actitud inconveniente de algunos padres. En otros la palabra inteligente y comprensiva de algún miembro del Servicio Social influye para cambiar el mal ambiente familiar.— Entre nosotros el juez interino de menores de Lima **Fernando Quevedo** llevó a cabo su gestión tutelar con el criterio del Servicio Social, que se preocupa de ralizar obra constructiva y no meramente paliativa. Sus consejos fueron oídos y seguidos casi siempre por los padres.

Cuando el ambiente familiar subsiste apesar de todo, entonces no es posible mantener al niño junto a sus familiares; se le lleva a un Establecimiento destinado a la tutela de menores, en donde encontrará el hogar que le falta por diversas contingencias. La separación del menor de su hogar es recomendable solamente en este caso.

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

FACTORES ETIOLOGICOS QUE DETERMINAN LA PELIGROSIDAD DEL MENOR

El mal ambiente familiar es uno de los factores que inocula peligrosidad al menor. Pero es tan solo una de las tantas causas que conducen al menor a violar las normas morales o legales de la Sociedad. Existen muchas otras que las indicaremos a continuacion.

Desde hace años, muchos son los que se han preocupado de estudiar los factores etiológicos que condicionan el "estado peligroso" en los niños. Pedagogos, médicos, juristas, filósofos, moralistas, etc., han tratado de encontrar las causas de este serio problema.

El alma humana es compleja; la del niño además de compleja es inaccesible. Para poderla estudiar con éxito habría necesidad de usar de la introspección, la que solo podría realizar un menor, quien, por razones que son dables imaginar, es incapaz de llegar a resultados satisfactorios. Solo podemos estudiarla desde fuera, adivinando, puede decirse su interior, doblemente oscurecido. De allí que será difícil llegar a comprender y estudiar el alma del niño, y mucho más si se trata de niños anormales, como son casi todos los menores en "estado de peligro".

Rousseau ha dicho que "el niño es bueno y la sociedad es la que lo pervierte". Esta tesis, sugestiva y brillante, no penetra en la averiguacion de las causas del niño en "estado de peligro".

Lombroso pensando que el criminal es un individuo que quedó al estado salvaje y sosteniendo que el niño es un pequeño incivilizado, llegó a generalizaciones que hoy no se aceptan.

Para **Freud** la personalidad del niño se forma recibiendo las influencias instintivas, entre las que predomina de manera principalísima el instinto sexual. Estas tendencias actúan desde el nacimiento con mayor o menor actividad y al encontrar resistencia a su satisfacción, producen en el organismo humano perturbaciones, que traen consigo desequilibrio nervioso. El niño que llega a este estado puede ir hasta la violación de las normas legales o morales de la Sociedad.

Según **Freud** el niño nace bueno y se pervierte al no poder dar satisfacción apropiada a sus tendencias instintivas, y, escialmente, a su tendencia sexual. La perversión nace del desequilibrio, producido por la insatisfacción de tendencias instintivas.

Leonard Darwin sostiene que tres son los factores que influyen en el hombre para romper las normas legales: A). — Medio ambiente nocivo; B).— Tentación, consecuencia del anterior; y C).—Malas cualidades naturales, generalmente de origen hereditario.

Nerio Rojas afirma que dos son las causas de la delincuencia de los menores: **causas sociales** y **causas individuales** o **patológicas.**

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

Collin encuentra que las diversas causas de la delincuencia infantil generan el **tipo social** y el **tipo patológico.** El primero es el niño que rompe las normas legales, sin poseer taras o factores patológicos, impulsado solo por el ambiente social que lo circunda. El segundo es el menor que, por el contrario, llega al mismo fin, pero impulsado por factores personales, orgánicos, patológicos, o sea, por enfermedad, sin que intervengan factores de carácter ambiental.

Todos los factores que pueden contribuir a colocar al niño en "estado de peligro" pueden reducirse a dos: A).—Constitución anormal del niño, producto de causas ancestrales; y B).—Ambiente familiar adverso. Estos dos factores, unidos, son los que se complementan en esta ingrata tarea.

LA CONSTITUCION ANORMAL DEL NIÑO COMO FACTOR PRINCIPAL DE SU PELIGROSIDAD

Existe una fuerte tendencia que afirma que la peligrosidad infantil se debe a su anormal constitución orgánica. Los factores constitucionales son incuestionablemente elementos que influyen en el carácter y conducta del niño.

La anormalidad psíquica es factor de suma importancia en la producción de los actos antisociales de los niños. **Collin** da un 70% de anormales; **Colombier** 68% de anormales: en la Escuela de observación de Moll, en Bélgica, se ha encontrado 25,5%; **Ordall** da 45%; **Arenaza** señala 49%, con la aclaración que "dentro del conjunto de menores anormales y no anormales hay un 70% de menores que provienen de familias taradas".

Ahora bien. Esta anormalidad puede ser de carácter hereditario o adquirido. La anormalidad adquirida puede serla en la vida intrauterina o en la extrauterina.

PELIGROSIDAD HEREDITARIA

¿Se hereda la peligrosidad? Esta pregunta es necesario contestarla previamente antes de entrar de lleno en la materia, puesto que sino existiera la herencia de la peligrosidad sería inútil abarcar este tema.

No faltan personas que niegan el atavismo criminal y que afirman que el ambiente que rodea al individuo es el único factor de la delincuencia en general.

Son múltiples los trabajos realizados por los hombres de ciencia, que permiten afirmar la existencia real y verdadera de la herencia de la predisposición delictiva. Especialmente en los últimos tiempos estos estudios han llegado a conclusiones incontrovertibles.

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

Leornard Darwin, conocido mundialmente como uno de los defensores más honrados de la Eugenesia, afirma que "el hijo de un criminal es diez veces más apto para serlo que un hijo de un hombre honrado, no siendo posbile negar el origen hereditario (trasmitido de los padres a sus descendientes) de determinadas características naturales que dan a un individuo la predisposición a ser criminal".

Por su parte el doctor **Goring,** médico de la prisión de Parkhust (Estados Unidos de Norte América) y continuador de las investigaciones de **Griffiths** en ese mismo establecimiento penal, llega a interesantísimas conclusiones después de investigar la influencia que tiene la herencia en la trasmisión de las tendencias delictivas.

Basado en las investigaciones por él realizadas, de 1.428 familias de criminales, llega a la conclusión que la tendencia delictiva o predisposición para el delito se hereda en proporción igual a la tuberculosis y que el 68% de los delincuentes tienen parientes criminales, número que varía según los actos delictuosos que se realizan. En los incendiarios, por ejemplo, la herencia criminal es de 39%. En los violentos sexuales alcanza a un 46%. Además, sigue afirmando **Goring,** existe una frecuente tendencia a la herencia de la predisposición delictiva en los primogénitos y en los segundogénitos.

El crimen es más imputable al déficit mental del sujeto, que al medio social o económico adverso o a las circunstancias que rodearon al acto delictuoso, concluye afirmando **Goring.**

Los estudios de **Goring** han sido ampliamente comprobados posteriormente por la doctora **Bryan Donkin,** directora de una importante prisión norteamericana. Se puede afirmar, entonces, de acuerdo con estos estudios, que una gran parte de los delincuentes son anormales psíquicos, anormalidad que se debe, en el mayor número de casos, a factores hereditarios.

Al estudiar el probema de la vida infantil antisocial es necesario la investigación de todos los factores hereditarios, por ser ellos, justamente, los que mayormente influyen en la producción de los actos antisociales de los niños. A este respecto dice **Nerio Rojas:"** Interesa la investigación de todas las formas de la herencia y por consiguiente, saber despistar los datos de familia, de padre y madre, los datos de afecciones y de intoxicaciones y entre ellas, principalmente dos: la sífilis y el alcohol. Ahora bien, al lado de eso, hay que buscar los antecedentes nerviosos psicopáticos, de la familia por vía materna y paterna y a este propósito mi experiencia médica me dice que no es asunto fácil. Yo no sé porqué hay prejuicios todavía que pesan en forma de pudor en algunas familias que desean ocultar el dato de que el padre estuvo loco o de que la madre era una desequilibrada. . . . . "

Collin pretende buscar una relación precisa entre ciertos antecedentes de los progenitores y ciertas anormalidades de los hijos. Considera que el alcoholismo paterno da en los hijos trastornos

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

del carácter, siendo los niños de un carácter impetuoso, irritable y, en general, de tendencia nerviosa. La tuberculosis paterna da a los hijos anormalidades nerviosas diversas y especialmente hiperemotividad e histeria. La sífilis paterna produce en los descendientes deformaciones graves de algunos órganos o de todo el cuerpo, lo que conduce a afirmar que los trastornos nerviosos son comunes en estos casos. Igualmente sostiene **Collin** que de padres perversos constitucionalmente vienen descendientes con características homólogas.

El alcohol produce siempre perturbaciones diversas que alcanzan a los hijos. Además de producir sus efectos sobre el organismo de quien lo bebe, produce serios resultados en la descendencia del alcohólico. Las células sexuales sufren la acción nociva del tóxico, determinando la "Blastoftoria" de **Forel,** es decir, la enfermedad de la célula germinativa. Alteradas éstas, son incapaces de producir un ser normal.

El alcohol, actuando sobre las células reproductoras, puede producir, entre otros trastornos y efectos orgánicos, los siguientes: disminución de la fecundidad, esterilidad, y nacimiento de anormales.

En los Estados Unidos de Norte América se ha examinado el árbol genealógico de un gran número de familias de alcohólicos, comprobándose que la descendencia es tarada, con manifiesta tendencia a la criminalidad. En cambio las familias de los abstinentes presentan en la descendencia los atributos de una alta intelectualidad y honorabilidad, entre los cuales es dable contar un gran número de personas eminentes, verdaderos benefactores de la Humanidad.

La herencia, no cabe duda, es uno de los factores más importantes del "estado peligroso" del niño. De padres anormales o delincuentes es casi seguro que salgan hijos con tendencias a cometer actos antisociales. El niño nacido de tales padres demostrará desde pequeño su tendencia a la delincuencia, que el medio se encargará de aumentar o de disminuir.

NOTICIAS

EL CENTENARIO DE LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE LIMA.— El 12 de junio hizo un siglo de la creación de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, a mérito del Decreto expedido el año 1834 por el Presidente provisional de la República, General Dn. Luis José Orbegozo.

Dicho Decreto fué el siguiente:

El ciudadano Luis José Orbegozo, General de División de los

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

ejércitos nacionales, benemérito a la Patria en grado heróico y eminente, condecorado con la medalla de la ocupación del Callao, Presidente provisional de la República, etc.

Considerando:

I. Que los distintos arreglos hechos en la Beneficencia no han producido los efectos que se propuso el Ejecutivo al dictarlos;

II. Que el triste estado en que se hallan estos establecimientos y su falta de arreglo, solo, pueden remediarse encargándolos a personas caritativas, que cuiden de los hospitales y demás casas de misericordia.

Decreta:

Art. 1o. Se establece en esta capital una Sociedad de Beneficencia, compuesta de cuarenta individuos, que se designarán por nombramiento separado.

Art. 2o. La Sociedad elegirá un Director, tantos mayordomos cuantos hospitales existan abiertos, y cuatro diputados por cada uno.

Art. 3o. Los mayordomos se encargarán de las rentas de su hospital y de las que se le señalen conforme al artículo 7. Al efecto se le pasará al respectivo margesí.

Art. 4o. Los diputados son los fiscales de cada hospital, y los que deben dar las papeletas de consumo, admisión, despedida, etc.

Art 5o. El Director elegirá a uno de los socios para que sirva de Secretario.

Art. 6o. La Sociedad propondrá al Gobierno un reglamento, bajo las bases siguientes:

1. Cada mayordomo de hospital, correrá con las rentas primitivas de esta casa y hará los gastos que ella demande.

2. Los mayordomos no podrán hacer gasto alguno extraordinario sin el acuerdo de la sociedad.

3. No podrán hacer gasto ordinario sin la papeleta del diputado de semana.

4. Los diputados se turnarán por semanas, y asistirán diariamente a las horas que designe el reglamento para inspeccionar el número de enfermos, dar papeletas de admisión y despedida, ver las camas y medicinas y velar sobre la conducta de los subalternos.

5. Los diputados, con arreglo al número de enfermos, darán papeletas de todo lo que se consuma diariamente, las cuales servirán para que el mayordomo se descargue en sus cuentas.

6. Los mayordomos podrán también cuidar lo mismo que los diputados de todo lo expresado en el inc. 4, y si hallasen que se libra de más, hacer las rebajas que crean convenientes, manifestándolo al diputado para que rectifique su papeleta. En este caso lo hará presente a la Sociedad.

Art. 7 Las rentas de los hospitales que ahora están cerrados, se distribuirán por la Sociedad entre los abiertos, llevándose cuenta separada de ellos.

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

Art. 8. La Sociedad procurará abrir los hospitales que están cerrados ahora. En este caso elegirá para cada uno de los nuevamente abiertos, un mayordomo y cuatro diputados.

Art. 9. La Sociedad presentará al Gobierno las reformas que le parezcan convenientes en todo ramo.

Art. 10. La Sociedad hará imprimir mensualmente estados de entradas y salidas.

Art. 11. Los mayordomos darán anualmente sus cuentas a la Sociedad, quien las pasará a una comisión compuesta de cuatro socios que no sean diputados.

Art. 12 La comisión expedirá su informe, y con él aprobará la Sociedad las cuentas producidas.

Art. 13. La Casa de Maternidad, Amparadas, etc., quedan agregadas a la Beneficencia, y la Sociedad dispondrá el modo de administrarlas.

Art. 14. Instalada que sea la Sociedad, se hará cargo de los hospitales, y el encargado de la Beneficencia le pasará bajo un formal inventario las existencias, libros, enseres, etc.

El Ministro de Estado en el departamento de Gobierno, queda encargado de la ejecución de este decreto, y de mandarlo imprimir, publicar y circular.

Dado en la casa del Supremo Gobierno, en Lima, a 12 de junio de 1834.—**Luis José Orbegozo.**— P. O. de S. E..—**Matías León.**

Vencido el siglo de fundación de la Beneficencia Pública de Lima, es posible decir con toda sinceridad lo que ha hecho.

Ideas piadosas han llevado al seno de la Institución ilustres varones y muchos otros han propiciado la verdadera caridad, pero la técnica, por lo general, ha sido rechazada como consecuencia de su composición heterogenea y de que casi siempre los médicos, que son los que pueden conocer las cuestiones de Asistencia, han integrado la Institución en número reducido. Por eso la voz de la Ciencia no se ha dejado escuchar en la Beneficencia de Lima, como en ninguna otra de la República.

Justo es advertir que el Gobierno no ha tenido tampoco los organismos técnicos que la orientasen y controlara, pues, cuando la Ley dispuso que la Dirección de Salubridad Pública fuese el conducto regular de las Beneficencias, esgrimiéndose razones de fuero, tradición y conveniencia se logró por otra Ley que persistiese el anacrónico régimen que la Beneficencia Pública dependa del Ministerio de Justicia.

Por esta falta de técnica se explica que al vencerse el primer siglo de vida y que como consecuencia de la crisis general, la Beneficencia Pública de Lima se encuentre en gran penuria económica, con sus servicios exhaustos de recursos y pobres de elementos asistenciales.

Hay que formular votos porque en el futuro puedan imponerse las ideas técnicas y que las Beneficencias, que son Caridad, las

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

reemplace el Servicio Social, que al atender al desvalido enfermo, lo hace pensando en la previsión y procurando reevaluarlo para que se vaste en el porvenir.

Tal el pensamiento del gremio médico peruano que desde hace tiempo expresa su disconformidad con los métodos asistenciales que se siguen en el Perú.

En la sesión solemne con que se celebró el primer siglo de vida de la Beneficencia Pública de Lima y en la que no tomó parte ningún médico—siendo las funciones asistenciales netamente técnicas—pronunciaron "discursos" el Director de la Institución, dos miembros de la misma y el Ministro de Justicia.

En el discurso de orden figura este dato que el orador tomó de Fuentes: "cuando la pobación de Lima se acercaba a los cien mil habitantes, nos hace saber que los hospitales de San Andrés, Santa Ana y San Bartolomé disponían de 1,000 camas".

Hoy que Lima tiene cerca de cuatrocientos mil habitantes, cuántas camas hospitalarias debería tener?

Cualquiera sin ser técnico, respondería que **cuatro** veces más, pero la realidad es otra.

En relación con el centenario de la Beneficencia Pública de Lima, la Academia Nacional de Medicina, emitió el siguiente voto al que hay que conceder todo el valor que posee.

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA AL CUMPLIRSE EL PRIMER CENTENARIO DEL DECRETO DE 12 DE JUNIO DE 1834 QUE DIO EXISTENCIA OFICIAL A LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE LIMA COMO ORGANISMO DELEGADO DEL ESTADO PARA ATENDER A LOS ENFERMOS, A LOS NIÑOS, A LOS ANCIANOS Y A LOS INVALIDOS, TRIBUTA UN VOTO DE RECONOCIMIENTO A LA MEMORIA DE TODOS AQUELLOS MEDICOS QUE PRESTARON A LOS DESVALIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS SUS SERVICIOS COMPETENTES, GENEROSOS Y ABNEGADOS DURANTE EL SIGLO TRASCURRIDO.

Y DECLARA CON MOTIVO DE TAN SEÑALADA EFEMERIDES QUE ESTA LABOR COTIDIANA, DESINTERESADA, A LA QUE AUREOLA LA GRATITUD DE LOS HUMILDES Y LA SATISFACCION PROFESIONAL DEL BIEN PRODIGADO, ES LA BASE SOBRE LA QUE HA REPOSADO Y REPOSA TODAVIA EN EL PERÚ LA ASISTENCIA SOCIAL EN TODAS SUS MODALIDADES CONCRETAS.

SE PROHIBE LA VENTA DE MUESTRAS DE MEDICINAS.— Publicamos el Decreto que establece prohibición de vender muestras de medicinas en las Farmacias. La medida es acertada y ojalá que suprima esta corruptela en la que incurrían algunos médicos y muchos comerciantes.

Vistos: la solicitud que precede, relativa a la venta por las farmacias de muestras médicas que los fabricantes o importadores

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

de éstas, reparten como propaganda en el gremio médico y para su ensayo en la prevención o curación de las enfermedades; y el informe de la Comisión Inspectora de Farmacia. Que la importación de las referidas muestras se efectúa con reducción en las respectivas tasas arancelarias, a fin de que los fabricantes o importadores no sufran gran menoscabo en sus intereses, al distribuir gratuitamente las muestras de sus productos para el objeto antes expresado y sólo para él:

Que en diversas oportunidades el Gobierno ha concedido las mayores facilidades para la introducción de las mencionadas muestras, liberándolas de los derechos respectivos;

Que no es aceptable que los establecimientos que comercian en medicinas, vendan las muestars aludidas, sin escrúpulo alguno, ocasionando una competencia desleal en el negocio del aprovicionamiento de las sustancias medicinales, negocio que por su propia naturaleza no puede eludir el contralor gubernativo;

Con la opinión favorable de la Dirección de Salubridad Pública; **Se resuelve:** Prohibir la venta de "muestras gratis" de medicinas que sus fabricantes o importadores reparten entre los profesionales médicos, para su ensayo en la prevención o curación de las enfermedades.

Los establecimientos de venta de productos medicinales que infringieren esta disposición, serán pasibles de clausura temporal o definitiva, a juicio de la Dirección de Salubridad Pública, la que oirá previamente a la Sección de Farmacia de la expresada Dirección.

Regístrese, comuníquese y publíquese.— Boza.

La libertad de experimentación del clínico en clientela es, a menudo, muy reducida. Debe limitarse a recurrir a algunos métodos de laboratorio, de ejecución relativamente sencilla y rápida, pero que ofrecen, sin embargo, reales garantías.

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

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima-Perú

LA FRENICECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

(Continúa)

Por el Dr. **O. HERCELLES GARCIA**

Las anastomosis del frénico deben conocerse bien por que se deben destruir tanto como sea posible, a lo menos en los 10 primeros centímetros del trayecto del nervio, para poder obtener asi la máxima parálisis del diafragma. Entre las anastomosis estudiaremos primero las existentes con el gran simpático, el nervio subclavio y el gran hipogloso, que son las más corrientes; luego veremos las que tiene con el neumogástrico, el espinal, y la de los frénicos entre si a nivel del diafragma, que son menos frecuentes, y por último recogeremos los datos sobre las anastomosis raras; debiendo apuntar también algunas anomalías vistas por nosotros y otras recogidas de los trabajos prácticos del Anfiteatro Anatómico de Lima.

Con el gran simpático, las anastomsis que se producen pueden ser a nivel del ganglio cervical superior, medio o inferior, siendo las más frecuentes las que se realizan a nivel de este último, y las más importantes de retener, pues no hay que preocuparse mayormente de los ramos simpáticos que puedan juntarse al frénico por encima de su punto de sección. **Hirschfeld** y **Luschka,** señalan ramos anastomósicos altos que van del frénico a la cadena simpática, entre el ganglio cervical superior y medio. **Sappey, Curnow, Cunninmoyen, Bichat,** describen una anastomosis con el ganglio cervical superior, negándola **Cruvellier.** Estudiaremos ahora de manera detallada la anastomosis existente entre el ganglio cervical inferior y el frénico que está dada por una rama de volumen variable que pasa, por lo general, por delante de la arteria subclavia y a la derecha como a la izquierda se encaja entre ellas y la cúpula pleural, afuera del asa de Vieusans, y del recurrente a la derecha, hacia afuera del asa de Vieusans, simplemente a la izquierda; la rama anastomótica cruza lo más a menudo la cara posterior de la mamaria interna. Citaremos también las anastomosis existentes con el simpático a nivel del plexo supra-pleural, descrito por **Willy** y **Félix,** que está él constituído por la unión de numerosos filetes nerviosos con mielina, salidos de las cuatro últimas raices cervicales y de la primera dorsal, con ramos amielínicos salidos de los ganglios cervical medio e inferior, asi como del primer ganglio dorsal, y que se distribuyen en la cúpula pleural, por último el estudio de la rama

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

anastomótica existente entre el frénico y el simpático a nivel del diafragma, que serán estudiados al hacer la revisión de su inervación.

Con el nervio subclavio, esta anastomosis que es muy frecuente, se debe destruir siempre, para no correr el riesgo de fallar en el resultado operatorio. Indicaremos algunas estadísticas de su frecuencia, **Norlet** 18 sobre 20 casos;**Dumarest,** en más de la mitad de operados; **Walther Félix,** 25 sobre 100 casos; **Ruhemant,** cinco sobre 17 casos; **Jano,** doce sobre 22 casos. La rama anastomótica aborda al frénico en puntos variables. En un primer tipo, que no es el más frecuente la anastomosis casi trasversal o ligeramente oblicua hacia abajo y adentro reposa sobre el escaleno anterior y alcanza el frénico en la base del cuello.En un segundo tipo más frecuente, la anastomosis pasa por delante de la vena subclavia, después delante de la arteria mamaria interna, raramente detrás de esta última, deslizándose luego entre la cúpula pleural y el tronco venoso braquio-cefálico, para unirse al frénico en un ángulo muy agudo, en el tórax.**Jano** dice que se puede considerar el punto de la unión al frénico a una distancia de 6 a 12 cm., del origen de éste. Señalaremos también el hecho de que la anastomosis intratoráxica puede dar una colateral, para unirse al frénico al nivel del cuello. **Freming,** señala la posibilidad de una noble anastomosis, una cervical y otra intra-toráxica.

Con el nervio hipogloso, esta anastomosis es llamada de Valentín y está representada por una rama que va desde el asa del hipogloso al frénico; siendo su frecuencia de una vez sobre siete para algunos, y negada por otros. Según **Bock** y **Luschka,** esta rama no es otra cosa, que una raiz secundaria, salida de la C3, que en lugar de unirse directamente al frénico toma la vía de la rama descendent interna, después del asa del hipogloso.

La anastomosis con el neumogástrico es muy rara en el hombre y constante en algunos animales, sirve para explicar quizás ciertas alteraciones del vago después de frenicectomía. **Blandini,** ha sido el que ha descrito una anastomosis del frénico con la rama externa del espinal.

Estudiando ahora las anastomosis de los frénicos entre si a nivel del diafragma, veremos que se citan un cierto número de ellas; asi para **Bourgery** y **Hirschfeld,** el uno se une con el otro por delante del pericardio y en el espesor del diafragma; unión ésta no admitida por **Goetze.** Para otros las ramas terminales del frénico derecho dan sobre la cara anterior de los pilares algunos filetes, que van hacia la línea media, pudiéndose en el espesor del músculo anastomosarse con filetes semejantes del frénico izquierdo.

Vamos, ahora a recoger, las citaciones que hacen algunos autores de anastomosis raras que han encontrado: la anastomosis con el plexo cardíaco y esofágico, no aceptada por muchos; la anastomosis con los nervios intercostales; y por último las citadas por **Troitzky** dadas por filetes anastomóticos que se entrecruzan al nivel del trono tirocervical y con el nervio supra-escapular.

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

Para terminar con este estudio de las anastomosis, hagamos notar que dentro de las múltiples disecciones que hemos practicado en el Anfiteatro Anatómico, bajo la dirección de **Eulogio Colichón,** hemos encontrado en una disección cadavérica, una anastomosis entre el nervio frénico y el plexo braquial que se extendía desde la quinta rama cervical hasta cerca del punto de llegada del nervio al diafragma. Esta anastomosis que no se desliza por el campo operatorio podría ser considerada como un frénico accesorio. (Fig. 1).



Fig. 1

En esta lámina se aprecia una rama anastomótica, que partiendo de la quinta cervical sigue un trayecto independiente, para unirse al frénico por debajo del hilio pulmonar, cerca del punto de llegada de éste al diafragma. Esta rama anastomótica, que se puede considerar como un frénico accesorio, al seguir su trayecto escalénico lo hace por fuera y por debajo de la zona operatoria.

Ocupémonos de la distribución:

En su trayecto el nervio frénico, da ramas colaterales y terminales; entre las primeras tenemos, los filetes que se unen al plexo cardíaco, al esófago y al pericardio, que han sido citados por **Félix, Ruheman, Sappey,** y que no son aceptadas por otros; **Henke** señala un ramo para el escaleno anterior. **Luschka,** ha señalado ra-

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

mos para la pleura costal, mediastínica y diafragmática, no siendo aceptadas las que van a la pleura costal y mediastínica, por **Willy Félix,** sosteniendo que el frénico inerva solo la parte central de la pleura diafragmática.

Estudiando ahora las ramas terminales que el nervio da al nivel del diafragma, vemos: 1) que el frénico derecho después de haber emitido algunos filetes a la porción toráxica de la vena cava inferior, da dos ramas terminales, una que atravesando el diafragma aparece en la parte inferior del músculo y penetra en la lengueta carnosa de la cara abdominal; y la otra conocida como la rama abdominal, más gruesa y que aparece por la cara anterior del pilar, para dar ramos a la cápsula suprarrenal derecha a la arteria diafragmática superior, al peritoneo y terminar anastomosándose con ramas del plexo solar, para constituir el plexo diafragmático inferior, en el que se encuentran con bastante frecuencia voluminosos ganglios descritos por **Cloquet,** con el nombre de ganglios diafragmáticos de **Luschka;** 2) en lo que al frénico izquierdo se refiere, sus disposiciones son comparables: salvo en lo que a las ramas para la suprarrenal, en que aparece que este nervio no las da.

Estudiaremos ahora las anomalías:

Independientemente de las variedades de origen, como de la frecuencia del nervio frénico accesorio, vamos a exponer ahora algunas anomalías que pueden presentarse, y que son de suma utilidad para el cirujano.

El nervio frénico en lugar de estar en la cara anterior del escaleno anterior, está incluído en las fibras musculares de este músculo; otras veces, perfora el borde interno del escaleno anterior; pasa en otras por delante de la vena subclavia, pareciendo atravezar esta vena o estar incluído en su pared, no estando separado de la sangre circulante sino por el delgado endotelio vascular; **Hernani Montero** en un artículo que publica en 1928, en los Anales de Anatomía de París, considera esta última anomalía como no existente, diciendo que ella es, en lo que a la perforación de la vena subclavia se refiere, producida por el parafrénico; presentando un caso en que un frénico al recibir a su accesorio a nivel de la primera costilla, había atravezado antes la vena subclavia: esta disposición que es muy rara, es también citada por **Kenji** y **Jano,** que no la han visto sino en dos veces sobre 136 parafrénicos encontrados en 200 frénicos observados. Algunas veces el nervio frénico está muy disminuído de volumen; otras veces hay de un lado o de los dos, doble o triple nervio frénico, como lo afirma haber encontrado **Curti** y **A. Perrera;** hay también quienes afirman casos de ausencia absoluta del nervio frénico de un lado, pero esta anomalía es practicamente despreciable.

Indiquemos ahora nosotros que la revisión que hemos practicado de los cuadernos de disección de los cuatro últimos años de los alumnos de Anatomía, hemos encontrado en el del estudiante **Ginés** una lámina con el visto bueno del Jefe de Trabajos Prácti-

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

cos, Dr. **Eulogio Colichón,** en la que se ve una rama anastomótica del nervio frénico atravezar la clavícula; considerando esta anomalía excepcional, presentamos una copia de la lámina. (F g. 2).

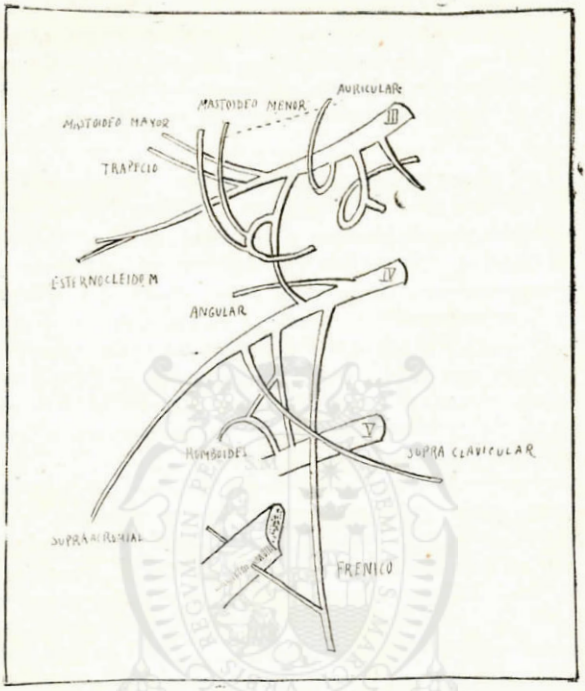


Fig. 2
Diseño en que se ve una rama anastomótica del frénico que cruza antes de llegar a él, a la clavícula derecha en todo su espesor.

Debemos, al concluir este punto de las anomalías raras, manifestar, que deben estar siempre presentes en el espíritu del Cirujano, para poder saber actuar debidamente al encontrarse frente a ellas, sin tener que ir al abandono del acto operatorio, ante las dificultades que pueda ofrecer.

Llegando ya al final de este estudio de las bases anatómicas, en que no nos falta sino hacer la exposición de conjunto sobre la inervación del diafragma, vamos a incluir sin embargo antes, las conclusiones sobre las alteraciones histopatológicas del nevio frénico, en la tuberculosis pulmonar, a que ha llegado **S. Bravo,** del Instituto de Patología Médica de **Gregorio Marañón.**

Estudiados por él, 20 frénicos, obtenidos por excéresis en casos de tuberculosis pulmonar, en los que ha segido las coloraciones **de Río Hortega,** para los cortes histológicos; ha hecho que publique un trabajo en que se apuntan los siguientes resultados: en 17 de los nervios de los 20 examinados, hubo lesiones anatomo-patológicas consistentes en un engrosamiento del perineuro, una fibrosis más o

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

menos acentuada, con vasos muy dilatados, leucocitos extravasados, células conjuntivas jóvenes y macráfagos más o menos abundantes, con aumento del neurilema; la mielina está en muchos casos como lacada, estando aumentado el tejido conjuntivo intra-neural. Los cilindros ejes están más o menos rotos, adoptando formas en tira-buzón, apretonados en otros casos. Sostiene luego que estas lesiones del frénico son más manifiestas, en el punto de relación con la mayor intensidad de la lesión pulmonar y que tienen mayor acentuación en las formas fibrocaseosas, úlcero-fibrosas y cavitarias extensas.

De estas observaciones histológicas de las alteraciones del frénico, producidas por las lesiones tuberculosas, sobre los cilindros ejes, nos hace pensar el porqué en las elongaciones del nervio, practicadas con todas las reglas, no siempre se obtienen las mismas extensiones de nervio, rompiéndose a distancias variables que osciltan entre 10 y 33 cm.; interpretables ahora según estos estudios, porque la altura del punto de menor resistencia originado por las lesiones sobre los cilindros ejes, dependerá del lóbulo pulmonar afecto y asi el arrancamiento de un frénico en una lesión de vértice será de menor longitud a un frénico cuya lesión pulmonar se encuentre localizada en la base.

Concluyamos haciendo el estudio de conjunto de la inervación del diafragma, para poder comprender y evaluar, los diferentes elementos nerviosos que intervienen en su funcionamiento.

Los que se han ocupado de este punto, dicen en general, que la inervación del diafragma está dada por el frénico principalmente, por ramas salidas de los 11 y 12 nervios intercostales y por ramas simpáticas que van ya bién con el frénico, con las arterias intercostales o en fin que siguen un trayecto independiente.

Para **Félix,** la entera motricidad del diafragma, está dada por el frénico, y en algunas veces además por una rama del décimo segundo nervio intercostal. Según **Lannegrace,** la parte anterior del diafragma está inervada por ramos de la C3-C4 y la parte posterior por la C5.

Los nervios intercostales han sido objeto de exploraciones por **Vivar** y **Cavalier,** sobre el perro, el conejo, el cobayo, y la rata. A la excitación del frénico han conseguido contracciones amplias y completas, en cambio excitando bajo la misma forma a los intercostales han obtenido solo contracciones vermiculares y parciales del diafragma; llegando a la conclusión, de que de existir la acción de los intercostales sobre la motricidad del diafragma, ella es muy pequeña; concepto este que es apoyado por **Félix,** que no admite sino dentro de un porcentaje muy pequeño la acción del décimo segundo intercostal, diciendo que los intercostales tienen más bien una inervación sensitiva sobre la periferia del diafragma. **Cappa, Ochlecker,** y **Oppenhein,** basándose en las alteraciones clínicas admiten la participación de los intercostales en la inervación motriz del diafragma. **Charrier** y **Loubat,** en su trabajo, se preguntan si los ascensos moderados del diafragma y las parálisis

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

incompletas después de la frenicectomía, pueden imputarse a la acción motriz de los intercostales. **Giraud,** en su tesis admite la posibilidad de una acción vicariante.

Félix dice que las fibras simpáticas nacidas a nivel del cuello o salidas del esplácnico o del plexo celiaco, tienen acción sobre la sensibilidad y motricidad del diafragma. Las exploraciones de **Ken Kure, Tohey Hiramatsu y Noito, Hiramatsu y Shigeru Sakai, Kenji Takajo** y **Masso Kenishi** atribuyen el tono del diafragma a las raices cerebro-espinales y a las diferentes fibras simpáticas.

Como tenemos que comprender, el estudio del tono muscular es importantísimo, pues en la pérdida de él, se basa en gran parte la acción benéfica de la frenicectomía. La intervención de las fibras simpáticas en el tono del músculo es indispensable; más los trabajos de **Ken Kure** nos aclaran algo; él sostiene que los nervios frénicos contribuyen en gran parte a la tonicidad del diafragma. pues ellos contienen un gran número de filetes simpáticos, recibidos en su trayecto, y que están dados principalmente por las anastomosis con el ganglio cervical inferior y con los esplénicos; quedando solamente asi algunos otros filetes simpáticos que no siguen su trayecto con el frénico, pero que son de escasa importancia al lado de los otros.

De este estudio de la inervación del diafragma, podemos concluir diciendo, que ella está dada fundamentalmente por el frénico, y que por lo tanto la excéresis hace obtener los resultados que se trata de perseguir con ella; consiguiéndose además de la parálisis la atrofia del músculo, como lo demuestran las exploraciones de **Kroh, Schlaepfer** y **Andrei,** que han visto que después de la parálisis del diafragma, se produce una atrofia que alcanza su máximo a los 5 meses, y que se acompaña de un aumento relativo de grasa en el tejido intersticial.

CATEDRA DE CRIMINOLOGIA
Profesor Dr. Carlos A. Bambarén

EL PROBLEMA DEL MENOR EN ESTADO DE PELIGRO

(Continuación)

Por el **Dr. JULIO ALTMANN SMYTHE**

PELIGROSIDAD ADQUIRIDA INTRAUTERINA

La peligrosidad del menor puede adquirirse en el vientre materno, cuando intervienen circunstancias especiales. Puede también adquirirse en el mismo momento de la procreación, es decir, en el instante de la fecundación del óvulo por el espermatozoo. No son escasos los niños que ostentan peligrosidad debida a este hecho,

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

Se ha podido observar que, por regla general, el primer hijo de un matrimonio presenta características de relativa inferioridad mental, con relación a la que presentan los demás vástagos. A veces el primogénito llega hasta presentar signos de impulsividad, de irritabilidad y hasta de fragilidad mental, que no se encuentra en los demás hijos.

Después de largos estudios el doctor **French** ha llegado a la conclusión que esto se debe a que, por regla general, el día de la boda el matrimonio es objeto de festejos varios, en los que casi nunca falta el alcohol, el que ingerido por los recién casados—aunque sea en pequeñas cantidades—produce en sus organismos trastornos de diversa índole, que repercuten en los gametos, enfermándolos. Estos gametos enfermos dan lugar a la formación de un huevo enfermo también, que producirá un ser anormal. De esta suerte nace un niño orgánicamente anormal y, a veces, peligroso, de un matrimonio que no presenta ninguna anormalidad constitucional. La herencia no interviene, como puede observarse, en lo absoluto para producir el efecto desastroso que señalamos.

Pero más frecuente es que la peligrosidad se adquiera durante la plasmación del nuevo ser, es decir, durante su desarrollo intrauterino. Formando, en esta época, madre e hijo un binomio inseparable, es lógico suponer que cualquier trastorno producido en el organismo de la madre repercuta en el del hijo. Una enfermedad, una emoción, una contusión que sufra la madre, es seguro que tendrá que repercutir en el frágil y delicado organismo del por nacer. De allí que al contemplar el problema sea del todo necesario no separar el binomio formado por la madre y el hijo, siendo frecuente observar que cualquiera intoxicación, cualquier trastorno de las glándulas endócrinas, y, en fin, cualquier desequilibrio orgánico que se produzca en la madre, puede repercutir en el menor dando lugar a una transformación física y psíquica tal, que lo convierte en un ser orgánicamente peligroso.

El alcohol que al decir de **Bianchi** es un amigo generoso de la criminalidad, tiene enorme poder de difusión; al ser ingerido, recorre todo el organismo. Cuando una mujer grávida lo ingiere, el tóxico pasa del organismo materno al fetal, como lo demostró **Nicloux** produciendo profundas alteraciones y degeneraciones en el ser que se plasma e inoculándole, puede decirse, peligrosidad, que tarde o temprano aparecerá en el niño o en el adulto.

En el Perú es frecuente el uso de la coca por parte de los indígenas. El hábito de la masticación de las hojas de la coca está profundamente arraigado entre este elemento nacional. Este vegetal posee un alcaloide de efectos bien estudiados en el organismo humano: la cocaína. Es indudable que este alcaloide —así como todos sus similares—produce trastornos diversos en el organismo de quien lo emplea, y siendo nuestro elemento aborígen tan amante de su uso, es seguro que al ser empleado por la mujer grávida, el tóxico alterará profundamente las funciones vitales del ser que se plasma en su vientre, imprimiendo, de esta suerte, en el organismo del embrión, el sello de la peligrosidad.

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

Otro factor que influye en la adquisición de peligrosidad intrauterina por parte del menor, debido a su anormal desarrollo, es el trabajo agotador que algunas mujeres en estado de preñez deben soportar. Es corriente que muchas mujeres trabajen durante 18 o más horas al día, sin descanso apropiado y alimentándose deficientemente, produciéndose en su organismo agotamiento que tiene que influir sobre el ser que se está plasmando en su vientre.

PELIGROSIDAD ADQUIRIDA EXTRAUTERINA

La peligrosidad puede adquirirse, también, en la vida extrauterina. Son innumerables las causas que pueden producir tales efectos.

Un hecho muy importante que hay que tener presente al tratar este punto, es el efecto que tiene sobre el niño la ingestión de alcohol en forma y cantidades diferentes. Es frecuente que la mayoría suponga impropiamente que el vino, la chicha, la cerveza y otras bebidas similares no contienen alcohol o si lo contienen su proporción es insignificante. Esta errónea creencia conduce generalmente a los padres a la peligrosa y pésima práctica de dar estas bebidas alcohólicas al niño. A este respecto **Nerio Rojas** dice: "En este asunto de los menores, interesa inculcar en la población la convicción de que a nadie le es más dañoso el alcohol que a los menores, cuyo cerebro en formación se impregna más fácilmente y, por consiguiente, perturba la formación de las células cerebrales más fácilmente que en los adultos. Sin embargo es común que a los niños se les dé bebidas alcohólicas, vino en la mesa, y se han visto en ellos casos de estados oníricos, es decir, perturbaciones en el sueño: terror, alucinaciones, etc., por efecto de las bebidas tomadas en la mesa".

Entre nuestro elemento aborígen el alcohol es de uso corriente. Puede decirse que no hay festividad indígena que no degenere en repugnante borrachera. Los niños indígenas se embriagan tan frecuentemente como los mayores, siendo el mismo padre quien se encarga de iniciarlos en las prácticas del vicio. **José A. Encinas,** buen conocedor de las costumbres de nuestros indios, dice: "los mismos niños indígenas se embriagan con el asentimiento de sus padres". Seguramente es en estos hábitos en donde podría encontrarse la explicación de muchas de las psicopatías que sufre.

Nadie discute que el alcohol es nocivo para el organismo humano. La acción de este tóxico es característica, tanto en lo que respecta a los daños que causa en el organismo de los propios alcohólicos, como en la descendencia de los pueblos. De allí que se afirme, con justísima razón, que el alcoholismo, más que enfermedad del cuerpo humano, es una grave dolencia que ataca al cuerpo social.

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

El alcohol transforma a los individuos. Bajo la acción nociva de este tóxico el hombre es incapaz de refrenar los bajos instintos de la animalidad que viven adormecidos en la subconciencia, desde donde acechan el momento oportuno para hacerse presentes. Desequilibrado en sus funcions vitales, el ser humano, en estado alcoholizado, se ve impulsado por el camino de la ilegalidad.

La peligrosidad de algunos menores puede ser la consecuencia de la insatisfacción de sus tendencias instintivas, poderosísimas en todos los seres. "Los hombres enferman— dice Freud— 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 refugian en la **enfermedad,** para hallar con su ayuda una satisfacción sustitutiva de lo que les ha sido negado". Un inmenso número de trastornos neurósicos tienen su origen en el deseo sexual reprimido o en algún motivo relacionado intimamente con el acto genésico.

La psiconurosis de angustia tiene, en la mayoría de los casos, un orígen 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 conocer ahora cual 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 ruidos que me excitaban mucho. Poco después comenzaron a darme los ataques!".

Otra de las causas, bastante común, que puede dar al ser determinada peligrosidad, debido a la especial constitución orgánica que suele proporcionar al hombre que los emplee, es el uso de los estupefacientes.

Waldemar E. Coutts, refiriéndose a este respecto, dice: "Todos los venenos de la inteligncia son la causa de una serie de actos reprochables para la vida pública y privada de los individuos, debido a que, por debilitamiento progresivo de la voluntad consciente, liberan al subconciente".

El cerebro en formación del menor se impregna más fácilmente que el del adulto con el tóxico, lo que perturba gravemente tanto su evolución normal como su funcionamiento correcto.

Es frecuente en nuestro medio que individuos de raza indígena y aún mestizos y blancos—adultos y menores— presenten el hábito de masticar las hojas de la coca, que aunque no en gran cantidad, contienen el alcaloide llamado cocaina. Difícilmente dejan esta costumbre que tanto daño les causa. Conocidos sus efectos, no es ilógico pensar que los menores que presentan tan pésimo hábito adquieran, con el tiempo, una constitución orgánica patológica, que puede ser la causa de tendencias delictivas de diversa índole.

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

Por datos obtenidos de personas que conocen bien las costumbres de nuestro elemento aborígenn nos hemos podido imponer que en la sierra es corriente que el niño desde los 14 o 15 años ya principia a masticar las hojas de la coca, no siendo raros los casos de menores de 12 años de edad que ya han adquirido este hábito tan perjudicial para su salud general. Es indudable que los efectos del tóxico sobre el organismo de estos menores en pleno desarrollo serán desastrosos.

Puede ser motivo, también, para que el menor adquiera el "estado peligroso" diversas enfermedades de tipo infeccioso, como sucede con la encefalitis epidémica, según lo han comprobado **Ameghino** y **Ciampi** en la Argentina.

Las glándulas de secreción interna influyen en la constitución del individuo, actuando sobre el fisiologismo, la vida humoral, el temperamento, el carácter y su vida intelectual. **Pende** ha dicho: **"de la fórmula endocrina individual, depende la personalidad psíquica de todo sujeto".**

El anormal funcionamiento del aparato endocrínico del niño, puede hacerle adquirir peligrosidad. La importancia del tema hace que lo tratemos en capítulo aparte.

PELIGROSIDAD INFANTIL Y GLANDULAS ENDOCRINICAS

Las glándulas de secreción interna elaboran diferentes clases de productos y según la mayor o menor cantidad con que se segreguen estos productos, resulta un "tipo individual" especial, con tendencias diversas y temperamento diferente.

La morfología especial que creyó ver **Lombroso** en los criminales, quedaría explicada por un anormal funcionamiento de las glándulas de secreción interna. Los caracteres morfológicos anormales obedecen, pues, al desequilibrio funcional del sistema endocrino. A un desequilibrio funcional del sistema endocrino corresponderán caracteres morfológicos anormales. La delgadez de algunos sujetos, por ejemplo, se debe tan solo al funcionamiento excesivo de la glándula tiroides. De la semejanza especial que existe entre el tipo morfológico de algunos delincuentes con ciertos sujetos endocrinopáticos, partió **Pende** para realizar los importantes como trascendentes estudios que ha producido.

Pero las hormonas influyen no solo sobre la organización y morfología del cuerpo, sino que también, y de manera especial, sobre la vida psíquica del sujeto. **Lombroso** en 1859 dijo que la tiroides tenía influencia indirecta sobre la inteligencia.

Las sustancias que segregan las glándulas endocrinas—verdaderos "mensajero químicos" — complementarían la acción del sistema nervioso. Las acciones humanas resultarían. pues, de la correlación nerviosa del cuerpo, producida por la red del sistema nervioso, y la correlación química, producida por las hormonas.

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

El organismo humano bien podría compararse con una máquina de complicado funcionamiento, en la cual los instintos actuarían como motores; las hormonas, como fuerza motriz; la sangre y las ramificaciones nerviosas, como conductores de esta fuerza; y como maquinista, el yo conciente, subconciente o inconciente. La secreción disminuída de hormonas determinaría un estado apático-melancólico general, incapaz de reacciones violentas, pues falta la fuerza motriz necesaria para dar movimiento a esa máquina. Por el contrario, la hipersecreción determinaría un estado de exitación tal, que fácilmente puede conducir al hombre hasta el crimen.

El acto delictuoso, que resulta en gran parte de la anormal fisiología individual, es posible explicarlo por el funcionamiento anormal del sistema endocrino. Las secreciones internas producen una serie de acciones fisiológicas y psicológicas que explican, casi en su totalidad, el fenómeno delictivo. Las glándulas segregan hormonas dotadas de propiedades características, las que actúan sobre los centros nerviosos, de tal suerte que las acciones nerviosas no son autónomas, sino que resultan de la exitación producida por las sustancias segregadas por las glándulas de secreción interna. El desequilibrio de las funciones endocrinas, influye grandemente en la producción del "estado peligroso".

Las dos glándulas de secreción interna que mayor influencia tienen en la emotividad del sujeto son la tiroides, que exita la vida emotiva y acelera las reaccions motoras y psíquicas; y las suprarenales, que son las glándulas dinámicas por excelencia. **Marañón,** después de realizar experiencias diversas con sujetos normales y anormales, volviendo emocionables, por ejemplo, mediante inyecciones de tiroidina y de adrenalina, a personas normalmente impasibles, escribe en uno de sus importantes libros: "Problemas actuales de la doctrina de las secreciones internas": "Las hormonas tiroideas parecen sensibilizar el sistema nervioso vegetativo, aumentando su capacidad reaccional, que es desencadenada por la agresión brusca de la adrenalina. Podríamos, pues, considerar la secreción tiroidea como predisponente, y a la suprarenal, como determinante de la fenomenología vegetativa de la emoción".

En los casos de irregular funcionamiento de la glándula pineal se produce en el niño un anormal desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y precocidad sexual, impulsándole, a veces, a cometer actos reñidos contra el pudor o delitos de esta naturaleza.

Las glándulas genitales influyen, también, poderosamente en el estado emocional de los individuos y el carácter de los púberes,—como así mismo en el de las embarazadas.—Esto tiene su explicación en la peculiar acción de estas glándulas sobre el carácter individual. Las distintas faces del carácter, que se suceden durante la vida del sujeto, en la pubertad, en la madurez, en la vejez, etc., y las diferencias fisiológicas, intelectuales y afectivas que existen entre los dos sexos dependen, como es lógico afirmar,

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

de la fisiología de las glándulas sexuales. Una serie de trastornos.

El fucionamiento irregular de las glándulas de secreción interna, produce en el individuo adulto tendencias al delito. En el niño, que se encuentra en pleno desarrollo, los trastornos endocrinológicos tienen que ser más frecuentes, dado que existen causas múltiples de desequilibrio que están particularmente gobernadas por la edad.

Las hormonas actúan, también, como elementos de control del sistema nervioso, es decir, que el equilibrio endocrino conduce a un equilibrio de reacciones objetivas y subjetivas. Los niños tienen deficiente capacidad de control y de discernimiento moral, dado su sistema endocrino.

El hiperfuncionamiento de las glándulas de secreción interna en la primavera explica el porqué de muchas actividades criminales en esta estación. En forma idéntica se explica la mayor actividad e impulsividad de los jóvenes, de las razas meridionales y costaneras y de los individuos dedicados habitualmente a algunas profesiones.

El factor raza debe, también, tenerse presente al estudiar este punto, puesto que, por razones seguramente ancestrales, hay razas en las que es frecuente el hiperfuncionamiento de ciertas glándulas.

Puede afirmarse que la base biológica del "estado peligroso" radica en el desequilibrio endocrino. El menor, mal llamado delincuente, anormal por tara endocrinogenopática, es precipitado hasta la violación de las normas morales o legales de la sociedad, por diversos factores, físico o ambientales. La influencia del sistema endocrino glandular en la constitución del temperamento normal y en las variedades patológicas de los mismos temperamentos es incuestionable y de la cual no es dable dudar.

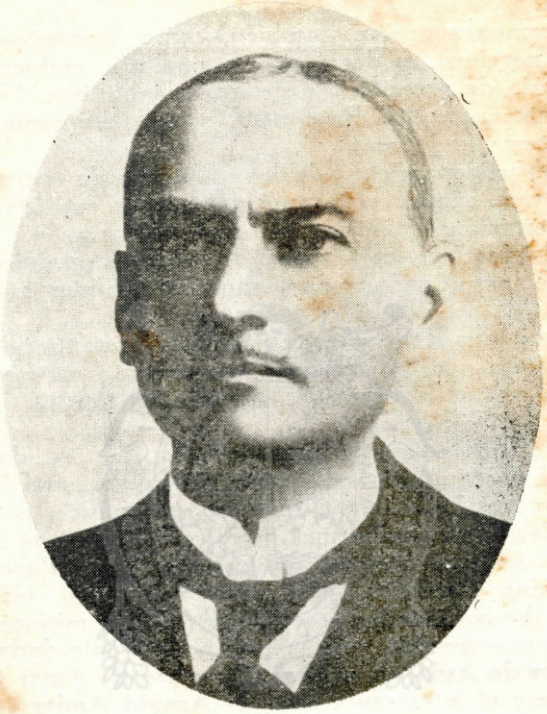
Jiménez de Asúa, en su libro "Libertad de Amar y Derecho a Morir", refiere el interesante caso de Arnold Anderson, de Brooklyn, asesino de un comerciante de Jersey City.

Anderson mostró tendencia al hurto desde los 4 años y a los 12 fué recluído en un correccional. Era este menor un tipo peligroso, en sus diversas características. Allí, el doctor Schlapp, después de examinarlo, dijo que se trataba de un endocrinopático, criado en medio honesto, sin herencias delictivas de ninguna naturaleza. Aconsejó que se le sacara del correccional y se le enviara a un sanatorio para curarlo de su "enfermedad" y pronosticó que si no se hacía así como él lo pedía, sus crímenes aumentarían, bajo el influjo de su defectuosa personalidad. Sus predicciones llegaron a cumplirse.

Sin embargo, no todos los endocrinopatas son delincuentes, ni todos los delincuentes son endocrinópatas. "Los estudios de endocrinología— dice **Jimenez de Asúa**—son de máxima importancia para las ciencias penales, pero la delincuencia tiene múltiples aspectos para asignarle un solo orígen. Los que quisieran transformar en Endocrimología toda la Criminología emprenderían una ruta simplista y unilateral".

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

NECROLOGIA



Dr. ABEL S. OLAECHEA

El 15 de Julio ha fallecido el Dr. Abel S. Olaechea, conspicuo miembro del profesionalismo médico, en el que ocupaba puesto distinguido por su vasta cultura, por su honorabilidad inmaculada y por sus dotes de caballerosidad que lo hicieron acreedor al afecto y consideración de sus contemporáneos.

Fué el Dr. Olaechea un raro ejemplo de virtud ciudadana y el exponente más encumbrado que el Perú podía ostentar en técnica asistencial.

Su clara inteligencia, condicionada como patrimonio familiar, le permitió adueñarse fácilmente de aquellos elementos de la cultura, que hacen del médico un centro de concentración de fuerzas del dinamismo social, y así como aprisionó la ciencia, supo conquistar también por su afabilidad, la amistad y simpatía de los que le trataron.

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

Su hogar fué como dijo el poeta un jardín sonriente, donde prodigaba toda la ternura de que es capaz el hombre que atezora en su corazón cualidades superiores.

Por esto su muerte significa una pérdida para la patria, vacío inllenable para la medicina nacional, dolor inmenso para sus amigos, desconsuelo infinito para los suyos.

Ensayando una biografía del entrañable amigo Olaechea, dije en ocasión memorable lo que sigue, que ahora juzgo conveniente repetir:

"Pocos hombres de valer — de los muy pocos que tiene el Perú — necesitan como Olaechea exaltación de sus méritos. Trabajador silencioso que le gusta la labor sin estridencia; investigador sereno y tranquilo, minucioso en el análisis, prolijo en el detalle, a veces tímido, otras lleno de coraje, pero siempre modesto, sin esa modestia que es patrimonio de los pícaros, Olaechea en nuestro ambiente profesional significa figura de excepcional valor".

"Olaechea delínea una personalidad coincidente con el arquetipo humano de la perfección. A inteligencia clara, se une cultura bien adquirida y suficientemente ordenada; junto con estas características alternan elementos temperamentales que lo hacen ir a la minuciosidad, al detalle, al análisis sutil, presentandolo en cierto modo como dubitativo, incierto, tardío en la resolución, pero siempre pujante en el concepto, que aparece claro, por una cerebración bien apertrechada de doctrina y suficiente para captar nítidamente la realidad".

Esto que dije en vida de mi llorado maestro y amigo, lo repito ahora porque se encuentra en el Panteón de los inmortales, porque al irse para no volver más, nos ha dejado el dulce recuerdo de sus buenas obras y la grata emoción de sus servicios al país.

Nacido el 30 de Enero de 1875, hizo sus estudios de Instrucción Secundaria en el Colegio de Dn. Agustín T. Whilar, ingresando a la Universidad el año 1891, para seguir poco después sus estudios profesionales, recibiéndose de médico el año 1901.

Sus tesis de Bachiller (1900) y de Doctor (1908) en Medicina, se intitularon, respectivamente, "Breve estudio del bériberi, en relación con algunos casos observados en Lima, en inmigrantes japoneses" y "Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis. Difusión y profilaxia de esta enfermedad en Lima". La primera ha quedado inédita; la segunda constituyó la obra que presentó a Olaechea como higienista, como técnico de Salubridad pública.

Cuando se lee tranquilamente este volúmen, he dicho alguna vez, es posible darse cuenta del esfuerzo enorme que demandó a su autor; esfuerzo realizado por la vasta cultura de Olaechea, que en su afán incesante de hacer obra completa y exhaustiva, no omitió ningún detalle de los que se conocían hasta esa época sobre Tuberculosis; es algo de lo mejor que se ha publicado entre

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

nosotros sobre la peste blanca y que todos deberían consultar obteniendo provecho de su lectura. Trabajo bien inspirado y mejor concebido presentó a Olaechea como un higienista, en el que no eran disciplinas ajenas a su saber: la epidemiología, la demografía, la profilaxia, el urbanismo, la legislación sanitaria nacional y comparada, la asistencia social, etc., etc.

Después de 1908 Olaechea viajó a Europa, visitando los principales centros de cultura del viejo mundo; a su regreso se le nombró adscrito a la Dirección de Salubridad Pública, ocupando el cargo de Director de 1913 a 1919.

Cuando se le llevó a puesto tan elevado en la administración pública, Olaechea era un técnico, un sanitario; adoctrinado debidamente trató de echar las bases sustantivas del Derecho y de la Legislación Sanitaria que necesita el Perú.

Fué así como preparó la Ley Orgánica de Sanidad, enviada al Parlamento en 1916, que desgraciadamente quedó en proyecto, por no haberla sancionado el poder legislativo; el funcionario cumplidor de los imperativos del cargo, dejó prueba irrecusable de cómo conceptuaba las funciones de la Salubridad Pública frente a la defensa del capital humano, a la protección de la salud colectiva, a la prevención de sus enfermedades y a la asistencia de los que contagia el morbo.

Fué también en la época que Olaechea ejerció la Dirección de Salubridad Pública, que se presentó al Congreso, para que la aprobase, la Ley de declaración de las enfermedades infecto-contagiosas, que nos puso a tono con las orientaciones epidemiológicas modernas. La aprobación de esa Ley, que solo era un capítulo de la orgánica de Sanidad, demadó dura batalla legislativa, pero al fin la ciencia triunfó de las dificultades que pusieron la improvisación y la impericia.

Fué igualmente Olaechea quien redactó la Ley sobre profilaxia del Paludismo y los proyectos que instituían rentas para la sanidad y organizaban la Defensa de la Infancia. Su gestión hizo que se llevase a cabo la instalación en Lima de las primeras Gotas de Leche, que se construyese el primer Dispensario antituberculoso, que se denominó "Preventorium Byron", que se diera cima al Asilo Colonia de alienados de Magdalena, cuya terminación se había abandonado y que se perfeccionase la fumigación de las naves, dictándose disposiciones acertadas para hacer más eficaz la defensa contra reimportaciones de la peste bubónica.

La fiebre amarilla trasportada al país en 1918, fué la última preocupación de Olaechea antes de terminar su actuación en la Salubridad Pública, de la que salió después de haber organizado la campaña contra enfermedad tan invasora y de solicitar la cooperación de la Fundación Rockefeller, que ya alentaba extirpar este flajelo del suelo americano.

Desde 1919 hasta 1922 Olaechea estuvo alejado de las actividades profesionales, con su alma dolorida por la incomprensión y la hostilidad de los hombres: viajó de nuevo por Europa,

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

buscando en la ciencia lenitivo para las heridas que produce la pasión. Pero como era un profesional competente se le llamó el año 1922 a nuevas labores.

En la Dirección del Hospital "Dos de Mayo" que se le encomendó, bien pronto supo revelar sus conocimientos de la técnica asistencial, convirtiéndose en el funcionario al cual había que pedir opinión cuando se trataba de resolver algún asunto de esta índole: la Beneficencia Pública de Lima encontró en él, el más efectivo colaborador y competente consejero. Su obra hasta el momento de su muerte ha estado inspirada en un esfuerzo desinteresado y generoso por modernizar nuestra medioeval asistencia al enfermo.

Al enjuiciar esta etapa de la obra de Olaechea hemos dicho en otra oportunidad, que posee arrogancia, confiriéndole nueva personalidad en el ciclo de su evolución vital. En efecto, "llegado a la madurez, más que por los años, por la continua relación con las cosas de su especialidad y alcanzada la plenitud de su adoctrinamiento, Olaechea ha cobrado un ademán que conviene presentar en forma escueta y límpida, para que se sepa sus desvelos por mejorar la asistencia social, por no descuidar los perennes intereses de la ciencia sanitaria, por no ignorar las exigencias de la defensa gremial y por dar a todo el conjunto de su obra un sello de humanismo, que lo vincula, indiscutiblemente, con las modernas corrientes sociológicas".

"Hombre cristiano, siente en su alma el desgarro que produce la miseria y la indigencia; hombre pensante, analiza y valora los imperativos de la concepciones modernas de la Sociedad; hombre generoso, no desdeña al desheredado de la fortuna, que por la actual organización social, vive huérfano de los recursos materiales para la vida; vé en la asistencia al enfermo y al desvalido una obligación estatal, un deber social y no una dádiva caritativa, empequeñecedora de la dignidad, favorecedora del parasitismo social, en pugna evidente con las leyes de la evolución humana".

"Así concibe Olaechea la asistencia hospitalaria, en desacuerdo con el régimen tradicional que nos agobia y que impide el desarrollo que deberían alcanzar nuestras obras médicosociales; su lucha idealista, su más preciado blasón, lo ha convertido en adalid de la renovación que se avecina y que al transformar nuestra asistencia pública, arrollará todo lo que significa oscurantismo y anquilosamiento".

"En este sentido Olaechea es un revolucionario, un paladín de la moderna ideología que considera al hospital como un centro de trabajo social, donde a la par que se cura al enfermo, se procura conocer las causas de su dolencia, se trata de aumentar el acervo de la ciencia y se labora por una humanidad mejor, sin descuidar el progreso étnico de nuestro país".

"El ha llamado al hospital usina donde se recupera la salud; él ha estudiado la reforma de nuestros nosocomios, el ha concebido la transformación total del régimen de nuestra asistencia, proponiendo llevar la técnica donde solo hay caridad".

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

Los numerosos trabajos sobre régimen hospitalario, que produjo; lo presentaban, en los tiempos presentes, como el más capacitado de los médicos peruanos en estas cuestiones de bien público.

A Olaechea se debe la difusión más sistemática que se ha hecho en el Perú, de los conceptos de Ricardo Cabot de Boston, sobre "Servicio Social". Desde su Memoria de Director del Hospital "Dos de Mayo" de Lima, correspondiente al año 1922, no desperdició oportunidad para hacer campaña de divulgación de esas ideas que están transformando fundamentalmente la asistencia del necesitado.

Conmprendía que era necesario que penetrasen a la conciencia de la colectividad las recientes ideas sobre Asistencia, para conseguir modernizar las beneficencias públicas de nuestro país; sabía que nada obstaculiza más las realizaciones concretas de las ideas nuevas, que su desconocimiento y que nada atemoriza a las mentes pusilámines que lo desconocido. Por eso se convirtió en sembrador de la doctrina del "Servicio Social" campaña en la cual muchas veces confundí mis empeños con los suyos.

Por una inclinación temperamental, mi llorado amigo, era ajeno a posturas espectaculares; por ello fué necesario vencer su idiosincracia para que postulase su ingreso a la Academia Nacional de Medicina. Aceptado como miembro número, pasaron varios años para su incorporación, en la cual tuve el gran placer de saludar al recipendiario.

La **"Situación de la Sanidad y de la Asistencia en el Perú"**, fué el título de su trabajo, en el que renovó sus preocupaciones por la salud de la población del Perú, hurgando el pasado de la salubridad nacional y contemplando su presente, a fin de deducir el grado de progreso que ha alcazado, entre nosotros, la defensa y cautela del capital humano.

Se destacan en este trabajo varios propósitos; recordar el programa que trazó el padre de la medicina peruana. **Unanue**, para alcanzar el resurgimiento de nuestra población y la ventura nacional; señalar las bases cardinales que deben regir en nuestras organizaciones de Sanidad y Asistencia; puntualizar la demografía sanitaria de Lima y la situación del país en relación con los elementos fundamentales de la asistencia: médicos y hospitales: considerar la importancia de la higiene social y de las instituciones de previsión; indicar los principios básicos que debe contener la ley de Asistencia Social, que sustituya a la de Beneficencia vigente: elevar una nueva protesta por el estado en que yacen la Salubridad y la Asistencia públicas, que exige la creación de un Ministerio que se ocupe de estos asuntos; recordar que el gremio médico tiene obligación de cooperar, orientar y secundar una sana política médico-social y, por último, proponer que la Academia de Medicina dedique un día al año para el estudio de la condición en el país de los ramos sanitarios y asistencial.

En Olaechea existía una conjunción armónica de sus preocupaciones técnicas, pudiendo descubrirse dos ciclos de su vida, per-

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

fectamente definidos pero que se complementaban, porque resultaron dos modalidades de su vocación profesional: Primero Higienista conocedor de todo lo que se refiere a la salubridad pública; después, técnico de la asistencia hospitalaria, que cual ningún otro se adentró con paso resuelto en su reforma, proponiendo las mas acertadas medidas para alcanzar su máximo rendimiento.

En todos estos empeños, puso sinceridad, fé y desinterés personal; siempre lo preocupó el porvenir del país, pues, comprendía que la salubridad y la asistencia son las llaves maestras para aumentar la población, sin la que no puede pensarse seriamente en la ventura nacional. Era, además, un convencido de la técnica, siendo una prueba memorable cuando se recuerda que hace cerca de treinta años sostuvo sus ideas sobre climatoterapia de la tuberculosis pulmonar, que tomadas por heterodojas, hoy son actuales a pesar del tiempo trascurrido.

Por todo lo dicho, es posible terminar afirmando que el deceso de Olaechea es pérdida irreparable para la medicina patria y que sus obras lo colocan entre los más esforzados luchadores por labrar el engrandecimiento del Perú. La posteridad le discernirá el reconocimiento que justamente conquistó.

Reseñamos a continuación los trabajos que publicó en "La Crónica Médica".

1.—Un caso de distomatosia (distoma japonicum) en un inmigrante japonés.— 1899.
2.—Respuesta al Dr. Arce. Ignoratio elenchi.— 1899.
3.—Erre que erre, el Dr. Arce.— 1899.
4.—Erre que erre, el Dr. Arce.— 1900.
5.—Bibliografía de la obra de Samuel Bernheim: "La Tuberculosis y la medicación creosotada.— 1901.
6.—A. Pegurier.— Tratamiento racional de la tuberculosis pulmonar y de sus modalidades clínicas. 1901.
7.— B. V. Fetzer.— La tuberculosis pulmonar y su tratamiento Sanitario. 1901.
8.—La Organización de los Dispensarios Antituberculosos de París.— 1911.
9.—Profilaxia Antituberculosa en Lima y fundación de un Dispensario.— 1914.
10.—Consideraciones sobre asistencia hospitalaria 1927.
11.—Asistencia hospitalaria, accidentes del trabajo y derechos profesionales 1928.
12.—Orientaciones sobre lucha antituberculosa.— 1928.
13.—La leche y la dietética en los hospitales de Lima.— 1929.
14.—Estado actual de la organización de los hospitales de la Beneficencia Pública de Lima.— 1929.
15.—Sobre organización de la lucha contra el cáncer y creación de un hospital de enfermos crónicos.— 1930.

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

16.—Sobre indigencia, seguros sociales y asistencia médica.— 1930.
17.—Datos para la historia de la fiebre amarilla en el Perú.—1930.
18.—Datos y características de la asistencia en los hospitales de la Beneficencia Pública de Lima.— 1931.
19.—El régimen actual y el que conviene a la Beneficencia Pública de Lima.— 1932.
20.—Situación de la Sanidad y de la Asistencia en el Perú.—1933.
21.—La vida y las obras de Ramón E. Ribeyro.— 1934.

En su sepelio, que dió lugar a sentida manifestación de duelo, se pronunciaron, entre otros, los siguientes discursos:

DISCURSO DEL Dr. CARLOS MONGE

Señores:

No es por cierto únicamente como Presidente de la Academia Nacional de Medicina—hoy de duelo por la irreparable pérdida de Abel Olaechea— que mi palabra vibra dolorosamente con la honda emoción que ha sacudido al Cuerpo Médico nacional; hay en el ritmo establecido de la frase que sale de mi espíritu un imperativo de conciencia: decir en alta voz mi admiración por su obra médica, mi homenaje a su labor asistencial, mi respeto a la austeridad de su vida cristalina, decirlo con el mismo afecto con que ayer no más, moribundo, me estrechara vigorosamente la mano, sobreponiéndose a su agonía, en un gesto de entereza física en la que expresaba la grandeza de su espíritu sin mancha.

De inquieto espíritu investigador, con un afán tenaz de ir al fondo mismo de las cosas, erudito en sumo grado, impecable en la forma y en el fondo de sus procedimientos de estudio, reservado y modesto, no hay que extrañarse de que su obra científica se defina por dos precisas características individuales: su extensión especializada y su profundidad. Así hay que juzgar sus trabajos sobre beri-beri, sus estudios sobre la tuberculosis, sus discursos magistrales, los más recientes: el homenaje a Ribeyro y la pieza oratoria de su incorporación en la Academia Médica de Lima.

Dotado de recia contextura moral y de amplísima preparación en cuestiones que atañen a la higiene, en Salubridad Pública estuvo siempre a cubierto de influencias circunstanciales, tuvo la rara virtud, en su vida pública, de ser leal a su conciencia y marcó su huella en las leyes que dejó escritas sobre el paludismo y enfermedades infecto-contagiosas.

Todo lo llevaba hacia cargos directivos de la función asistencia. Y así en el rospital "Dos de Mayo" como Director, y en la Beneficencia fué el consultor obligado de asuntos técnicos, dejando informes que de cumplirse llevarán a mejores días el actual triste ocaso de la vida hospitalaria.

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

Su cuerpo delicado y fino ocultaba pudorosamente una grandesa de alma que no dejó jamás herida alguna, ni en la polémica, ni en la oposición. Hasta quienes vivieron alejados de él se rindieron a la austeridad excelsa de su espíritu.

Ese contraste de entereza moral y de exquisita sensibilidad que se hermanaban armoniosamente en la delicada paradoja suave y enérgica de su espíritu, hicieron de él siempre un amigo, aún en los embates más graves de la vida.

Tal fué el hombre que en el hogar, en la vida profesional, en la vida pública, en la Academia y en la amistad se dió generosamente. Por eso en estos momentos lo acompaña el rendido dolor de todos.

Señores:

El mandato de la Academia, exige acallar el dolor, serenar la voz, valorar al hombre y enjuiciarlo en la historia de la Medicina del Perú. En mi carácter de Presidente de la Institución debo hacer—en este instante pleno de recogimiento y de sinceridad— una afirmación que por lo demás está en los labios, en el corazón y en la conciencia de quienes lo acompañan aún, de quienes lo conocieron y que ha de estar en el juicio crítico de quiénes históricamente a través de sus publicaciones han de conocerlo: la personalidad moral, profesional y humana de Abel Olaechea se eleva en el horizonte médico peruano como una cumbre.

La Academia responde a su tradición al presentarlo como un ejemplo.

DISCURSO DEL Dr. JUAN VOTO BERNALES

Reprimo en un esfuerzo de mi voluntad, el dolor que inhibe la palabra, para decir el adiós de los colegas del Hospital "Dos de Mayo" ante la tumba de Abel Olaechea.

Fué hombre, en la acepción integral que resume, sublimidad en el pensar, vigor en la voluntad y altura en el sentir; en todas las esferas de su espíritu alcanzó las dualidades mas sobresalientes.

Su competencia era estímulo, del que se enorgullece la Medicina Nacional.

La amarga decepción de su muerte, la cercanía de los momentos en que reclamaba de los colegas, el consuelo que había sido generoso en prodigar, son dolorosos recuerdos que me agobian. Juntos fuimos promovidos como Médicos Auxiliares de Servicio en el Hospital "Dos de Mayo", juntos pasamos todas las viscicitudes de la vida hospitalaria, desde la tragedia desalentadora hasta el éxito estimulante; y cuando su cultura, su bondad y su merecido prestigio, lo llevaron a la Dirección del Hospital, todos hemos comprobado sus dotes excepcionales y su celo infatigable. Trabajó desde entonces orientado hacia el mejoramiento hospitalario: su contribución a la reforma asistencial, des-

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

de la elevada tribuna de sus escritos y en el ejercicio de su diaria labor, dan prueba de su apasionamiento ideal.

Convencido de los deberes biológico-sociales de protección a los individuos contra las enfermedades, ha sido entre nosotros quien revelara el deber asistencial como sustitutivo de la caridad. Amplia documentación y recto juicio fundamentan esta premisa inobjetable. Pero no solamente su cultura inspira sus postulados. En ellos se percibe el latir de un corazón grande y pródigo, del que brota expontáneo el consuelo para el que sufre.

El tributo que la muerte exige, es la vida. Pero que grande es el que hoy nos pide.... Se lleva el tributo de una vida sabia, de una vida noble, de una vida buena.

PALABRAS DEL Dr. CARLOS A. BAMBAREN

El doctor Abel S. Olaechea ha muerto para despojarse de sus envolturas corpóreas, dejar los elementos materiales de su existencia, y ocupar puesto de gloria en el Panteón de nuestros inmortales.

Lo veo al lado de Unánue el prócer, el genial atisbador en los comienzos de nuestra vida republicana, de las necesidades sanitarias del país; lo veo cerca de Heredia el magnánimo, el fundador de la Facultad de Medicina, el que con afecto paternal cultivó la preciosa herencia de nuestros mayores; lo veo con Ulloa, el profesional polifacético, que en la mitad del siglo pasado nos deslumbrase con sus actividades y entusiasmos; lo veo junto a Ernesto Odriozola, el sabio y ponderado maestro de refulgente luz en los primeros lustros del presente siglo.

La muerte se ha llevado a un santo y a un sabio. Abel Olaechea era un santo laico por la bondad infinita que atesoraba su corazón, por la nobleza de sus propósitos, por la lealtad de su amistad, por el bien que siempre practicó, por la piedad que puso en sus arrestos de reformador de la Asistencia, porque fue manso de corazón, ofreciendo en sus empeños, bondad, generosidad, dulzura y amor. Son estos santos los que exaltan el valor de la vida humana; son estos varones probos y honestos los que dignificañ a los que habitan la tierra y hacen grato nuestro paso por el Mundo.

Olaechea era un sabio en toda la extensión del vocablo; procedía de estirpe de intelectuales, de gente que siempre supo pensar muy alto y que en todo instante descolló por su cerebración. Era un sabio por sus conocimientos, por la profundidad de su saber, por la ordenación sistemática de sus adquisiciones, por el método de su aprendizaje y porque en el existía un acento humanista, impregnado de filosofía optimista, que lo presentaba como un hombre tipo renacimiento. A él no le eran extrañas las disciplinas científicas, filosóficas y sociales más variadas, como que es el único modo para ver, en horizonte amplio y comprensivo, los dominios de la Medicina Social, que tanto cultivó,

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

dedicándole toda su vida profesional, en sus ansias insatisfechas de conseguir el perfeccionamiento sanitario y asistencial de nuestra patria.

Cuando en una profesión existen elementos seleccionados como Olaechea, es posible mirar serenamente el porvenir y sentir orgullo de pertenecer a ella. La medicina peruana ha tenido la inmensa dicha de contarlo en su seno, y yo que fuí su discípulo, que me honré con su amistad, que muchas veces confundí mis anhelos con los suyos, que en más de una ocasión bregamos juntos por el progreso asistencial de nuestra patria, experimento inmenso dolor por su desaparición, por su viaje eterno, abandonando el puesto que ocupaba con brillo inigualado en las filas de la profesión médica peruana.

A nombre de la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" doy el último adiós a Abel S. Olaechea, el santo y el sabio.

CARLOS A. BAMBAREN

ABEL S. OLAECHEA

Por el Dr. **ERNESTO EGO AGUIRRE**

La idea de no ver más al doctor Abel S. Olaechea nos llenaba, hace días, de congoja. Ahora, ese sentimiento es amarga realidad. No es el accidente común de la naturaleza mortal de los hombres cuando hay que lamentar. La asistencia social ha perdido su guía. La higiene y la salubridad públicas ya no cuentan con la figura que acaba de extinguirse. Otros serán los que realicen sus bellas concepciones de médico sociólogo. Y los que tuvimos el privilegio de la cercanía a la robusta mentalidad y al gran corazón del ilustre muerto añoraremos el trasunto de su fuego interior.

Perteneció el Director del Hospital Dos de Mayo a aquellos temperamentos que tratan de conocerlo todo. Su curiosidad era enciclopédica. Fué médico y fué investigador, sirvió como funcionario de salubridad pública y amó la docencia, conoció de seguros y fué un convencido de la medicina social. El Destino le permitió entregarse a lo que más le gustaba. Esa posibilidad le hizo lanzarse de lleno al estudio de la técnica de la asistencia hospitalaria. Revisó su pasado, conoció su presente, atisbó su porvenir. Discrepando o coincidiendo con sus ideas hay que alabar su objetivo . Y su objetivo fué bueno, porque ansiaba un orden nuevo, una mejor sistemática de los cuidados, una racionalización que mantuviera en la filantropía su majestad y su grandeza.

Cuando la vida hospitalaria dejó de ser la obra exclusiva de la caridad para convertirse en una técnica científica, el doctor

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

Abel S. Olaechea aparece como el profesional que enarbola la nueva verdad. En la historia, frecuentemente se advierte la presencia del individuo indispensable. En la transformación de nuestros métodos en los hospitales de beneficencia el doctor Abel S. Olaechea es la persona que conviene. En él no ha sido lo más destacado el vigor para imponer la buena doctrina. Lo preclaro en nuestro amigo era su fe en los principios científicos, la constancia con que los sostenía, el modo gradual como los aplicaba y la meditación con que definía sus ideas respecto de la obra que tenía que realizar. Por estos méritos fué, de hecho, el que ejerció la alta dirección de la asistencia pública en el país.

Toda la actuación del doctor Abel S. Olaechea, en los últimos tiempos, ha sido en favor de la buena hospitalización. Su hondo anhelo de disciplina, de método, de coordinación creadora lo impulsaba. Por que alguna vez nos llamó a trabajar a su lado es que lo sabemos. Y si la simiente que se arroja en el mundo intelectual jamás se pierde, según afirma Fichte, los trazos que ha dejado para la organización científica de la hospitalización serán las bases en que asentará la Beneficencia de Lima su política hospitalaria.

Hombre estudioso, solitario, risueño, elegía sus amigos. La oscuridad no lo envolvió nunca. Como ha sido un pensador se recreaba en el conocimiento, que trasvasaba a los demás con exquisitas maneras y con una sencillez seductora. Cuando husméabamos juntos en las librerías y bibliotecas los más diversos volúmenes, una alegría interior le hacía animar su rostro con los gestos que le eran típicos: se mordía los labios y plegaba el entrecejo. Pronto sabíamos en que consistía esa alegría de "resucitar". Alguna materia que tenía en estudio lo impulsaba a estos prolijos rebuscos en los volúmenes antiguos y la tarea le proporcionaba la sorpresa de otros datos insospechados. Por eso, sus publicaciones, sustancialmente modernas, están precedidas, siempre, de un recuento de hechos pasados llenos de prolijidad y de detalles valiosos. Su prosa, apretada, trasunta su propia nerviosidad y su raciocinio de hombre atento a las cosas nuevas, pero que no ha perdido las trazas del conservador.

Los años le habían dado el provecho de la experiencia. Por ese sentido de la regularidad jamás trató de imponer sus concepciones. Siempre le oímos decir que era necesario resolver los problemas sociales de la asistencia con un espíritu de distributiva equidad. Rechazaba la revuelta y los giros bruscos en la marcha de las instituciones. Por esto, no asistió al triunfo de sus principios, que quedan escritos en las múltiples páginas en que volcó sus maduras ideas de dirigente de hospital.

Ya descansa. Ya descansa en paz el amigo querido. Su alto sentido idealista vivirá en el hogar médico. Y como el corazón no tiene razones y atropella todo cálculo, no nos resignamos a su viaje sin retorno. La sorpresa de no tenerle entre nosotros no la compensará las innumerables falsificaciones de la amistad.

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

LIGA NACIONAL DE HIGIENE Y PROFILAXIA SOCIAL

EXAMEN PSICOTECNICO DE LOS GUIADORES DE VEHICULOS MOTORIZADOS

Con motivo de los últimos y frecuentes accidentes de tráfico, la Institución acordó declarar, una vez más, que el exámen psicotécnico de los guiadores de vehículos de transporte es la forma práctica, científica y eficiente para prevenir los dolorosos accidentes que a diario se producen en la ciudad. La selección psicotécnica y el control periódico del estado de salud mental de los que manejan vehículos motorizados, necesitan figurar en el reglamento de tráfico, tal como la Institución lo propuso desde el año 1926.

Se acordó dirigirse al Ministerio de Gobierno haciendole ver la conveniencia de implantar esta medida de bien público.

ORIENTACIONES DE LA PROFILAXIA VENEREA Y DE LA LUCHA CONTRA LA PROSTITUCION

El número de meretrices inscritas en el registro, que se lleva en la ciudad de Lima conforme a la reglamentación de la prostitución, ha disminuído, lo que prueba insuficiente vigilancia del personal encargado de esta labor.

La prostitución reglamentada es un procedimiento que no atiende a los dictados modernos de la profilaxia venérea. Reconoce como entidad jurídica, policial y social a la mujer de mala vida, a cambio de un impuesto por inscripción; este procedimiento desampara a la mujer, colocandola en condiciones de ser explotada y no atiende eficientemente a la profilaxia venérea, descuidando, también, la educación de la colectividad, que requiere un empeño de ducación moral, muy lejos de llevarse a cabo en el Perú.

La prostitución coloca a los individuos que la ejercen en "estado peligroso" y no es aceptable que las disposiciones policiales la reconozcan como actividad lícita.

La Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social expresa la conveniencia de dictar una Ley de profilaxia venérea, en la cual se prescriba la abolición del meretricio, dándose énfasis a la difusión de la cultura profilactica y a la intensificación de la vida moral.

No debe descuidarse la persecusión del proxenetismo, la curación obligatoria del enfermo venéreo masculino y la cooeducación de los sexos, desde los primeros años de la juventud.

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

PAPEL EUGENESICO DEL CERTIFICADO MEDICO PREMATRIMONIAL

Existe la herencia de los caracteres adquiridos, cuando el patrimonio hereditario del procreador ha sufrido la variación correspondiente.

Deseando que el hombre beneficie de la selección artificial, se ha procurado introducir diversas medidas que contribuyen a este fin, contándose entre ellas el cerficado médico prenupcial.

En el Perú hace tiempo que médicos y juristas han tratado de ampliar los impedimentos que para contraer matrimonio figuran en el Código Civil, pero solo en 1931, con motivo del Decreto-ley sobre matrimonio civil, se introdujo, como requisito previo, el certificado prematrimonial.

Desde el punto de vista teórico el certificado médico previo al matrimonio, suscita algunas cuestiones interesantes.

Este certificado debe servir para evitar la trasmisión de los procesos morbosos de carácter heredo-familiar, que amenguan la integridad biológica de la especie humana y conducen a la degeneración.

Exigiéndose este certificado antes del matrimonio, la descendencia habida sin este vínculo, no está protegida de influencias hereditarias indeseables y como las uniones no matrimoniales son las que predominan en la colectividad, se infiere que el mayor número de hijos no tiene esta garantía preconcepcional.

De aqui se deduce que el certificado médico prematrimonial no alcanza, desgraciadamente, los fines que persigue, por lo cual conviene difundir la necesidad del **exámen periódico del estado de salud individual,** a fin de que el certificado médico prenupcial, sea una de las tantas comprobaciones médicas a que se somete todo individuo en el curso de su vida; con esta práctica puede saber, en cualquier momento, si está capacitado para tener descendencia, sin necesdad de encontrarse en inminencia nupcial.

Hasta la fecha no se ha dado en el Perú todo el valor y seriedad que debiera darse al certificado médico prematrimonial; urge salvarlo del descrédito a que le conduce la forma como se le expide entre nosotros.

NUEVA JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Carlos A. Bambarén.
Vicepresidente: Sra. L. de Forbes.
Secretario General: Dr. Julio Altmann Smythe.
Secretario Letrado: Dr. M. Julio Delgado.
Secretario de Actas: Dr. W. M. Montaño.
Tesorero: Dr. J. C. Field.
Bibliotecario: Sr. Ruperto Algorta.
Vocales: Dra. E. F. de Ramos Ocampo, Srta. Zoila Teresa Noel, Dr. Leonidas Avendaño, W. F. Molina, Guiller-

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

Biblioteca

mo Fernández Dávila, Dr. Fernando Quevedo Lizarzaburu, Dr. Rómulo Eyzaguirre, Dr. Amador Merino Reyna, Dr. Julio Guillermo Abullú, Dr. J. M. Ramos Ocampo, Dr. Luis Alberto Cháves Velando, Dr. Luis C. de la Flor, Dr. Gregorio Monge Otayza, Dr. Julio Bedoya Villacorta, Dr. Jesús López.

PRIMERA JORNADA NIPIOLOGICA PERUANA

LIMA, ENERO DE 1935

La "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" ha acordado organizar una **Jornada Nipiológica,** que se efectuará en el mes de Enero de 1935, conmemorando el IV Cestenario de la fundación de Lima por el conquistador del Perú e intrépido capitán español Dn. Francisco Pizarro.

Difundir la Nipiología o sea la ciencia del niño que aún no habla, es empeño loable, por el concepto de **Ernesto Cacace,** de Nápoles, encierra más de un acierto, permitiendo estudiar el panorama del lactante íntegramente, desde todos sus aspectos, lo que hace posible resolverlos con criterio integrativo.

Esta primera **Jornada Nipiológica** puede ser la iniciación de un particular interés por estas cuestiones y hay que desear se convierta en un esfuerzo serio y estructurado para sembrar buena doctrina asistencial.

He aquí el Reglamento de la Primera Jornada Nipiológica Peruana:

COMITE ORGANIZADOR

Presidente:— Doctor Carlos A. Bambarén.
Vice-presidente:— Doctor Rómulo Eyzaguirre.
Tesorero:— Doctor Luis A. Suárez.
Vocales:— Doctora Esther Festini de Ramos Ocampo.—Doctor Luis A. Chaves Velando.— Doctor Fernando Quevedo Lizarzaburu.— Doctor Enrique Rubín.
Secretarios:— Doctor Ernesto Ego-Aguirre.— Doctor Julio Altmann Smythe.

COMITE DE HONOR

El Director General de Salubridad Pública.
El Director del Instituto Nacional del Niño.
El Presidente de la Academia Nacional de Medicina.
El Decano del Colegio de Abogados.
El Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría.

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

Los Directores de las Sociedades de Beneficencia Pública de Lima y Callao.

El Profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina.

El fundador del Instituto Nacional del Niño.

El Fundador del Puericultorio de la Beneficencia Pública de Lima.

El Juez de Menores de Lima.

El Director del Hospital del Niño.

Los Presidentes de los Rotary Clubs de Lima y Callao.

MIEMBROS DE HONOR

Doctor Ernesto Cacace (Nápoles).
Profesor Luis Morquio (Montevideo).
Profesor Víctor Escardó Anaya (Montevideo).
Profesor J. A. Bauzá (Montevideo).
Doctor Conrado Pelfort (Montevideo).
Doctor Víctor Zerbino (Montevideo).
Profesor Mamerto Acuña (Buenos Aires).
Doctor José María Macera (Buenos Aires).
Doctor Gregorio Araoz Alfaro (Buenos Aires).
Doctor Juan Carlos Navarro (Buenos Aires).
Doctor Luis Calvo Mackena (Santiago de Chile).
Doctor Eugenio Cienfuegos (Santiago de Chile).
Doctor Olinto de Oliveira (Río de Janeiro).
Doctor A. Martínez Vargas (Barcelona).

REGLAMENTO

Art. 1o.— La Primera Jornada Nipiológica Peruana se celebrará en la capital de la República en homenaje al cuarto centenario de la fundación de Lima, en los días del mes de Enero del año 1935, que señale el programa de fiestas de la Municipalidad de Lima.

Art. 2o.—Organizada por la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, tiene por objeto difundir los conocimientos de la Nipiología fundada por el doctor Ernesto Cacace, de Nápoles, y estudiar **censu extrictu** las cuestiones nipiológicas que interesan ca Peruana serán:

Art. 3o.—Los miembros de la Primera Jornada Nipiológica Peruana serán:

a).—Titulares.

b).—Asociados.

c).—Protectores.

Art. 4o.— Podrán inscribirse como miembros titulares los médicos, juristas, sociólogos, historiadores, obstetrices, y además profesionales y personas que se interesen por el estudio y tutela del lactante.

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

Art. 5o.— Las esposas, padres, o hermanos de los miembros titulares, podrán inscribirse como miembros asociados.

Art. 6o.—Se señalan como cuotas, las siguientes cantidades:

a).—Miembros titulares: S|. 5.00.

b).—Miembros asociados: S|. 2.00.

Art. 7o.—La Primera Jornada Nipiológica Peruana considerará como miembros protectores a las personas e instituciones que en alguna forma le presten su apoyo. En caso de ayuda económica, la cuota mínima será de S|. 100.00.

Art. 8o.— Los miembros titulares de la Jornada Nipiológica tendrán derecho a voz y voto en las sesiones que se celebren.

Art. 9o.—Las tarjetas de miembros de la Jornada Nipiológica, cualquiera que sea su clase, son personales e intransferibles.

Art. 10o.—Los miembros titulares y protectores tienen derecho a las publicaciones de la Primera Jornada Nipiológica Peruana.

Art. 11o.—Las solicitudes de inscripción de miembro de la Jornada deberán dirigirse a los Secretarios del Comité Organizador: doctor Ernesto Ego-Aguirre, Plaza Bolognesi No. 570; doctor Julio Altmann Smythe, Jirón Puno No. 393, o al Apartado 2563, Lima, Perú, hasta el 15 de Diciembre de 1934.

Art. 12o.—Los miembros titulares tienen derecho de presentar comunicaciones, cualquiera que sea el tema que escojan, siempre que se sometan a lo que establece el artículo siguiente.

Art. 13o.—El trabajo técnico doctrinario de la Jornada Nipiológica estará asegurado por ponencias especiales y comunicaciones.

Las ponencias y ponentes serán señaladas y designados, respectivamente, por el Comité Organizador.

Las comunicaciones serán sobre temas libres, siempre que se refieran al niño que aún no habla.

Art. 14o.—Las ponencias tienen extensión ilimitada.

Art. 15o.—La extensión de las comunicaciones no podrá exceder de 10 páginas, tamaño carta, escritas a máquina a doble espacio, por una sola cara.

Art. 16o.— Las ponencias y comunicaciones se recibirán en la Secretaría hasta el 1o. de Enero de 1935, debiendo venir acompañadas de un resumen, conclusiones o votos.

Art. 17o.—La exposición oral de cada ponencia se hará por medio de una síntesis, que no podrá exceder de 20 minutos. Los que deseen tomar parte en su discusión deberán inscribirse antes de la apertura de la sesión y su intervención no podrá exceder de 10 minutos. Los ponentes dispondrán de 15 minutos para rectificar.

Art. 18o.— En la lectura de las comunicaciones no padrá invertirse más de 10 minutos. Los que deseen discutir las comunicaciones, previa su inscripción en la Secretaría antes de la sesión, no podrán emplear en ello más de 5 minutos. El comunicante dispondrá de otros 5 minutos para rectificar.

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

Art. 19o.—Al terminar cada sesión los que hayan intervenido en las discusiones pueden entregar a la Secretaría un resumen de su manifestación.

Art. 20o.—Las sesiones se efectuarán en el lugar y hora que establezca el Comité Organizador.

Art. 21o.—Las sesiones serán presididas por el Presidente del Comité Organizador, pudiendo éste delegar sus atribuciones en algún miembro del Comité de Honor.

Los Secretarios del Comité Organizador lo serán también de la Jornada Nipiológica, y tendrán a su cargo la labor de propaganda, formación de programas, información a la prensa, publicidad, etc.

Art. 22o.—El Comité Organizador de la Jornada Nipiológica, en su totalidad, actuará como Comité Ejecutivo de la misma, y tendrá a su cargo armonizar los votos propuestos, coordinándolos en su redacción final, antes de aprobarse en la sesión de clausura.

Art 23o.— En la sesión inaugural se eligirán el Presidente y Vicepresidentes de Honor de la Primera Jornada Nipiológica Peruana.

Art. 24o.—En la sesión de clausura se fijará la sede y fecha de la próxima Jornada Nipiológica.

Art. 25o.— Constituirán números del programa de la Jornada Nipiológica, la visita a las instituciones de protección a la infancia (oficiales y particulares) que correspondan al niño lactante.

Art. 26o.—Cuantas dudas suscite la interpretación de este Reglamento, las resolverá el Comité Organizador de la Primera Jornada Nipiológica Peruana, siendo inapelables sus resoluciones.

NOTICIAS

SOCIEDAD PERUANA DE UROLOGIA Y DERMATO-VENEREOLOGIA.— La Junta Directiva de la Sociedad Peruana de Urología y Dermato-venereología para el año 1934 - 1935, ha quedado constituida en la forma siguiente:

Presidente: Dr. Luis M. Delgado.
Secretarios: Drs. Héctor Rojas y Jorge Salazar Araoz.
Tesorero: Dr. Julio Delgado.
Bibliotecario y Director de la Revista: Dr. Alejandro Higginson.

SEMANA DE EUGENESIA.— Organizada por la "Liga Nacional de Hígiene y Profilaxia Social", se llevará a cabo en la

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

primera semana del mes de agosto, un ciclo de disertaciones culturales, desde la Estación Radiotrasmisora O.A.X.

Los temas versarán sobre **Eugenesia,** la ciencia que se ocupa de la higiene de la descedencia: merecen divulgación estas cuestiones, porque es urgente pensar en el porvenir biopsíquico del capital humano del Perú.

Los temas que se desarrollarán son los siguientes:

Doctor Carlos A. Bambarén: "Significado y alcances Biosociales de la Eugenesia".

Doctor Ernesto Ego-Aguirre: "Algunos Aspectos de la Eugenesia en relación con el recién nacido".

Doctor Guillermo Fernández Dávila: "Valor Eugenésico del Certificado Médico Pre-nupcial".

Doctor M. Julio Delgado: "Eugenesia y Sociología Indígena".

Doctor Luis A. Cháves Velando: "Ideas Eugenésicas en la Educación Sexual".

Doctor Julio Altmann Smythe: "La Eugenesia y la Profilaxia del niño en Estado de Peligro".

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima - Perú

BIBLIOGRAFIA

TERAPEUTICA INFANTIL por el Dr. Eduardo García del Real.— Un vol. de 392 páginas.— **Editores Espasa-Calpe S. A.**— Madrid 1934.

El estudio de las enfermedades en la infancia constituye, en uno o en otro modo, una especialidad perfectamente definida y distinta en los primeros meses de la vida, menos clara, más unida al resto de los estudios médicos a medida que la edad avanza hasta fundirse, insensible y gradualmente, con ellos. Sin embargo, las necesidades de la práctica profesional hacen que todo médico, aunque se haya dedicado a otro género de enfermedades, aunque no haya hecho un estudio particular de la Paidopatía, se vea precisado a asistir y tratar niños enfermos; y todos saben las dificultades que esta asistencia encierra, los problemas que su terapéutica contiene, y más de una vez se encontrarán perplejos sobre el rumbo a seguir.

Para ayudar a la resolución de estos problemas acaba de publicar el Dr. García del Real su libro **Terapéutica Infantil.** Libro completísimo, detallado, en el cual no se sabe que admirar más, si el método con que se agrupan enfermedades y tratamientos o la clara y precisa concisión con que éstos van siendo detallados.

Trata de la medicación; enfermedades infecciosas agudas; de la sangre; nutrición; aparatos digestivo, respiratorio; de los sentidos; del feto y del recién nacido; de la piel; quirúrgicas, etc.

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

El doctor García del Real, bien conocido por todos los profesionales, ha realizado con este libro una obra profundamente práctica, que necesariamente será de consulta muy útil para los médicos no especializados en enfermedades de la infancia.

MEDICINA GENERAL por los Drs. G. H. Weaber, L. Brown, etc. Un vol. de 944 páginas.—**Editores Espasa-Calpe** S. A. —Madrid 1934.

Hace más de treinta años que una importante casa editorial de los Estados Unidos, "The Year Book Publishers", de Chicago, viene publicando anualmente una serie de libros en los que personalidades médicas muy competentes extractan, y en algunos casos comentan, los trabajos más valiosos publicados durante el año. Estos anuarios son de enorme utilidad para el médico práctico, pues éste, aun el muy especializado, no puede pretender, por falta de tiempo y también de dinero, leer todo lo importante que acerca de su especialidad se publica. Pero, es más, aunque pudiera, para que el trabajo ímprobo de su lectura no resultara baldío, habría de extractar los artículos más importantes y clasificar luego por materias estos extractos.

Los redactores de estos Anuarios, entre los que han figurado los de Estados Unidos, como Billings, Murphy, Dudley, Minot, Fantus, etc., substituyen al médico en este trabajo, con las ventajas enormes que les dan su alta autoridad científica y la riqueza de sus medios bibliográficos; riqueza de publicaciones y riqueza también de colaboradores que les preparan los trabajos.

El anuario de **Medicina General** que acaba de publicarse, está redactado por los doctores George H. Weaver, de la Universidad de Chicago; Lawrason Brown, de Nueva York; Jorge R. Minot, de la Universidad de Harvard; William Castle, de la misma Universidad; William D. Stroud, de la Universidad de Pensilvania, y R. C. Brown de la Universidad de Chicago.



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

Universidad Mayor de San Marcos
Biblioteca
Lima - Perú

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social
SEMANA DE EUGENESIA

SIGNIFICADO Y ALCANCES DE LA EUGENESIA

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN

La Eugenesia es la aplicación de los conocimientos de la Biología y de la Genética a la vida humana, para conseguir la perfección de la especie.

Esta higiene de la especie persigue su progreso, procurando que se perpetúen los buenos atributos étnicos y todo aquello que perteneciendo al individuo merece trasmitirse en la descendencia.

Así como la Higiene se ocupa, entre otras finalidades, de la prevención de las enfermedades, constituyendo la Medicina Preventiva del presente, la Eugenesia mira al futuro de las próximas generaciones, llevando sus propósitos más allá de la esfera limitada por nuestro ser.

Ya se trate de perpetuar los caracteres de la especie que se consideran buenos, en cuyo caso la anfimixia debe hacerse entre aquellos seres bien dotados; ora, se impida que tengan descendencia los individuos que ofrecen taras o anomalías, incorporadas en su patrimonio hereditario, siempre se cumplen las finalidades de la Eugenesia.

En ambas circunstancias debe intervenir la Genética o sea la fisiología de la descendencia, solera científica sobre la que se ha construído el edificio de la Eugenesia. La Herencia y el conocimiento cada vez mejor de los diversos factores que intervienen en la evolución de los seres, contribuyen por su parte a explicar el mecanismo factorial que preside esta evolución, sin la cual el hombre sería todavía un protozoario.

Los problemas de carácter familiar mantienen vinculación estrecha con la Eugenesia. El matrimonio debe contemplarse con el prisma de las conveniencias biológicas, creándose nuevos tipos de atracción erótica, sin descuidar los fundamentales del sentimiento; es necesario, también, que la literatura se impregne suficientemente de las ideas eugenésicas, para que de este modo influya en la colectividad propagando estas ideas.

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

En este sector el certificado médico prenupcial constituye una de las tantas realizaciones prácticas, que se creyó serviría para evitar la procreación de seres tarados. Desgraciadamente, los beneficios del exámen de los cónyuges, sólo puede conseguirse cuando existe una preparación adecuada de la colectividad, que comprendiendo su importancia, se somete a exámen no solo antes de contraer matrimonio, sino periódicamente, para conocer el estado de su organismo.

Constituye práctica eugenésica fundamental, favorecer la procreación de los seres bien dotados, luchando contra los factores económico-sociales que conspiran contra el matrimonio. Asimismo, debe impedirse la procreación de los indeseables, recurriendose al control de la fecundación (maternidad o paternidad conciente), a la esterilización o utilizando los conocimientos actuales sobre los períodos de esterilidad natural que la mujer presenta en su ciclo catamenial.

La Eugenesia también incide en la previsión social; la vigilancia del trabajo femenino, la higiene industrial, etc. constituyen disposiciones médicosociales de consecuencias eugenésicas indiscutibles. Hay que procurar que el obrero no sufra deterioro biopsíquico con el trabajo y que la máquina se convierta en un elemento que aumente la producción y la abarate. Por último, la Eugenesia propugna que la mujer salga del taller, para que se dedique exclusivamente al cuidado del hogar y de sus hijos; asimismo sostiene igualdad de salario en los dos sexos.

Nada será más eficaz para prevenir la criminalidad, que la Eugenesia; cuando ella domine en el ambiente público, disminuirán los lugares de reclusión. Un genial pensador español ha dicho: "Andamos a tientas, tejiendo Códigos, sin hacer hombres. En cuanto hagamos hombres como es debido, sobra la urdimbre legislativa".

La lucha contra la prostitución, contra la trata de blancas, contra la Avariosis, y, en general, contra todas las enfermedades disgénicas, etc. tienen repercusión Eugenésica; hay que propiciar una sabia educación sexual y una oportuna legislación sobre el terreno económico, así como una reevaluación de la personalidad moral y psíquica del hombre para acabar con la prostitución, favoreciendo el matrimonio.

Es necesario declarar cuán importante es la identificación personal por medios científicos, para formar los árboles genealógicos que tanto interesan a la genética galtoniana.

La Eugenesia también posee un aspecto internacional, que no es posible descuidar; se trata entonces de los problemas que plantea la inmigración.

Es necesario que en las leyes de inmigración, al lado de factores políticos, económicos, religiosos, etc., se contemplen los elementos biológicos, teniéndose presente la semilla étnica, la captación vital, la asimilación de los plasmas germinales, la compatibilidad sanguínea, pues, el eugenista tiene que prestar aten-

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

ción a los factores hereditarios de los inmigrantes, procurando que el mestizaje sea deseable, desde el punto de vista biológico y social. Las leyes de inmigración deben redactarse teniendo presente cuestiones de carácter técnico y de naturaleza eugenésica.

En este sector de la Eugenesia la profilaxia interestadual de la sífilis, ocupa lugar prominente, así como las cuestiones de población y de despoblación, que deben resolverse con criterio eugenésico. No basta preocuparse que aumente la población, es menester que los pobladores sean eubióticos. Cada día se aleja más el fantasma de la sobrepoblación; el influjo de la Eugenesia debe ponerse al servicio de una distribución más racional de la riqueza, que haga posible la vida en condiciones más llenas de felicidad y optimismo.

La Eugenesia es ciencia pacifista; está por consiguiente en contra de la guerra, que aminora profundamente el capital humano, haciendo perecer a los más jóvenes y más aptos para contribuir al progreso vegetativo de los pueblos. Su acción nefasta hace que solo queden los inútiles, los tarados, aquellos que fueron inaptos para el Ejército, y que tienen que encargarse de mantener el dinamismo de la población, cuando eran sujetos indeseables desde el punto de vista eugenésico.

Para convertir en práctica las doctrinas eugenésicas, es necesario recurrir a medios que permitan su implantación en el mundo, pues, los empeños de la Eugenesia chocan con ideas preconcebidas, con mitos y con prejuicios ancestrales.

La educación es el factor más poderoso de la conquista de la multitud, la única manera para que se acepte por doquiera a la ciencia de Galton; cuando en todo hombre exista el concepto de responsabilidad ante la descendencia, por medio de la divulgación de las cuestiones fundamentales de la Eugenesia, se habrá dado el paso mas decisivo para su triunfo.

Al lado de la educación popular, es necesario despertar en todos preocupación por estas cuestiones, procurándose alabar las cualidades óptimas del ser humano, sin llegar a la aristogenia.

La costumbre, es elemento igualmente necesario para difundir los conceptos eugenésicos; la multitud debe llevarlos a cabo en forma automática, impelida por el uso y el pensar colectivo.

La Ley que regla la convivencia social, que norma los derechos, debe inspirarse en la Eugenesia y a su vez proporcionar los factores legales que hagan posible la aplicación compulsiva de la Eugenesia, de aquella que se impone como consecuencia de las exigencias colectivas.

La Medicina, fiel aliada de la Eugenesia, si fué curativa antaño y hoy es preventiva, en el futuro tendrá que ser eugenésica, porque es el único modo de intentar la solución de los problemas que interesan al futuro de la humanidad.

Por último, es menester que el Estado se haga eugenista, así como se ha hecho higienista, ya que hoy se acepta sin discu-

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

sión la importancia trascendental de la salud pública. No basta conservar la salud, es necesario conseguir, por todos los medios científicos, la perfección del hombre; hay que, combatir la miseria humana; hay que hacer que la Eugenesia ocupe puesto importante en la vida sanitaria de las naciones, porque el gobierno de los pueblos debe hacerse teniendo como norte la felicidad del agregado social, la dicha de todos los componentes, por la satisfacción de sus anhelos espirituales, por el cumplimiento de sus necesidades materiales y por el logro de sus ansias infinitas de superación.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA EUGENESIA EN RELACION CON EL RECIEN NACIDO

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE

En el recién nacido pueden hallarse las más diversas anomalías. Todas son vivas, elocuentes, entran por los ojos. En cada perturbación del recién nacido, si uno se fija bien, llega a descubrirse la herencia mórbida. Por eso, frente a cada desdicha étnica se acaba siempre por preguntar que se debe hacer para evitarla. Para lograr éste afán los eugenistas han lanzado a la faz del mundo el problema sexual, sacándolo del terreno puramente científico en que se encontraba.

Empecemos por lo más saltante. Son las infecciones de los padres. En ellas la sífilis y la tuberculosis ocupan los lugares más alzados. La primera, en un momento dado cargó con todas las responsabilidades. Se le achacó cuanta anomalía física o psíquica ofreciera un niño por herencia. La frecuencia de la heredo-sífilis en los nacidos con tara estuvo a punto de convencer a todo el mundo de que el mal de Venus tenía la culpa de cuanto ocurriera. Poco a poco se delimitó su acción y su ámbito, por otra parte, siempre muy grandes. La dolencia tiene diversas formas. Hay la enfermedad heredada en toda su pureza y en su más desagradable aspecto. Hay las malformaciones como el cráneo natiforme, el labio leporino y la microcefalia. Hay las lesiones del esqueleto como el enanismo y el raquitismo congénito. Hay, en fin, el retardo intelectual, la epilepsia, la sordomudez, la imbecilidad, el nacimiento prematuro.

La tuberculosis, por su lado, es la causa del nacimiento de muchos seres anormales. El tema de la herencia de la tuberculosis es materia de disputas. Unos, basados en sus investigaciones, es-

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

tán por la afirmativa. Otros, más cautelosos, la niegan, respaldados en el fracaso de sus observaciones. La herencia de la infección tuberculosa resulta, de este modo, carente de la unanimidad de los científicos. Se tiene que esperar el debido esclarecimiento. Pero, en cambio, la prole de los tuberculosos es siempre tarada. Los daños son los clásicos en todas partes. Son los mismos individuos débiles congénitos o nacidos prematuros que, por culpa de su misma constitución, resultan inaptos para la vida. Sujetos pálidos, delgados, de mirada triste, voz apagada, andar lento, faltos de atención. Son las presas fáciles de la meningitis infantil. Y cuando sortean éste obstáculo, acaban en un sanatorio de tuberculosos. La convivencia con los padres enfermos hizo el intercambio de los bacilos de Koch. En los registros de mortalidad la peste blanca se reserva un alto puesto.

En situación parecida están las intoxicaciones. Y decir intoxicaciones es mencionar el alcoholismo. Quienes ingieren alcohol, ya eventualmente, ya por hábito, tienen una descendencia racialmente indeseable. La Patología sabe hasta donde alcanza el **alcoholismo de los inocentes.** Niños con convulsiones al más ligero estímulo, niños idiotas, niños alienados, niños antisociales son las muestras. La propia bebida accidental del alcohol determina el nacimiento de seres con estigmas degenerativos físicos o mentales. Son los llamados "hijos del sábado". El emocionador caso estudiado por Comby es muy elocuente. Una niña de 17 años se casa con un dipsómano. De los 5 hijos, 4 mueren con convulsiones dentro de los 10 días de nacimiento. Unida, después, con otro hombre abstemio, tiene 2 hijos robustos y sanos.

El envenenamiento por los estupefacientes—opio, cocaina, morfina—es una terrible causa de desvitalización. Los toxicomanos son seres vehementes e incontrolados. Su ardentía los lleva a la procreación inconsciente. El resultado es los niños de sistema nervioso deficiente: los impulsivos, los maniáticos, los individuos llenos de fobias y de alucinaciones que hallamos en las casas de alienados y en los presidios, y fuera de ellas, también. Marfan ha mostrado un aleccionador ejemplo que conviene recordar. Un hombre se casa y su esposa tiene un hijo sano. Atraído por "el paraíso artificial" se hace cocainómano. Su prole, a partir de ese momento, es toda anormal. Nace un niño mentalmente atrasado, primero. Luego, una niña idiota. Finalmente, un monstruo microcéfalo que vive pocas horas.

Los factores sociales son tan importantes como los infecciosos y como las toxicomanías. La primacía es de la fatiga. El cansancio físico no solo agota las fuerzas. Intoxica, también, el organismo por los venenos que crea el esfuerzo corporal continuo. Un niño engendrado en estas condiciones será, sin duda, un ser orgánicamente pobre y la presa fácil de muchas enfermedades. Se parece al hijo de los hombres viejos o al de las mujeres que se alimentan durante la preñez con sustancias sin vitaminas, y que

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

suelen traer al mundo niños endebles. El problema se agudiza con la multiparidad. La clase obrera, la que vive en locales antihigiénicos, sin aire ni luz, alimentada con raciones inverosímiles, es la que paga mayor porcentaje. Dan al país muchos hijos. Pero, la casi totalidad perecen. El número avasallador de pequeños pacientes en los dispensarios, gotas de leche y hospitales se recluta entre ellos. Su muerte se debe, como causa inmediata, a ésta o aquella enfermdad. El óbito, en realidad es la consecuencia de la tara orgánica, de la miseria biológica.

El mestizaje le dá al problema nuevas tonalidades. Entre nosotros, las razas que se mezclan no son del mejor género. El indio con el zambo, el cholo con el asiático. La asiatización, principalmente, tiene desastrosas consecuencias. Nuestro mosaico étnico dice a las claras como progresa la cuantía de sangre amarilla en las venas de los peruanos. Inmigración eugénicamente indeseable, los asiáticos están abatiendo el patrimonio racial del Perú. Es ya hora de que los hombres de Estado mediten, seriamente, en tan trascendental cuestión. El control de las masas inmigrantes es una función capital de las naciones que amparan su sangre y su raza y que aspiran a su ennoblecimiento biológico.

La traducción médica de estas palabras está en el número de nacidos con pequeña talla, sin el peso debido y que vienen a la vida sin cumplir los 9 meses de gestación. Los nacidos-muertos son frecuentes. Y los que nacen vivos serán, siempre, enfermizos, flacos, linfáticos. El aire de decadencia física no los abandonará jamás. Mientras existan—niños o adultos—tendrán todas las apariencias del hombre endeble, quien por culpa de su misma falta de fortaleza corporal nunca alcanzará a convertirse en trabajador útil ni en ciudadano apto para el progreso de su patria. El mixedema, el mongolismo, las distrófias son las etiquetas con que figuran en patología infantil. En ellos cualquier dolencia es grave, el pronóstico a menudo reservado. Su corta vida es un historial de enfermedades.

La herencia patológica no solamente es el resultado de las infecciones crónicas de los padres, ni de las intoxicaciones habituales, sino también el resultado de los diversos factores sociales enunciados. Hay múltiples enfermedades cuyas consecuencias se prolongan en la descendencia y que restan pureza a la persona humana. La representación son los niños que están en el lindero de la salud y la enfermedad. En unos instantes se les vé sanos. En otros, los agobia el morbo. Son los llamados niños diatésicos, los predispuestos a sufrir, desde la hora del nacimiento, de determinados trastornos, los candidatos inveterados—como los llama un autor—a la enfermedad y a la muerte precoz. La escrófula o la obesidad son los amigos de estos niños. Cualquier pequeño resfrío tiene, en ellos, manifestaciones inusitadas. Las glándulas de secreción interna—tiroides, suprarrenal, hipófisis, timo—les funciona mal. Como son disendocrí-

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

nicos, una emoción los desequilibra, una alza de temperatura los altera, la tos o el vómito los desnutre, la muerte súbita siempre los acecha, tomando de sorpresa a los padres y socavando el prestigio del médico que los asiste.

En forma muy distinta, aunque con ese mismo carácter hereditario, hay ciertas dolencias que pasan de los padres a los hijos por varias generaciones. La culpa es de la consanguinidad. Las uniones entre parientes cercanos— tío y sobrina, primos-hermanos— determinan estados degenerativos diversos cuando poseen alguna tara, por leve que sea. Existe el antiestético albinismo, la superabundancia de pelos o hipertricósis, la piel escamosa y reseca o ictiósis, la dificultad de percibir los colores o daltonismo y la más temible de las afecciones: la hemofilia. También, la catarata congénita, la polidactilia, la ectromelia.

Creemos haber dado hasta aquí una visión de conjunto del gran problema social de la herencia morbosa apreciada en el recién nacido. Lo que apenas está sugerido en la interlínea son los medios pura y típicamente sociales que eviten al hombre tarado hacer de las suyas y traer al mundo niños degenerados orgánica o psíquicamente. En otras palabras, digamos el modo de hacer Eugenesia, por lo menos dentro de un orden intelectual. Toda la cuestión estriba en difundir el concepto de que la especie humana debe evitar la decadencia orgánica. Para eso se precisan instituciones, leyes, propaganda. Los pueblos de más rico patrimonio racial son los que han comprendido todo esto. Hoy las naciones no necesitan tanto de cualquier clase de hombres. Reclaman individuos fuertes, ágiles, con mentalidad creadora. Nosotros, que no hemos alcanzado a constituírnos como raza, porque el mestizaje nos abruma, tenemos problemas peculiares que resolver. Además, el analfabetismo y la incultura son las rémoras pesadas de la vida nacional. Tampoco, vale mucho el que contemos con algunos núcleos de hombres de raza homogénea. La masa la integran todas las razas inferiores y eso, eugénicamente, es una calamidad.

Cuando pensamos en todo esto viene, de golpe, una idea: en el Perú es imposible hacer Eugenesia. Pero, la vida nos enseña que nunca se puede ser tan enfático. Tal actitud equivaldría a desconocer las ansias del progreso y los estímulos de la razón. Por lo tanto, a los que simpatizamos con la Eugenesia nos toca iniciar la obra mejoradora del hombre peruano. Sería inadmisible que planteáramos los últimos recursos, complicados y difíciles, con que la noble ciencia soluciona las cosas. Primero, habrá que estudiar las posibilidades inmediatas, lo más fácil para ennoblecer la étnica peruana. La obra no pierde por eso su profundo significado. Por ahora y por muchos años tendremos que circunscribirnos a obtener que la gente viva mejor, a facilitar la vida, a reducir el desgaste corporal, a combatir las intoxicaciones, a practicar la medicina preventiva, a difundir la hi-

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

giene, en una palabra. Por estos medios indirectos el hombre se mejora. La instrucción pública viene en su ayuda, ya que la educación personal y la cultura de las generaciones son los pilares del eugenismo. Los otros, los representa el hombre fuerte que es, potencialmente, la mata del niño vigoroso.

Es cierto que tenemos una disposición que controla médicamente y en forma previa a los contrayentes. El medio es el certificado prenupcial. Contamos, además, con una avanzada ley de divorcio. Pero, de nada valen estos recursos en un país sin nupcialidad y con mayor porcentaje de hijos ilegítimos. De otro lado, la descalificación médica no destruye el amor y menos el instinto sexual. Con la ley en la mano se vence en las sociedades superiores. Las de cultura inferior, como la nuestra, siguen su marcha desorbitada. Legislación y cultura son inseparables. Por eso, racionalizar el amor será la obra educativa de los siglos. Porque el amor es tropiezo, es dulce resbalar, es la ilusión y el apetito que no encuentran su equilibrio. Expontáneo y libre o contrariado y perseguido el significado biológico del amor será siempre idéntico: "es la vida que necesita de otra vida para perpetuarse".

Al empeño de elevar la cultura patria hay que aunar diversas obras. Un ejemplo evita la disertación. En las uniones donde nace un hijo idiota las prácticas anticoncepcionales son el recurso piadoso. Más de un rostro se ruborizará al escucharnos. Pero, la moral pacata no detiene el torrente tumultuoso de los instintos. El hombre admite dejar de ser padre, pero no varón. Y la mujer impedida para la maternidad, desea continuar siendo esposa. La vestidura del puritanismo tan sólo recubre el exterior. Los médicos conocemos mucho todo esto. Y por lo mismo, confirmamos a cada rato los fracasos de contradecir las leyes naturales que rigen los destinos de la especie.

La protección de la mujer embarazada y la "maternidad consciente" son las obras restantes. El trabajo y la gestación son cosas incompatibles. Una embarazada que no reposa concluye en el parto prematuro o en el alumbramiento de un niño débil, que pronto enferma y, en seguida muere. El desbordamiento desenfrenado de la fecundación servirá para reemplazarlo pronto. El nuevo vástago tendrá, por fuerza, el mismo fin. La unión de los padres resulta, entonces, una fuente de desdichas. Pero, esas peripecias son evitables. Bastará persuadirlos de que deben tener el número de hijos que las energías corporales concientan y que los recursos económicos permitan. Después, se limitará voluntariamente la maternidad. La medida la combaten los defensores de la natalidad en gran escala. El mundo, por diversas razones, no sigue a estos. Por el contrario, numerosos procedimientos conducen a la limitación de la prole. Hay la esterilización, voluntaria o forzosa; hay el aborto provocado, sobre cuya licitud necesaria o eugénica se pronuncia la ley; hay el matrimonio temprano, gran higienizador de la raza; hay la eutanasia o

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

muerte piadosa, agudísima controversia con valiosos aspectos innegables, etc., etc.

En la hora que vivimos el volumen total de la Eugenesia ya no es un mero hecho conceptual. Ha pasado al terreno de las realizaciones. Tiene subida trascendencia seleccionadora. La Humanidad ya ha comprendido la conveniencia de separar la verdad religiosa y moral de la verdad científica.

La primera, es íntima, escapa a la demostración racional, necesita de milagros y precisa de mártires. La segunda, la verdad científica, basta con enunciarla. La fuerza de su realidad se impone. Por eso, a la luz de la Eugenesia aparece la cuestión sexual sin irracionales gazmoñerías e inspirada, solamente, en procurar la felicidad del individuo y el perfeccionamiento de la especie. En éste terreno, la función sexual es el acto fundamental de la vida al que se le señalan algunos principios de interés general que impidan la perpetuación de una raza degenerada.

EUGENESIA Y EDUCACION SEXUAL

Por el Dr. LUIS A. CHAVES VELANDO

La educación sexual es la base necesaria para la Eugenesia o ciencia que aplica las leyes biológicas al perfeccionamiento de la especie humana.

Conmenzaré por hacer un ligero esbozo de lo que es la herencia.

La herencia es ley fisiológica por la que se trasmiten las cualidades del padre al hijo. Veámos como.

En los primeros eslabones de la vida, el íntimo enlace de los descendientes con los progenitores es tal, que la diferenciación de padres e hijos no existe. Consideremos una **amiba,** animálculo unicelular cuyo protoplasma desempeña todas las funciones vitales. El núcleo de dicha célula es el centro de reunión de todas las impresiones y de su estructura íntima dependen las cualidades del minúsculo ser. Su reproducción se realiza por simple división: ésta comienza en el núcleo y se continúa en el protoplasma, dando orígen a dos células con sus respectivos núcleos, cada una de las cuales se desarrolla y constituye una célula exactamente igual a la primitiva. Como se vé, ninguna de las dos células resultantes de la división puede considerarse como padre o hijo, ambas significan la continuación de la vida de la primera célula, de la cual no puede decirse que ha desaparecido. Y como ésta multiplicación de los seres unicelulares por división se con-

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

tinúa indefinidamente, resulta que para la materia viva que los forma no existe en realidad la muerte. Las cadenas son infinitas, y aún cuando perezcan algunos eslabones, los demás continúan la serie, y la energía vital que animó a la primera célula es inmortal, imperecedera.

Pero, de la adaptación de los seres a través de las edades a las variables condiciones de la vida, han nacido los animales multicelulares, en los cuales cada grupo de células se especializó en determinada función. La división del trabajo es también ley de progreso en Fisiología. La motilidad, la respiración, la digestión, etc., encomendadas a sistemas especiales de células adaptadas a cada una de estas funciones, ganaron en perfección, y en estas repúblicas celulares, cada una de ellas es una unidad viviente cuya actividad se armoniza con las actividades de las demás células para concurrir a un mismo fin: la vida del todo, del animal perfeccionado.

Si la multiplicación de las amibas y demás seres unicelulares es función sencillísima y fácil de comprender, no sucede lo mismo con los seres elevados de la escala animal. En estos no es posible que suceda lo que en los primeros, es decir, que cada célula constitutiva del organismo de orígen a dos por división, y que toda la complejísima estructura resulte así dividida en dos individuos distintos y completos. El absurdo de esta suposición es evidente. Necesario ha sido que la función reproductora, como las demás, tenga su asiento en determinadas células especializadas con ese fin; y es así como, de esa admirable división del trabajo, han nacido las células sexuales, o sea el óvulo y el espermatozoide encargados de conservar la especie mediante su conjunción. Estas células para llenar su misión tienen que dar orígen a todas las diferenciaciones celulares que han de formar el nuevo animal, esto es, que en sus divisiones sucesivas darán nacimiento a células nerviosas, musculares, óseas, glandulares, etc., las que a su vez reproducen los distintos órganos del cuerpo. Y como el núcleo es la parte esencial que decide de la funcionalidad celular, tenemos que es en el núcleo de cada una de las células sexuales donde están representadas todas las células del animal de que proceden.

Así queda explicado, fisiológicamente, como las células de la reproducción dan orígen a otros seres semejantes a sus progenitores, del mismo modo que una amiba dá nacimiento a dos amibas. La diferencia está en que en una amiba, es la misma célula la que desempeña todos los actos de la vida, inclusive la reproducción, en tanto que en los seres elevados de la escala animal, las células destinadas a la conservación de la especie no desempeñan más que ese papel.

En los núcleos ovular y espermático está cristalizada la evolución toda de los seres. Cada uno de los átomos, de las moléculas de esos núcleos, encierra un progreso, una cualidad, una con-

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

quista. Y en ese torbellino atómico palpitante, y en esas constelaciones moleculares tan infinitas en su pequeñez, como infinitas son las estelares en su grandiosidad, se encierra la organización toda del rey de la tierra. Ahí viven latentemente las células que formaran el nuevo organismo, células que vienen viviendo desde el protoplasma primitivo, que perdurarán en las generaciones venideras, y que se rejuvenecen sin cesar en cada conjunción, en cada individualidad que forman. Fusiónanse los dos núcleos sexuales y nace el **homo sapiens** como resultante del pasado, como hijo de los siglos, como consecuencia de incomensurable labor.

Así queda transformado el concepto de la reproducción. Esta es la unión sublime de dos núcleos en un solo núcleo, de dos vidas en una sola vida, de dos seres en un solo ser. Es la eterna resurrección de la carne, es el pasado que revive y el porvenir en gestación, es el soplo divino de vida del infinito, es el **fiat** creador, es la humanidad inmortal que pasa a través del individuo contingente que desaparece.

Todo esto es y significa el acto soberano de la reproducción, ley suprema de todo lo viviente, aspiración irresistible de todo ser.

Pero abandonemos estas alturas y descendamos al nivel en que nuestra organización social ha colocado a la función reproductora.

La ciencia, rompiendo el velo de nuestra ignorancia y permitiéndonos contemplar los augustos secretos de la reproducción y de la herencia, nos ha hecho inclinar respetuosos ante la más sublime de las funciones vitales. Y la sociedad, con sus prejuicios, mancha de lodo lo que hay de más sagrado. Desde el punto de vista sexual la mentalidad humana no ha progresado. La función genésica no se ha espiritualizado con la civilización: al contrario, ha sido degradada, animalizada, convirtiéndosela en una función impura.

Meditemos un momento en las consecuencias fatales de semejante estado de cosas.

Al niño y al jóven se les enseña las leyes elementales de todas las funciones vitales, excepto las de la reproducción. Este es el **"noli me tangere"** de los padres y maestros. Error desgraciado; porque, cuando en el púber principian a esbozarse los primeros anhelos de la naturaleza, cuando el jóven comienza a sentir en su ser la repercusión de los universales efluvios del amor creador, entonces tiene por guías la ignorancia absoluta de la hermosa verdad que enaltece, el anatema que atrae irresistiblemente hacia la fruta prohibida, y el ambiente de corrupción que hace desarrollar morbosamente lo que no se ha querido enseñar en toda su grandiosidad, ni se ha sabido hacer respetar en toda su pureza. Se ignoran así las bellezas de la verdad, y se conocen los fangos del vicio; se ignoran las sublimidades de la vida que perdurará en los misteriosos órganos, y se conocen las abyecciones del instinto ciego.

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

Hipocresía funesta! Se guarda silencio y se hacen misterios ante los adolescentes cuando los tangibles hechos de la fecunda naturaleza hablan elocuentemente, a pesar de que comprendemos que esos niños no son unos ignorantes. Vemos sus contenidas sonrisas maliciosas, sorprendemos las miradas de inteligencia que cambian con sus camaradas, sentimos que viven en una atmósfera mal sana que solo sabe despertar prematuramente las sensaciones brutales, experimentamos la profunda inquietud de que la corrupción contamine a esos queridos seres inexpertos, inconcientes de los peligros que los asedian, vemos levantarse ante ellos el fantasma de los vicios ocultos que matan en flor la virilidad juvenil, y, sin embargo, no los ilustramos, nos callamos neciamente.

Y la juventud, la hermosa juventud depositaria de la humanidad futura, esperanza del porvenir, fuente sagrada de vida, con los ojos vendados por la ignorancia y embriagada por los vapores del sensualismo que la rodea por doquiera, corre locamente a quemar sus alas de pureza en el candente altar de Afrodita. No sabiendo lo que hace, arroja al fango los gérmenes depositarios de la obra de los siglos; inconciente del suicidio que realiza, mata con espasmos desequilibrados al pasado, al presente y al futuro. Y las células reproductoras, esos santuarios de la vida, se pierden en el putrílago amasado por el vicio y los prejuicios sociales.

Si el instinto de reproducción se impone a todo ser con la fuerza irresistible de una ley natural; si ese instinto puede desarrollarse anormalmente debido al medio en que vivimos y acarrear la ruina de las familias y de la raza; ¿por qué nos obstinamos en abandonar esa función al azar de todas las perversiones, y nos exponemos a que el derrumbe genésico de nuestros hijos acarree el envilecimiento y desaparición de nuestro nombre?

¿Por qué, en lugar de permitir que la función se desarrolle guiada por las lecturas mal sanas, por el cine y ese ambiente de sensualismo que nos emponzoña, no educamos a la juventud en la verdad, despertando en el niño desde el momento en que se esboza la razón, el sentimiento de respeto por lo más noble que encierra nuestro ser?

El ejercicio prematuro de la función que nos ocupa, y las desviaciones y abusos sexuales nacidos de la falta de educación, traen como consecuencia fatal el debilitamiento, la ruina, cuando no la atrofia completa de los órganos reproductores. De esos individuos agotados, representantes de la senilidad a los 30 años, nacen los engendros raquíticos, degenerados y la decadencia de la raza. Fruto de la ignorancia que condeno, son los hombres que forman tristes familias agobiadas con el peso de sus miserias fisiológicas y que constituyen, no la excepción, sino legiones que tienen como patrimonio el sufrimiento.

La prostitución de la función reproductora implica, de consiguiente, un verdadero crímen de lesa humanidad. Maldito sea mil veces el ser que habiendo recibido en herencia una vida potente formada por el esfuerzo de muchas generaciones, la trasmite en

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

organismos tarados, contribuyendo a acrecentar ese lote de miserias que soporta la humanidad y obstaculiza su progreso.

El que degrada las más elevada función orgánica, pisotea en el fango el ser de sus padres y antepasados, y escupe su propia miseria a la faz de sus hijos.

No somos dueños de nuestra vida, nos debemos a la humanidad futura.

La educación sexual de la niñez y de la juventud se impone, pues, en las sociedades modernas, porque de lo contrario el fin elevado de la función se esfuma de la mentalidad de los jóvenes, el elemento psíquico que debe colocarnos por encima del instinto se atrofia, y en su lugar se levanta la hidra monstruosa del sensualismo contemporáneo.

La educación sexual debe comenzar desde el momento en que se esboza la razón del niño, pues solo así es posible formarle una mentalidad sexualmente pura. Comenzar después es llegar tarde.

Quiero dejar contancia de que respeto todas las opiniones, siempre que ellas no se opongan a la dignificación de la función reproductora. Saquemos a ésta del lodazal en que amenaza naufragar, levantémosla alto, muy alto, grabemos profundamente en los cerebros maleables de la infancia el religioso respeto que debe tenerse por el misterioso amor que nos inmortaliza, y avanzaremos con paso seguro hacia el ideal eugenésico de mejoramiento de nuestra especie.

LA EUGENESIA Y LA PROFILAXIA DEL NIÑO EN ESTADO DE PELIGRO

Por el Dr. JULIO ALTMAN SMYTHE

Si la infancia, en general, ha de merecer la protección decidida del Estado, la niñez abandonada o en "estado de peligro", es la que mayormente debe recibir los beneficios de esa obra tutelar.

Para hacerse labor efectiva hay que combatir los factores etiológicos determinantes de la peligrosidad del menor; hay que destruír de raíz las causas reales del mal que nos ocupa.

Cada uno de los factores etiológicos que determinan la peligrosidad del menor, deberá merecer un estudio atento y sereno y una profiláxia inteligente: Desde la constitución anormal del niño, producto de causas ancestrales, hasta el ambiente fa-

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

miliar y social, resultado de la viciosa organización que prima en nuestros días.

Como bien podrá comprenderse el tema es amplio, por lo cual me limitaré a desarrollar algunas cuestiones que se relacionan con la Herencia, ya que el paso inicial debe darse en busca de las medidas profilácticas que detengan la peligrosidad de carácter hereditario.

La herencia de las tendencias delictivas es uno de los factores etiológicos más importantes de los actos antisociales. De padres degenerados (alcóholicos, viciosos, delinduentes, etc) generalmente resultan descendientes con tendencia antisocial.

El niño nacido de padres degenerados está especialmente condicionado para adquirir personalidad antisocial objetiva. Su naturaleza predispuesta no podrá luchar con éxito contra un medio hostil. Por esta causa es de toda necesidad evitar estos nacimientos nocivos, que llevan en latencia el gérmen de una probable anormalidad, posible de manifestarse en el niño que ha nacido en tales desventajosas condiciones orgánicas.

La **Eugenesia** hará posible la obtención de tan hermoso objetivo, lográndose, al fin, la estirpación radical del mal.

Existen, sinembargo, muchas resistencias a la aplicación de las prácticas eugenésicas, como resultado de prejuicios arcaicos.

La procreación del hombre, no debe continuar, por mas tiempo, como resultado del azar.

Conviene inculcar en la masa que no solo debe buscarse la perfección física,—como lo hicieron en épocas pasadas los espartanos,— sino que es de estricta necesidad que se cuide, así mismo, el desarrollo intelectual y moral, de tal suerte que el aforismo de Juvenal: "mens sana in córpore sano", sea una realidad. Y ello solo podrá obtenerse mediante la procreación conciente.

Todos aceptan que el agricultor, por ejemplo, seleccione las semillas antes de sembrarlas; que el zootécnico segregue los animales no convenientes y seleccione los buenos sementales, con el fin de tener una buena cría; pero hay muchos que no admiten que se seleccione la semilla humana, prefiriendo locamente que ésta sea lanzada al acaso. Pero ya es tiempo de reaccionar contra este prejuicio. Porque hay que convencerse que, si se desea sinceramente la salvación de la especie humana, es necesario producir una selección en las mujeres y hombres mejor dotados, paobtener, de esta suerte, generaciones sanas y vigorosas, libres de herencia perniciosa.

Si los principios de la Eugenesia se aplicaran inteligentemente, es casi seguro que obtendríamos hombres y mujeres dotados de atributos de indudable superioridad y el número de niños en "estado de peligro" disminuiría en forma no pensada. Conociendo los efectos de la herencia morbosa, es de comprender fácilmente la importancia que tendría la aplicación de los métodos

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

preconizados por la ciencia de Galton en la resolución del complejo problema del menor en "estado de peligro".

La organización social y económica que prima en la actualidad en el mundo civilizado, es la causante que la procreación de los mejor dotados se haga cada día en peores condiciones. La falta de justicia distributiva de la organización social actual, influye, grandemente, en la escasa procreación de elementos bien dotados, lo que se hace notable entre el elemento intelectual. La Eugenesia vendría a resolver este serio problema, proclamando la justicia social y un mejor nivel de vida.

Con hombres depauperados física y mentalmente, por razón de su bajo nivel vital, irremediablemente se obtendrá una descendencia sin robustez, propensa a caer en las garras del "estado peligroso". La ciencia de Galton, persiguiendo tanto el beneficio individual como el social, pondría fin a una situación insostenible y cruel, que no debe continuar por más tiempo.

Grave culpa tiene en todo ello nuestra actual legislación. La familia, el matrimonio y la procreación de nuevos seres, están tratados por nuestro Derecho con un criterio inaceptable, en el que prima un arcaico concepto, interviniendo muy escasas veces los principios que proclama la Biología. El Derecho, expresión fiel del sentimiento colectivo y de las necesidades sociales, debe contemplar estos principios, especialmente cuando se trata de la unión de los sexos, de la constitución de la familia y de la progenie en general.

Es de notar, así mismo, que la gran mayoría de los legisladores, poco o nada conocen de los conceptos preconizados por la Eugenesia. De ahí la escasa importancia que dán éstos a las medidas defendidas por la ciencia de Galton. Felizmente, ya existen varios países que principian a respetar sus grandes postulados y sus legisladores se preocupan seriamente de la formación de leyes eugenésicas. "Sin duda— exclama el Profesor Noguera— este camino comienza a ser hollado ahora, penetrando a la manera que los colonizadores, con la tea y el hacha, por un bosque inmenso de prejuicios".

Hora es que se apliquen los principios galtonianos en el Perú, contemplando— claro está— la realidad peruana.

El aspecto eugenésico del problema del menor en "estado de peligro" abarcaría las siguientes cuestiones:

1º—Mejoramiento efectivo del nivel de vida de la población peruana, contemplándose el Seguro Social, la habitación higiénica, el abaratamiento de los artículos de primera necesidad, la higiene del trabajo, la legislación social orientada por los modernos postulados político-económicos, la protección de la madre soltera y del niño desamparado, la asistencia social organizada científicamente, etc., etc.

2º—Exámen médico periódico, tal cual lo propugna entre nosotros el Dr. Carlos A. Bambarén, Presidente de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, y que complementaría la finalidad eugenésica del Certificado Médico Prenupcial.

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

3º—Esterilización de los degenerados y criminales, destruyendo la simiente de los seres tarados antes que se produzca la fecundación.

4º—Cartilla de salud individual y familiar, por medio de la cual se tendría un medio seguro y altamente serio para conocer toda posible anormalidad de los individuos. y

5º— Declaración obligatoria de los médicos y educadores que asistan o instruyan a niños anormales, para que el Estado haga un Registro de éstos y busque los medios para impedir se transformen en menores en "estado de peligro".

Sobre las dos primeras cuestiones es innecesario desarrollo mayor, porque se aceptan y rigen en el Perú, por lo cual solo se dilucidarán las siguientes.

La esterilizacón de los degenerados y criminales todavía encuentra resistencia, pero los más irreductibles tendrán que convertirse en sus más ardientes partidarios una vez que comprendan su noble finalidad y sus resultados ampliamente halagadores, obtenidos en países que la aceptan.

Las medidas eugenésicas de simple educación no producirán, por sí solas, resultados apetecibles. Estas influirán, es cierto, sobre las mentalidades superiores y aún sobre otras que, aunque no las apliquen como fenómeno de conciencia, las aceptarían como un "reflejo instintivo" de amor a la prole, que desearán fuerte, inteligente y feliz. Pero los locos, los débiles mentales y los irreductibles no comprenderán jamás el crimen que cometen con dar al mundo seres degenerados, que llevan en latencia el "estado de peligro". En estos casos hay que llegar hasta la aplicación de medidas más efectivas y radicales, como la esterilización.

De nada valdría la educación eugenésica, toda vez que la fecundación conciente y voluntaria sería aceptada únicamente por un reducido grupo de personas. El control voluntario de los nacimientos de seres que reciban inocentemente taras trasmisibles por herencia, sería un fracaso entre nosotros, por la crasa ignorancia que reina en todos los sectores de la sociedad, y por los prejuicios que aún dominan en tales medios.

La prohibición de contraer matrimonio que se impusiere a los individuos anormales o degenerados, sería perfectamente inútil. La simple interdicción legal del matrimonio de estos seres constituye una prohibición literaria, puesto que las uniones sexuales libres no podrán nunca controlarse. Siendo esta disposición legal perfectamente ineficaz, existe la necesidad impostergable de llegar hasta la esterilización de los individuos tarados.

"La esterilización de los degenerados y criminales— como afirma Renato Khel— representa una medida complementaria de la política eugenésica, la cual establece, como puntos principales, el exámen de sanidad prenupcial, la evitación de la paternidad indigna, la procreación, en suma, de cacoplastos". Así piensa, igualmente, Earl Russel, uno de los tratadistas más conocidos y respetados.

Aunque no puede preveerse de manera absolutamente segura la aparición de descendencia tarada, porque casi todas las

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

psicopatías se trasmiten conforme a las leyes mendelianas de la herencia; sin embargo, analizando el "patrimonio hereditario" de los antepasados del individuo, es posible llegar a conclusiones que permitan recomendar o nó la práctica de la esterilización.

Es conveniente divulgar que la esterilización no ofrece ningún peligro, es perfectamente incruenta y no altera el poder sexual, ni produce efectos considerables en la fisiología humana.

La idea propugnada no es nueva, existe en muchos países legislación que permite la esterilización de los anormales. Lastimosamente en el Perú, aún la gran masa permanece sin comprender sus ventajas y solo goza de simpatías en los medios mejor preparados.

El registro familiar o cartilla de salud individual y familiar es de incalculables influencias bienhechoras y posee un elevado fin eugenésico.

En este registro se anotarán las anomalías que presenten los individuos, el uso del alcohol u otros tóxicos conocidos por sus efectos desastrosos, los delitos y faltas cometidos, las enfermedades sufridas, especialmente las mentales y nerviosas, las condiciones ambientales que han rodeado su desarrollo, etc., etc. De esta suerte podrá contarse con un medio seguro y práctico de referencia para el exacto conocimiento de todos los datos que pudieran interesar al aplicarse inteligentemente las medidas eugenésicas.

Por lo general es difícil, por no decir imposible, conseguir los datos relativos a los ascendientes de determinada persona. No existiendo un Registro Familiar, en donde se anoten las características físicas y psíquicas de sus componentes, es inútil tratar de descubrir datos ciertos sobre las enfermedades y anormalidades que han podido sufrir los antepasados de un individuo. La **Cartilla de Salud Individual y Familiar,** vendría a poner término a este estado de cosas.

La declaración obligatoria por los médicos y educadores, de los niños anormales, que asistan o eduquen, es disposición eugenésica que se impone. Esta obligación legal ayudaría eficazmente al Estado para confeccionar el Registro correspondiente, impidiéndose por medidas oportunas que los niños anormales se transformen en menores en "estado de peligro". El Servicio Social, debidamente preparado, cumpliría su importante papel, obligando a los padres de estos niños que los pongan en manos del especialista, quien, con su ciencia, sabrá impedir que lleguen hasta el "estado de peligro". Así se salvaría a la Sociedad de las cargas pesadas que impone el sostenimiento de los casos citados, más numerosos de lo que generalmente se cree.

El programa que se propugna es de importancia innegable; quienes lo auspicien deben estar seguros que la Patria sabrá agradecerles su aporte en bien de la nacionalidad, porque las generaciones futuras mejor informadas de las nuevas orientaciones científicas, aplaudirán la legislación eugenésica, a la que deben su perfeccionamiento físico, psíquico y moral.

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

EL CERTIFICADO MEDICO PRENUPCIAL

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Tema de actualidad, que ha apasionado y entusiasma todavía, es el del certificado médico prematrimonial. Eugenistas, sociólogos, juristas y hombres de gobierno han acogido la idea tratando de difundirla y de darle argumentos en su favor, desde sus puntos de vista personales. En el Perú no han faltado tampoco partidarios del certificado médico prenupcial; entre sus panegiristas recordamos al Dr. Guillermo Fernández Dávila, existiendo desde 1931 disposición legal que lo incorporó como requisito previo al matrimonio civil.

Persigue fin eugenésico, indiscutible, el certificado previo al matrimonio y se propone evitar en las descendencia la trasmisión de cualidades o caracteres que la hagan infeliz. Este empeño resulta de comprobarse la triste realidad de uniones conyugales que dan orígen a seres tarados o depauperados. En la anfimixia se conjugan los caracteres biológicos de los progenitores y el nuevo ser trae consigo la fusión del patrimonio hereditario de sus ascendientes. Ellos, según sus condiciones, darán lugar a un ser con caracteres óptimos o en situaciones desventajosas dentro del nivel biológico de la especie. Interesa favorecer las uniones de los seres bien dotados e impedir las de aquellos que posean factores degenerativos, trátese de elementos de orígen ancestral o de cualidades adquiridas en el curso de la evolución; en cualquiera de los dos casos la descendencia ostentará la huella imborrable del estado de los padres en el momento de la fecundación.

El certificado médico prenupcial trata de impedir que se engendren seres que posean condiciones biológicas adversas para el progreso de la especie y en este empeño generoso realiza obra eugenésica.

Desgraciadamente la trasmisión hereditaria no es un proceso de continuidad ininterrumpida, obedece a ritmos y a modalidades propias, que se diversifican según los casos y las circunstancias y que se transforman como resultado de la concurrencia vital del ambiente en el cual vive el ser. No es obra del acaso, ni del azar, como muchos han dicho, esta cuestión de la herencia; es consecuencia de factores biológicos, en muchas ocasiones encadenados dentro de la proporcionalidad numérica y en otras circunstancias vinculados específicamente con factores que se relacionan con la textura de la célula viva.

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

Todo esto hace ver lo complejo de la herencia, pero no por eso inabordable a los esfuerzos de los investigadores y los progresos de la técnica, que no ha aclarado todas las incógnitas que tiene y que no las resolverá de modo exhaustivo, porque la ciencia al aprisionar la realidad no suministra nociones absolutas, sino conceptos relativos.

La finalidad eugenésica del certificado previo al matrimonio reposa, como se ve, sobre fundamentos biológicos que han dado origen a una biología humana con el mismo valor y la misma técnica que la biología animal y vegetal y está de acuerdo, además, con los principios de la selección artificial que introdujese en la Biología el padre del transformismo Carlos Darwin. Es, pues, un recurso selectivo y se convierte en un factor eugenésico.

Los juristas adoptando las ideas eugenésicas han llevado a la ley este requisito prematrimonial, pensando que con ello acataban los dictados de la ciencia y contribuían a la felicidad del hombre. En este empeño todos no han procedido de la misma manera, pero siempre lo han colocado como un elemento previo a las nupcias, variando los requisitos técnicos que deben llenarse antes de expedírsele.

Los hombres de gobierno, alarmados ante el incremento de las cargas que pesan sobre el Estado como consecuencia del aumento de seres degenerados, incapaces de bastarse a sí mismos, y ante la avalancha de sujetos peligrosos que atentan contra el orden social y las normas morales del vivir, han aceptado el certificado médico prematrimonial, considerándolo un elemento acertado para la higiene de la prole.

Los médicos, igualmente, se han hecho partidarios del certificado prenupcial pensando que con él se conseguirá evitar la trasmisión de muchas enfermedades hereditarias, conceptuando, además, que con esto se lleva a la práctica una medida eugenésica.

El público, por último, también ha aceptado en líneas generales el valor y la utilidad de este certificado médico prematrimonial.

Coincidiendo, pues, este conjunto de opiniones, se explica la acogida cada vez más amplia del certificado que nos ocupa.

Pero la medida eugenésica no llega a alcanzar los dilatados dominios que soñaron sus iniciadores y que anhelan los que propugnan el certificado médico prenupcial. El hombre contribuye a la perpetuidad de su especie, en múltiples ocasiones, sin recurrir al vínculo matrimonial y en estas circunstancias no hay oportunidad para poner en práctica dicho certificado y para conseguir todos los beneficios que de él pueden derivarse. La descencia en estos casos no estaría, pues, garantizada y la estadística comprueba en nuestro país que la natalidad sin matrimonio tiene guarismos muy elevados.

Por otro lado, cuando se trata de legitimar a la descendencia habida fuera del matrimonio, el certificado médico prenupcial no llena los fines que se propuso el legislador al ins-

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

tituirlo, pues no tendría objeto expedirlo después del nacimiento de los hijos.

Por consiguiente, existe un número bastante apreciable de hijos en los cuales su concepción no se ha ajustado a los cánones de la eugenesia, ni a los requisitos de la ley.

Naturalmente que lo citado no constituye argumento contra el valor eugenésico del certificado médico prenupcial, pero sí señala hechos que no deben pasar inadvertidos para los que, desde el terreno de la ley, desde el campo de la biología, desde la esfera del gobierno, se proponen realizar obra de higiene de la raza.

Ante estas situaciones señaladas, convendría— como ya lo enunciamos en otra ocasión— difundir el exámen periódico del individuo, para comprobar en diversos momentos de la vida su estado **eubiótico** o sorprender condiciones **disbióticas** que hagan verosímil una influencia hereditaria inconveniente para la descendencia. El certificado médico prenupcial sería, en este caso, el que resulte de uno de los tantos exámenes periódicos llevados a cabo, constituyendo, en buena cuenta, el que precede al matrimonio.

La periodicidad del exámen médico para averiguar el estado de salud del sujeto, hará que se dé más respetabilidad a las consecuencias biológicas que se infieren de los resultados que suministra y, posiblemente, se convertiría en una fuerza con mayor valor dominante sobre las decisiones sexuales y familiares del hombre.

No hay duda que el exámen periódico del individuo orientaría su vida sexual dentro de una canalización diferente de la que hoy tiene, llevándolo más bien al neomalthusianismo, es decir, al control de la fecundación, cuando la ciencia le demostrase que no reune condiciones óptimas para tener hijos. Esta postura la conceptuamos de mayor envergadura eugenésica que el certificado médico prematrimonial y acaso está en ella la solución para evitar la descendencia **disgénica** y conseguir la selección humana.

De intento se ha dejado de contemplar el **modus operandi** que debe preceder a la dación del certificado prenupcial, no obstante que lo consideramos de gran interés, pero es bueno dejar constancia que a él debe aplicarse técnica semejante a la que se sigue en el exámen periódico del individuo en los centros de gran desarrollo científico y de amplio progreso cultural.

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

EUGENESIA Y SOCIOLOGIA INDIGENA

Por el Dr. M. JULIO DELGADO A.

La Eugenesia nació de los estudios de Francis Galton que en 1884, publicó su libro "Inquiries into Human Faculty".

Existe íntima correlación entre Sociología y Eugenesia.

La Sociología Indígena al estudiar las características de la sociedad indígena, señala diversos hechos de los pobladores autóctonos de nuestra patria, mostrando si se ajustan a la Eugenesia o si por el contrario son de influencia disgenisante, como desgraciadamente acontece.

En este empeño de estudiar la Sociedad indígena, he puesto, desde hace tiempo, mis entusiasmos, tratando de penetrar en la raigambre que preside la producción de dichos actos, para enseguida deducir las enseñanzas preventivas o constructivas que de ellas dimanen para el mejor conocimiento de la dinámica de la raza aborígen.

En mi libro "Folklore y Apuntes de Sociología indígena" he dicho que solo "descendiendo a los detalles de la vida indígena podráse estudiar el fenómeno social peruano, toda vez que no hay Sociología aplicada al aborígen. En esos detalles se desarrolla pletórica la psicología del indio sin las coberturas del disimulo y la mentira, como cuando el indio habla con el blanco. Solo conociendo profundamente la vida privada y social del indio puede proponerse medios para la incorporación de aquél a la nacionalidad, igualmente que para la interpretación científica de la Dinámica Racial".

El conocimiento del Folklore Indígena, tiene mucha importancia para los médicos, indigenistas, legisladores y gobernantes. Sino se descendiera a estas nimiedades, donde la vida es pletórica de imaginaciones, creencias y supersticiones, ninguno de aquellos, ni los sociólogos, podrán enfocar en su verdadera importancia el problema indígena".

El conocimiento de las costumbres indígeas, permitirá reincorporar el indio a la nacionalidad y también estudiarlo a través del prisma de la Eugenesia.

No hay duda que para esta reincorporación, se necesita como medida previa la creación de un "Ministerio de asuntos Indígenas", en el que se atendiese la legislación apropiada que conviene al aborigen y después se aplicase un plan gubernativo unificando para reintegrarlo a la nacionalidad. Secciones de "Fo-

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

mento", "Hacienda", "Educación", "Gobierno", "Militar", "Justicia" é "Higiene y Asistencia", tendrían a su cargo la resolución de los problemas indígenas que se refieren a su Economía, a sus Finanzas, a su Instrucción, a sus autoridades, a su preparación militar, a su Derecho y a su Vida y Salud.

Todos estos aspectos no son únicamente legislativos, sino polilaterales, eminentemente sociológicos, ya que deben contemplar el perfeccionamiento físico, intelectual y moral del indio.

Cualquier intento de reincorporación del indio tendrá que basarse en la Educación, porque ella, fuera de la cultura específica, suministra conocimientos sobre Higiene, de los que está muy necesitada esa raza.

Es indudable que fuera de los factores antropológicos, influyen sobre el indio factores físicos, pues, el indio de las quebradas es distinto al de las cordilleras.

Múltiples son los factores que conspiran contra la vitalidad de la raza indígena: citaremos la coca, el alcohol, la servidumbre, la ignorancia, las enfermedades y ciertas costumbres seculares.

La coca que mastica el indígena, contribuye a disminuir sus exigencias nutritivas, aumentando su resistencia física para el trabajo. Esta costumbre perniciosa se ha fijado tanto en la mentalidad indígena, que la retribución del trabajo se hace con hojas de coca. Conviene desde el punto de vista eugenésico que se proscriba esta costumbre y que se le busquen sustitutos apropiados.

El alcohol es otro hábito muy difundido en la población indígena, que mantienen los gamonales para la sumisión del indio. De la alcoholización se derivan muchos males para el indio, que llegan hasta la delincuencia. Es indispensable en nombre de la Eugenesia reclamar la supresión del uso del alcohol en la sierra para conseguir la rehabilitación del indígena, aunque esta medida será imposible de inmediato, porque al Estado produce una renta de 10 millones de soles aproximadamente.

La servidumbre es factor evidente que camina en sentido opuesto a la Eugenesia. El abuso y la humillación hacen que el indígena se encuentre en un estado de inferioridad, del que conviene sacarlo, si se piensa seriamente en su rehabilitación y ninguna medida eugenésica podría propiciarse si previamente no se le devuelven sus derechos humanos.

La ignorancia es la base fundamental del estado de postración en que yace la raza aborígen. El día que se disipen sus tinieblas, será posible pensar en su elevación eugenésica.

Las enfermedades que azotan al indígena son terriblemente letales. La mortalidad infantil agota el crecimiento vejetativo y neutraliza su prolificidad. Puede afirmarse que la reducción considerable que la población indígena experimentó durante la Colonia, fué originada por las enfermedades. Durante la República, las cosas han seguido casi iguales; la reciente epidemia de Paludismo en los valles de la Convención y Lares del departamen-

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

to del Cuzco (1933) son la prueba indiscutible de esta afirmación.

Esta epidemia ha sido seguramente favorecida por la deficiente alimentación de los indios, por ello el Gobierno dictó disposiciones para que los hacendados cumpliesen con colaborar en la política eugénica que se propuso, en esos momentos, aún cuando fragmentaria y tardíamente.

La muerte de los 5 ó 6 mil indios de esa región, como consecuencia del flajelo, debe servir tanto a los hombres bien intencionados del Perú como al Gobierno, para que fijen sus ojos, con criterio real, hacia las diversas fases del problema máximo de la peruanidad, cual es el del Indio, sin cuya solución será imposible que el Perú certeramente puede emerger con seguridad ascencional, en su marcha económica y financiera.

Hay un aforismo antiguo que dice: "mas vale prevenir que curar". La Medicina Social y por lo tanto la Eugenesia seguramente constituyen las ramas más importantes de la Medicina Preventiva, para dotar al organismo del individuo de las defensas necesarias contra los microorganismos que, al no estar equipados de estas defensas, serán, fatalmente, la presa fácil de aquellos e irán a aumentar el número ascencional de la población de los pocos Hospitales del Perú, llegando a formar una verdadera y dolorosa carga del Estado.

La alimentación frugal, se une con los factores enunciados ya, para aniquilar los elementos primordiales del organismo indígena, el cual, es el terreno preparado o propicio para que se desarrollen con facilidad muchos microbios patógenos.

Veamos algunas costumbres de los indios, que pueden ofrecer algunas vinculaciones con la Eugenesia y con los derechos de familia.

En el sur peruano existe la generalizada costumbre de exponer a los infantes en la puerta de casa de las familias acomodadas y sin hijos, con el fin de que aquellos gocen de la comodidad doméstica de que carece la madre indígena. Juzgado jurídicamente este hecho, si no va seguido de abandono, no es punible. Ni podía ser, porque la madre se desprende de un tesoro, cual es su hijo, en aras de la mejor condición de éste. Estos niños así expuestos, se denominan en el folklore aborígen: **Wijch' uscha** o botadito. Este concepto de tesoro, no es solo moral sino que, el indio reputa a su hijo como una riqueza, a manera de un resabio ancestral. Por manera que es falsa la especie sostenida por algunos escritores indigenistas de que, el indio ame más a sus acémilas y demás animales domésticos, que al mismo hijo. He visto múltiples veces la lucha titánica librada por la madre indígena, cuando el blanco trata de convencerla para conseguir la entrega de su hijo. Y es que la madre, por inculta que sea, siente en el corazón y en la subconciencia el grito de la naturaleza.

Existe otra costumbre en la sierra, con caracteres de una verdadera institución de norma consuetudinaria indígena. Me refiero al **servinacuy** (keswa) y la **serviciña** (aimará).

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

Es una preinstitución nacida del consensus social indígena, a manera de prueba anterior al matrimonio. Consiste en la vida conyugal llevada de varón y mujer solteros, por el espacio de uno o dos años, para que durante ese tiempo se compenetren en sus afectos y tendencias, esto es, congenien, caso de ser conveniente a ambos formalizar el matrimonio. En su defecto, se reparten por igual los bienes adquiridos durante esa vida. Resuelven convenientemente la suerte de sus hijos; por lo general el hijo queda con el padre y la hija con la madre. Rara vez el indio desconoce a su hijo y para los efectos sucesorios no espera que sea formalmente reconocido, basta que lo haya tenido en su poder y que en la **parcialidad** o en el **aillo** se le tenga por su hijo.

Se puede afirmar que el indio casi nunca acude a los jueces para que resuelvan contenciones sobre derecho familiar.

Para dar comienzo a esta vida conyugal es menester que los padres del varón pidan a los de la **pasña** (mujer soltera), después de dos o tres requerimientos; en el último simula el varón raptar a la mujer en la noche; y desde el día siguiente comienza la cooperación conyugal en las faenas agropecuarias. Estos raptos consentidos se hacen con mujeres de 14 a 16 años.

Por esta breve enumeración de conceptos y hechos de Sociología indígena, es posible afirmar:

1º) Que conviene un régimen especial para reincorporar al indígena peruano a la nación.

2º) Que es urgente la aplicación de la eugenesia para redimir al indio.

3º) Que la educación higiénica, sería factor poderoso para mantener su dinamismo vegetativo antiguo.

4º) Que las enfermedades y las intoxicaciones son factores que conviene combatir en una campaña eugenésica entre el elemento aborígen.

5º) Que todo está por hacerse en el Perú en la reintegración del indígena.



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



Dr. CARLOS VILLARAN
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

En las elecciones habidas en el Claustro de profesores de Medicina, resultó elegido Decano el Dr. Villarán, de quien es bueno recordar el Discurso que pronunciara en el Primer Congreso Nacional de Medicina de 1927, donde trazó, de modo magistral, un programa de gobierno universitario aplicable a la Facultad de Medicina.

El Consejo Directivo de la Facultad, de acuerdo con el Estatuto, está integrado por los Drs. Carlos Monge, Constantino J. Carvallo, Raúl Rebagliati, Augusto Dammert, Ricardo Palma y Fortunato Quesada.

Universidad del Perú. Decana de América

NECROLOGIA



Dr. ESTANISLAO PARDO FIGUEROA

El 28 de julio inició su viaje sin retorno, el Dr. Estanislao Pardo Figueroa, notable médico peruano, que cultivó la medicina práctica con singular acierto, ostentando la arrogancia de los clínicos de la pasada centuria.

Nació nuestro recordado maestro el 27 de mayo de 1868, en un hogar ilustre por su inteligencia y prosapia; fué su padre el notable jurisconsulto del mismo nombre y apellido, que ocupase una vocalía en la Corte Suprema de Justicia de la República y el Portafolio de un Ministerio de Estado.

Pardo Figueroa se recibió de médico y cirujano el 14 de mayo de 1894, presentando para optar el grado de Bachiller una tésis intitulada "Inutilidad del vejigatorio en el tratamiento

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

de la Neumonía". Cuatro años después, el 28 de abril de 1898, se graduó de doctor, sosteniendo el trabajo "Peligros del empleo del ácido fénico en Cirugía".

Por su prestigio y amistad con el Dr. Juan C. Castillo, ingresó a la docencia de la Facultad de Medicina, desempeñando el cargo de profesor suplente de Patología Interna, desde 1898 hasta el año 1901, que pasó a dictar la Cátedra, por haber ocupado la de Clínica Médica el mencionado Dr. Castillo.

En su labor de maestro el Dr. Pardo Figueroa puso constancia, interés y buena voluntad; inició su labor de Profesor difundiendo el Tratado de Patología Interna de Charcot-Bouchard, que, por su didactismo y profundidad, fué uno de los mejores que se publicaron en Francia hasta la aparición del Manual de Dieulafoy.

Su enseñanza de la Patología Interna fué sistemática y magistral, de acuerdo con la Escuela francesa, que tan bellos ejemplos ha suministrado sobre el particular. Desarrolló en forma inigualada la enseñanza de la patología infecciosa y la de muchos órganos, de modo que sus alumnos conocían enfermedades que no existían en el Perú. Es así como se explica que al presentarse en nuestra patria el año 1903, el primer caso de Peste bubónica, fuese diagnosticado con fácil seguridad.

Durante 19 años el Dr. Pardo Figueroa dictó la cátedra de Patología Interna en nuestra Facultad de Medicina, sin que en ningún momento desmayos o quebrantos le hicieran perder el entusiasmo y el ritmo que se había trazado. Llegaba a la hora exacta, ocupando su disertación sesenta minutos. Desde la sinonimia hasta el tratamiento, repasaba en forma sucesiva la etiología, sintomatología, anatomía patológica y diagnóstico de las enfermedades.

El respetable maestro dividía sus actividades diarias, entre su numerosa clientela, su labor hospitalaria y su cátedra. De este modo se explica que aunque no desdeñaba los nuevos conocimientos, se mantuviese adherido al nosografismo del siglo XIX, resultándole difícil disgregar las entidades mórbidas que la medicina de esa época había construído. Su habilidad para el diagnóstico lo mantenía en un nivel envidiable dentro del gremio médico, por ello era arrogante en el noble ejercicio de su arte.

Cuando los vientos de reforma sacudieron a nuestra vieja Facultad de Medicina el año 1919, el Dr. Pardo Figueroa dejó el curso de Nosografía Médica, ocupando el de Clínica que dictó hasta 1930, en que se jubiló.

Treinta años de magisterio en la Facultad de Medicina le hicieron granjear amistades y simpatías, pues, resultaba maestro de casi todos los médicos diplomados en el presente siglo. Aunque su continente no era muy risueño, poseía bondades infinitas en su corazón y un temperamento delicado. Tuve la suerte de tratarlo bastante en el antiguo Manicomio del Cercado; ahí conocí su taxonomía psiquiátrica; ahí me dí cuenta de la austeridad

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

de su magisterio, valuando en forma total su personalidad. Correspondí con afecto a sus deferencias, formando amistad que se mantuvo dentro del cotidiano ejercicio profesional.

El Dr. Pardo Figueroa fué médico del Manicomio, que se trasformó en Asilo Colonia de Alienados el año 1919 y en Hospital "Víctor Larco Herrera" en 1930; ejerció el cargo de médico del Departamento de alienadas durante treintiocho años, pues, desde 1896 prestó sus servicios en dicho Establecimiento asistencial.

Ingresó como miembro de número de la Academia Nacional de Medicina en 1901, ocupando diversos cargos en la Junta Directiva; al confiársele la Presidencia de la Institución en varias ocasiones, galvanizó con su entusiasmo los trabajos de esa docta corporación.

Por su empeño se llevó a cabo el año 1926 la primera Conferencia Nacional Antivenérea, que dió origen a la Liga Antivenérea, la cual, no obstante sus deseos, poco logró hacer por canalizar entre nosotros la lucha contra las enfermedades de esa naturaleza.

En la administración pública el Dr. Pardo Figueroa tuvo actuación proficua, pues durante algunos años trabajó en el Instituto Nacional de Vacuna, contribuyendo a la difusión de la vacuna animal en nuestro país. Además, presidió con carácter adhonorem la Comisión encargada de vigilar en el país el ejercicio de las profesiones médicas.

Atraído por la política, fué electo senador por el Departamento de Apurimac el año 1924, llegando a ocupar la vicepresidencia de la Cámara de Senadores.

En el Parlamento el Dr. Pardo Figueroa no olvidó los intereses de la medicina patria; presentó un proyecto para construir un "Policlínico" que sirviese a la enseñanza clínica y lo dotó de renta, gravando con un impuesto módico las especialidades farmacéuticas extranjeras. Sus anhelos, desgraciadamente, no los vió hechos realidad, porque reemplazado el régimen político del que formaba parte, la renta para el Policlínico, que debió ostentar el nombre de autor de la Ley, dedicóse a balancear el Presupuesto de la Facultad de Medicina.

Juzgo innecesario ponderar el acierto de su iniciativa al proyectar la construcción del Policlínico para la Facultad de Medicina y omito consignar la amargura que le produjo saber que las rentas creadas con ese fin, se destinaran después de 1930 para otro objeto. La posteridad al enjuiciar este empeño, reconocerá que el Dr. Pardo Figueroa pensó como Unánue, que la enseñanza médica debe impartirse en los hospitales y que es ella la que puede contribuir a la modernización de la asistencia nosocomial. La Ley Pardo Figueroa para construir un Hospital de Clínicas, será en todo tiempo el hecho culminante de la vida profesional de su autor.

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

El derrocamiento del gobierno del Sr. Augusto B. Leguía, con la consiguiente pérdida de su curul parlamentaria, coincidió con los primeros signos de enfermedad que, minando su vigorosa naturaleza, debería llevarlo a la tumba. En esta situación adversa, resplandeció la personalidad del Dr. Pardo Figueroa; no recriminó a nadie; llevó con estoicismo la ingratitud de los hombres y la frialdad de sus colegas, refugiándose en su hogar, que la Parca azotó al llevarse a su esposa.

Apurando con serenidad el cáliz del infortunio, fué grande hasta en el momento de morir.

Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

NOTICIAS

ADMINISTRACION DEL HOSPITAL DEL NIÑO.— Con fecha 6 de julio se ha expedido la siguiente resolución suprema: "Por convenir al servicio;— Se resuelve: —1º— Encárguese de la Administración del Hospital del Niño a la Sociedad Auxiliadora de la Infancia.— 2º— Sanciónase la autonomía de dicha institución para el manejo y distribución de los fondos destinados al sostenimiento del Hospital del Niño, ya provengan de subvención gubernativa o de rentas especiales. —3º— El personal médico y administrativo del Hospital del Niño será nombrado por el Gobierno a propuesta de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia.— 4º— La Sociedad Auxiliadora de la Infancia, rendirá las cuentas de la Administración que se le encarga, al Tribunal Mayor de Cuentas, con intervención de la Contraloría de la Dirección de Salubridad.— 5º— La antedicha Sociedad presentará oportunamente a la aprobación del Gobierno su Estatuto de Administración del Hospital del Niño.— Regístrese y comuníquese.— Rúbrica del Presidente de la República.—Boza".

La resolución que publicamos es prueba de la falta de doctrina asistencial que reina entre nosotros; sabemos, no obstante, que el Sr. Director de Salubridad se opuso a que se la expidiese, pero que sus razones técnicas no se escucharon. Hay que formular votos por un futuro más venturoso para la Asistencia.

REAPERTURA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y AFINES.— Desde el 18 de julio han reabierto sus puertas la Facultad de Medicina y las Escuelas de Farmacia, Odontología y Obstetricia, que el Poder Ejecutivo clausuró emitiendo razones políticas el año 1932.

Según el Estatuto provisional que se ha dictado, todas ellas constituirán la Facultad de Ciencias Médicas, manteniendo vinculaciones entre sí, desde el punto de vista administrativo.

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

Hay que celebrar que, después de tanta espera, funcione la Casa de Unánue y este regocijo hay que exteriorizarlo porque detendrá la desnacionalización de la medicina entre nosotros, que ya alcanza límites alarmantes y porque nos librará del bochorno en que estamos en América con la clausura de la Universidad de San Marcos.

MIGUEL COUTO.— Ha fallecido en Río de Janeiro el más notable médico brasileño de los últimos tiempos, que en vida se llamó Miguel Couto y que ya se encuentra en las regiones de la inmortalidad.

Testimoniamos nuestro homenaje a su memoria, presentando a los colegas fluminenses el hondo pensar que ha causado en el Perú, la desaparición del príncipe de las letras médicas brasileñas.

SOBRE PRESCRIPCION DE NARCOTICOS.— El señor Director de Salubridad Pública se dirigió con fecha 2 de julio a la Academia de Medicina pidiendole que expresara su opinión sobre la manera como el cuerpo médico podría cooperar a la lucha contra las narcomanías.

La Institución después de oír la opinión de una comisión compuesta de los académicos Drs. Enrique León García, Raúl Rebabliati y Angel Maldonado, aprobó las siguientes recomendaciones que se refieren al manejo de las drogas narcóticas por los médicos:

I.— El médico necesita manejar los narcóticos con entera libertad, dentro de las dosis terapéuticas.

II.— El médico está obligado a oponerse a cuanto tienda a desarrollar la narcomanía.

III.— Hay ocasiones en que el médico necesita sobrepasar las dósis habituales que están señaladas en la ley 4478.

IV.— No es nedesario legislar sobre el uso de las dosis terapéuticas, pero sí sobre las dosis peligrosas.

V.— Para esta legislación sobre el empleo y prescripción de las dosis excesivas debe establecerse el control mediante el uso obligatorio de recetas especiales que debe proporcionar la Dirección de Salubridad Pública. Esta reglamentación, sin embargo, debe respetar en todo caso el secreto profesional médico.

HACIA LA REGLAMENTACION DE LOS LABORATORIOS DE PRODUCCION DE ESPECIALIDADES.— Se ha expedido la siguiente e interesante Resolución Suprema:

Lima, 27 de agosto de 1934.— Teniendo en consideración:

Que es necesario conocer las actuales condiciones de funcionamiento de los laboratorios nacionales dedicados a la preparación de productos químicos y farmacéuticos, para los efectos de su ulterior reglamentación;

Estando a lo opinado por el Director General de Salubridad;

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

Se resuelve: Desígnase una Comisión presidida por el Inspector General de Salubridad, doctor don Alfonso Pasquel, e integrada por el Director del Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia, doctor Julio C. Gastiaburú, el Director del Hospital de Guía, doctor Raúl Rebagliati; el ingeniero Agrónomo, Jefe de la Sección Química del Instituto de Altos Estudios Agrícolas del Perú, don Luis Armero, y el Jefe de la Sección de Farmacia de Salubridad y Presidente de la Comisión Inspectora del Ramo, don José M. Dellepiane, para que informen al Ministerio sobre las condiciones de instalación y funcionamiento de los laboratorios nacionales dedicados a la preparación de productos químicos y farmacéuticos y estudie las materias primas que emplean en la elaboración de las diversas especialidades que fabrican, muy particularmente en lo relacionado con el aceite de hígado de bacalao, ya sea al estado de pureza o ya combinado con otras sustancias para su utilización terapéutica.

Regístrese, comuníquese y publíquese.— **Boza**.

SOBRE ETICA PROFESIONAL DE LOS FUTUROS MEDICOS.— La Dirección de Salubridad Pública ha dirigido al Señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, con fecha 7 de agosto de 1934, la siguiente comunicación que versa sobre tópicos del más gran interés, cuales son la ética profesional de los futuros médicos.

La aludida comunicación dice así:

La Dirección de Salubridad, contempla con vivo interés, las saludables y necesarias reformas que en la organización y el régimen de enseñanza lleva actualmente a cabo el Claustro de maestros, que tan acertadamente designó a Ud. para dirigir la obra de sustancial renovación en los programas y métodos de la Facultad, lo que, si de una parte exige inteligente y certera visión para resolver los complejos problemas de la enseñanza técnica; precisa, también, austero criterio y decisión enérgica para dejar establecidas las normas severas, imparciales y justas que definan la condición social del alumnado y garanticen su calidad moral que es condición inexorable para el prestigio de la clase, su dignificción y rendimiento intelectual cuando llegue el momento de probar sus valores y exigir responsabilidades en el libre ejercicio de la profesión.

Mi Despacho se dirige a Ud. porque el Supremo Gobierno delega en el Servicio Nacional de Sanidad, la supervigilancia del ejercicio de las profesiones médicas quien la ejerce por intermedio de la Junta de Vigilancia de estas profesiones, creada por decreto supremo de 6 de abril de 1923, la que se encarga de velar por el estricto cumplimiento de la ley de la materia y los reglamentos dictados para las prácticas de la medicina y la obstetricia, la odontología y la farmacia.

Esta Junta que ejercita función de supervigilancia, y la Inspección General de Salubridad que es el órgano ejecutivo de sus acuerdos, deben hacer cumplir las disposiciones regla-

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

mentarias, comprobando la existencia y autenticidad del título o diploma profesional y la identidad de la persona a quien favorece; inspeccionando que el ejercicio profesional se sujete a las reglas generales de la moral médica y denunciando para los efectos de la sanción penal correspondiente, a quienes dentro del territorio nacional ejerzan cualquiera de las ramas de la medicina, sin estar provisto del título respectivo, expedido por la Facultad de Medicina, en conformidad con las leyes y reglamentos pertinentes, o si no ha sido revalidado por élla el expedido por una Universidad extranjera.

La Inspección General de Salubridad tiene como obligación de su incumbencia llevar el Registro de los profesionales que ejercen en la República, encontrándose éstos obligados, a tenor del art. 3º del Reglamento, a solicitar de la Junta de Vigilancia la licencia respectiva para ejercer su profesión, la cual le será concedida previo exámen del diploma, la comprobación de la identidad personal y la justipreciación de las condiciones éticas del diplomado que garantice su práctica, de conformidad con las reglas de la moral médica.

Para los efectos del registro, la Facultad de Ciencias Médicas se servirá cumplir con la remisión mensual a la Dirección de Salubridad de la relación pormenorizada de los diplomas o revalidaciones por élla expedidas.

En este sentido, no duda el Despacho de Salubridad que ha de obtener de Ud. la eficaz colaboración para los cumplidos fines del registro, que atiendan de manera preferente a la represión del ejercicio ilegal y del charlatanismo.

El médico novel al dar los primeros pasos en la práctica de su carrera, debe conocer sus derechos y prerrogativas, así como poseer plena conciencia de sus deberes y responsabilidades. Desgraciadamente muchos profesionales egresados de nuestra Facultad de Medicina olvidan o no saben cumplir los elevados y austeros preceptos hipocráticos y ha sido doloroso, en repetidos casos, para la Dirección de Salubridad, verse obligada a denunciar ante los Tribunales de Justicia casos flagrantes de inmoralidad y comercialismo en el ejercicio de la medicina.

La Dirección de Salubridad inspirándose en el mismo sincero anhelo de perfeccionamiento y provecho público que impulsa la acción renovadora del Claustro fernandino en la hora actual, cree cumplir con la función que le es potestativa de cautelar e intervenir en los procedimientos para el más digno y honesto ejercicio de las profesiones médicas, presentando a la Facultad de Ciencias Médicas por el autorizado órgano de Ud. su ferviente voto de solidaridad y cordial apoyo en todo lo que la Facultad acuerde con miras encaminadas a establecer severas pautas que afiancen la deontología médica, elevando el exponente sobre la que debe reposar y sostenerse la obra de bien social que están llamados a producir en servicio y progreso de la Nación.

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

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima - Perú

MALFORMACIONES CONGENITAS DEL APARATO DIGESTIVO, EN EL RECIEN NACIDO

Por el Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE
Médico Puericultor de la Maternidad

La práctica clínica en los servicios de recién nacidos ofrece la oportunidad de asistir ciertos casos de malformaciones congénitas. Los seis niños historiados aquí tienen un denominador común: corresponder la alteración morfológica a alguna parte del aparato digestivo. El comentario de las historias— en las que se ha quitado lo insustancial dejando libre la parte útil— señala las variantes anatómicas de las anomalías y las enseñanzas que surgen de su estudio. El valor científico de esta tarea, que es bastante modesta, afirma la idea, dicha en todos los tiempos, de que los casos clínicos no son pobres ni plenos de sugerencias, sino que en cada uno existe algo que aprender y que esto, en buena cuenta, depende del espíritu analítico del observador.

De los seis casos de la referencia corresponden cuatro a la Maternidad y dos a la clientela particular del autor. Pero, antes de exponerlos, precisa hacer un breve recuerdo embriológico del tubo digestivo.

En la marcha evolutiva del huevo fecundado, los órganos digestivos que integran el futuro ser tienen su orígen en la segunda hoja blastodérmica. Y hay que añadir que, sí en la organogénesis participa alguna otra hoja embrionaria (mesodermo), en éste estudio sólo es esencial considerar a dicha segunda hoja o entodermo.

No es en forma de tubo como primeramente aparece el aparato digestivo. Es necesario que el ectodermo o primera hoja se doble sobre el endodermo, por invaginación de ésta segunda hoja, para que el tubo digestivo se esboce. Este hecho de morfogénesis ocurre al delimitarse el tubérculo caudal, esto es, entre los 15 y los 18 días. El correr del tiempo permite el crecimiento y la diferenciación del huevo humano. La cavidad tubular ya formada y que necesita comunicarse con el exterior se perfora, en uno y otro extremo, dando esto lugar, más tarde, a la formación de la boca y del ano. El orificio vitelino colocado en la zona central representa el tercer orificio del tractus digestivo, orígen, en lo venidero, del ombligo. Luego, al acercarse el tercer mes, el intesti-

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

no se bosqueja, suspendido, junto con otros órganos ectodérmicos, en la masa mesenquimal. Etapas más avanzadas del desarrollo diferencian las distintas porciones del intestino y dan lugar a las visceras digestivas restantes, a los anexos del aparato de la digestión y al establecimiento definitivo del cordón umbical.

Pero, la marcha ordinaria y normal del embrión puede, por diferentes causas, felizmente poco comunes, perturbarse. La organogénesis tórnase así imperfecta. Aparecen entonces las malformaciones y hasta las monstruosidades. Entre las primeras se incluyen todas las perturbaciones de los niños que son objeto del presente estudio y cuyas variantes permitirán sendas apreciaciones de orden clínico y embriológico. He aquí, ahora, las historias comentadas de los seis casos:

LABIO-LEPORINO BILATERAL Y GRAN EXONFALO CONGENITO

Varon, blanco, de 10 horas de nacido. Parto expontáneo. Padres sanos. Nacido a domicilio se ignora el peso. La talla es de 49 cm.

El orificio de la boca y las ventanas nasales constituyen una misma abertura. La piramide nasal está achatada y asimétrica, apreciándose, en su centro, una tuberosidad carnosa, vestigio del subtabique. El reborde alveolar también está roto en su continuidad por dos aberturas, que se prolongan paralelamente hacia atrás, en dos surcos, que interrumpen la unidad de la bóveda palatina, dejando libre la base del vómer. Tan original arquitectura convierte en una cavidad única las fosas nasales y la boca.

En el ombligo existe, a su vez, una tumoración de volúmen apreciable. Es lisa, grisácea, opaca y blanda en toda su superficie, recordando, por su sensación, a la exploración manual, las asas intestinales. Casi en el centro mismo del tumor está implantado el tallo funicular, que fué ligado muy cerca de su base. El niño había empezado a evacuar meconio y no ofrecía manifestación alguna de sufrimiento.

Sólo con la ayuda embriológica es posible fundamentar el diagnóstico de la lesión umbical y su pronóstico, sin duda, sombrío, como en efecto fué el corto período de vida de este enfermito. Patogénicamente, el exónfalo puede originarse en dos tiempos distintos del desarrollo del embrión. El aporte quirúrgico es de rigor. Lo exige la pronta agudización del proceso. Esto no quiere decir que el exónfalo sea susceptible de cura operatoria. El exitus es la regla. El labio leporino, mal que bien, es compatible con la vida, a cuyo curso amenazan a menudo la desnutrición y las infecciones bronco-pulmonares.

Pero, ésta es una cuestión de otro plano. El exónfalo era lo destacado y lo premioso. ¿De qué grado fué la dolencia? La mecánica quirúrgica es la única que puede fijar definitivamente la

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

variedad de la malformación. Lamentablemente no intervino y el niño pereció por gangrena debido a la falta de red vascular en la región y a la peritonitis consecutiva. El enjuiciamiento que se hace ahora es, por consiguiente, algo teórico. No obstante hay que decir que no se trataba de una simple hernia umbilical congénita. Esto exige previamente la integridad de la pared ventral y un anillo umbilical que vencer. Las características del paciente sustraían dicha posibilidad. La ectopía visceral había que buscarla en otro terreno.

Y aquí se plantea un problema. ¿Fué antes del tercer mes de la gestación o después de esta fecha el momento en que se inició el exónfalo? La pregunta implica girar en torno de esa fecha, porque es la época de la que data la vascularización y, sobre todo el desarrollo muscular del plano ventral del abdómen. La membrana de Rathke, como se llama a la porción que circunscribe la zona del ombligo, completa su evolución en ese momento. La hoja externa forma la epidermis, la interna el dermis y la serosa peritoneal correspondiente. Cuando la formación herniaria se efectúa antes del tercer mes la débil resistencia de la membrana de Rathke facilita la ectopia visceral (intestinos, hígado, pancreas) dentro de lo que será la base del cordón. La zona dilatada carece entonces de organización tisular, no habrá peritoneo visceral y la aplasia de la pared del vientre permitirá la formación de la variedad anatómica denominada "hernia del periodo embrionario". Cuando ésta misma detención del desarrollo muscular se realiza más allá del tercer mes la membrana de Rathke, organizada en sus dos hojas ya citadas, sólo da lugar a que las asas intestinales y otros órganos desplazados penetren, cubiertos con su serosa, llamándose la variedad "hernia del período fetal". La especificación de las formas de la referencia la hace el acto quirúrgico. Calificar el exonfalo de "agenesia cutánea periumbilical" —para usar el término de Martínez Vargas— no es, por lo que se ve, una finura diagnóstica. La aplasia de la pared abdominal existe en uno y otro caso. El hecho lo impone su conocimiento embriológico. El clínico, cuyo juicio es pre-operatorio, llena su papel con lo dicho. La precisión de la variedad, embrionaria o fetal, se hace a ojos vistas en la mesa de operaciones y esa labor del cirujano representa un mayor grado de perfección diagnóstica.

ATRESIA COMPLETA DEL ANGULO DUODENO-YEYUNAL

Servicio 3, cama 18.— Varón, mestizo, pesa 3,560 grs. La madre es multipara, con apariencias de salud, habiendo sido preciso, en el parto, la intervención operatoria por distocia de partes blandas. El aspecto del niño es normal.

La falta de expulsión de meconio llama la atención al día siguiente. El ano está permeable y la exploración rectal a la sonda revela que la luz intestinal puede permitir el paso de los ex-

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

cretas. Las tentativas de alimentación despiertan, en este momento, vómitos, que siguen inmediatamente a la ingestión de las sustancias, y son biliosos. Se ordena la alimentación por cucharaditas cada dos horas, baños calientes y epidermoclisis con suero de Hayem. Pensamos en el piloro-espasmo.

La evolución del mal se agrava después de otras 24 horas. El vómito es explosivo. El niño está agitado, llorón y febril. Un enema obtiene la emisión de una sustancia diferente al meconio, en muy escasa cantidad y en suspensión en el agua glicerinada utilizada. Hay ictericia ligera y meteorismo. Nuestro juicio diagnóstico vacila. Le ponemos una interrogación pensando en la estenósis duodenal infra-vateriana. Se agrega al régimen una poción alcalina y antiespasmódica.

El tercer día el cuadro tiene un carácter de extrema gravedad. Hay pérdida de peso notable. La fontanela está deprimida y los huesos parietales cabalgan entre sí lo mismo que sobre las piezas esqueléticas próximas. El meteorismo es acentuadísimo. Mirándolo se nota que corresponde a la mitad superior del abdomen. La fiebre es alta: 39°. el niño está voraz. El vómito no cesa y viene como de la mano a la menor ingestión de líquidos. La orina es escasa, concentrada y las sales en suspensión se depositan en la uretra por la sobresaturación en que se encuentra el pequeño volúmen de agua urinaria. La exitación del niño llega hasta la convulsión en una de cuyas crisis fallece, como si de intento se hubiera querido impedir la intervención quirúrgica, que había aceptado practicar el Dr. Salas Ascencios.

La necropsia realizada con la ayuda del mismo Dr. Salas se resume así: paredes abdominales a gran tensión, por dilatación duodenal y gástrica. El mesenterio está adherido por fuertes bridas, de aspecto fibroso, al rededor de las dos últimas porciones del duodeno y nacimiento del yeyuno. La disección fué laboriosa. En la unión del duodeno con el yeyuno, en la región que los cirujanos llaman el ángulo de Treitz, el tubo intestinal está adelgazado, reducido casi a un hilo. El estilete introducido por la luz del órgano, una vez que fué separada la pieza anatómica, se detiene. La obstrucción es total.

No son muchas las afecciones de la patología del recién nacido entre las que hay que situarse para etiquetar el cortejo de síntomas expresado. Pero, éste mismo hecho no excluye la dificultad del problema. Partiendo de la realidad patológica del cuadro clínico apenas se piensa en la atresia completa. Hay que esperar que aparezcan otros síntomas acompañantes del vómito y que la radiografía intervenga para que la palabra estrechez se complete con el adjetivo que la defina patogénicamente. Sólo entonces el diagnóstico sindromático desaparece y la terapéutica etiológica cede el paso al tratamiento de fondo, que no puede ser sino quirúrgico. Lo cual, apesar de todo, culmina en el éxito, en un número limitado de casos.

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

El mecanismo íntimo de la deformación carece de claridades. No se sabe por qué se perturba la evolución normal de los tejidos mesodérmicos destinados a formar el intestino. Menos, si todas o algunas de las túnicas intestinales se daña. Tampoco, si éste daño es por inflamación o por esclerosis y si ellas son causa o consecuencia de peritonitis fetales o de aplasias vasculares o de tracciones ocasionadas por el crecimiento de los órganos vecinos. Unicamente se sabe que el asunto está lleno de oscuridades y que las teorías invocadas, pese a la belleza de su concepción y a lo sugestivo de sus ideas, aún no han alcanzado ese auténtico valor probatorio que reclama la ciencia.

El resultado fuertemente positivo del Wasserman practicado en la madre acaso pueda conducir a la verdad etio-patogénica en el niño historiado. De los cinco embarazos de la madre, tres se debieron a un hombre y esos tres hijos viven en aparante buena salud. Las dos gestaciones restantes son: un prematuro y el caso que estamos comentando. Los engendró otro hombre, de 30 años y enfermo de "los riñones", dice el dato registrado en la historia clínica. ¿No podría tratarse de mesenteritis por lues? La concepción resulta con algún fundamento y en ese camino se puede ir hasta imaginar la cronología de la lesión fetal. Y es que **la ausencia de meconio indica la data de la deformación**. Ese tiempo corresponde a las postrimerías del segundo mes, en que la regresión de los elementos epiteliales obstruye la luz del intestino conforme Tandler dejó demostrado. Si así fuera se trataría de un ejemplo de la segunda variedad de este autor. La infección sifilítica podría tener la culpa. Hay aquí una cuestión de profilaxia prenatal de subido interés para el obstetra, quien con afanes antivenereos puede restar el número en la demografía.

MEGACOLON CONGENITO

Pagantes de 2a., cama 14. Varón, blanco, de 3,800 grs. de peso. Madre multipara. Parto sin complicaciones. Hay en ella rinolalia, vestigio de un labio leporino operado en la niñez.

El niño retiene el meconio. Hay meteorismo. Pero, el ano es normal y no se encuentra ni estenosis rectal accesible, ni vicios de conformación alguno en la porción terminal del aparato digestivo. Ordenamos un supositorio sin resultado ninguno. Un pequeño enema fracasa también. Luego se administra, casi sin éxito, una dósis de 5 grs. de aceite de ricino. Con dificultad y lentamente, fué arrojando, en los días posteriores, el meconio y después las materias fecales. El enema es de rigor y se precisa de una sonda uretral para llegar a cierta altura de la ampolla rectal. Cuando se logra la salida de excrementos y de gases el niño se aquieta. El fracaso se manifiesta por la persistencia de la inquietud, las interrupciones del sueño, la disnea y el vómito.

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

El meteorismo cede en parte, porque el vientre siempre es globuloso, algo tenso, pero debajo de las paredes, cuando se está atento, llega a percibirse las contracciones intestinales.

Fuera del hospital de Maternidad fuimos solicitados profesionalmente en diversas oportunidades. El estreñimiento tenaz, rebelde es el motivo obligado de la consulta. Una diarrea por rebosamiento, como dice Weill, fué, en una oportunidad, la razón. En cada visita la distensión del abdomen es mayor. Los medicamentos antiespasmódicos (belladona, bromuros, papaverina) fueron tan inútiles como los arreglos dietéticos y como las bebidas laxantes. Tan sólo por maniobras externas es posible exonerar el vientre.

Procesos intercurrentes, abandono indebido del seno, crisis convulsivas, desnutrición agotan ostensiblemente la vitalidad del niño. El pronóstico es adverso a la supervivencia si al niño no se le lleva a la mesa operatoria. Aún que parezca inverosímil los padres se resisten a ir por ese camino salvador. Ni siquiera se acude al radiologo para la confirmación de la dilatación cólica. En una última visita encontramos un cuadro idéntico al del íleo y con colapso que reclamó la presencia urgente del cirujano. Desde aquí ignoramos la suerte del enfermito.

Nuestro juicio sobre la enfermedad de Hirschprung está formado hace tiempo. Su posición la estimamos segura. Cuando se ha hecho la observación del caso en distintos momentos, lo que quiere decir en sus diversas etapas evolutivas, se puede llegar a formular su diagnóstico clínico. Los signos recogidos son reveladores. ¿Por qué razón la falta de radiografías va a impedir diagnosticarlo? La propedéutica tiene valor innegable. Circula con vía libre por los campos de la medicina. Y los datos de esa propedéutica bastan para hacer la rotulación diagnóstica al margen de los reconocimientos radiológicos.

Sin fantasear sobre ellos se puede llegar a decir que el megacolon era congénito. He ahí una primera afirmación. **El niño de la referencia había sufrido de estreñimiento desde la hora de nacer**. Aquel período silencioso del comienzo registrado en muchos casos de la literatura médica ha faltado. El obstáculo al tránsito de los escretas— el "mecanismo de válvula" de que hablan los autores— se ha evidenciado en él más de una vez. En alguna ocasión, al introducir una sonda rígida y de calibre mediano para el enema indispensable y cuotidiano, **la salida de gases y hasta de materias fecales seguida de disminución del globo abdominal atestiguaba el vencimiento del obstáculo sigmoideo**. Se tuvo así uno de los signos más importantes, acaso el patognomónico.

La dureza del vientre y la visibilidad del peristaltismo perdura y difunde la idea de megacolon. Los vómitos por compresión del duodeno y del estómago debida a la distensión progresiva abdominal enriquecen los argumentos diagnósticos. Y esa distensión no es otra cosa que la dilatación y la hipertrofia

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

de las paredes del colon que siguen al acodamiento sigmoideo anotado.

El fracaso de los antiespasmódicos, de feliz aplicación en el megacolon idiopático, eliminan cuanta falacia pueda quedar en la apreciación clínica del cuadro morboso, descartando la afirmación de algunos autores cuando dicen que "sólo la radiografía permite diagnosticar la enfermedad de Hirschprung".

IMPERFORACIONES ANO-RECTALES

Iº— Varón, indio, de 3,200 grs. de peso. Gestación y parto normal en una secundipara. La hoja clínica de la sala de trabajo del Servicio 2, al que corresponde la observación, no registra ninguna anormalidad. Pero, al día siguiente llama la atención la retención del meconio. La inspección reconoce la falta completa del orificio anal. No existen en su lugar ni pliegues ni zona de pigmentación. Sólo se nota en la piel un rafé orientado en sentido antero-posterior. La piel pasa de una nalga a otra sin depresión notable. Por palpación no se percibe sensación alguna. Diagnosticamos ausencia de ano e indicamos la urgencia de restablecer la via quirúrgicamente. La intervención fué practicada sagazmente por el Dr. Salas Ascensios. Previa incisión del plano perineal abocó el recto al orificio creado por la incisión. Y reconstruyó, plasticamente, el ano. Desde este momento hay incontinencia de meconio y ulterior infección de la región. Se evidenció así la falta de esfinter. El pronóstico se formuló sombrío y se cumplió a los tres días. El niño murió por sepsis.

IIº—Varón, mestizo, de 3,100 grs. de peso. Madre primigrávida. Nace en cefálica después de un parto laborioso. Corresponde al servicio de Mutualistas, al cual pasa después de haber permanecido en la sala de trabajo durante las primeras 24 horas del post-partum por falta de lechos en los servicios. Examinamos un niño gruñón, agitado, vomitador y con el vientre meteorizado y al que una acentuada red venosa le imprime un aspecto particular. No ha expulsado meconio. En la posición de la talla descubrimos la imperforación del ano. Pero, la pigmentación de los tegumentos y el abombamiento de la zona muestran que por detrás está el recto repleto de meconio. Opera de urgencia el Dr. Zegarra. Quitado el obstáculo el niño expulsa las sustancias retenidas. Había ano pero no orificio anal. La evolución del caso es poco satisfactorio. Dos puntos se rompen, hay una zona sangrante que se infecta al momento, constituyendo la puerta de entrada de una infección mortal. El niño vivió seis días.

IIIº— Mujer, blanca, quinto hijo. Pertenece a la clientela particular. Sus condiciones generales son las del niño eutrófico. Somos solicitados por la falta de expulsión del meconio y por

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

los vómitos verdosos que ha presentado. La niña está ansiosa a la hora del reconocimiento. El interrogatorio y el exámen médico no recogen nada. El aspecto del ano es normal. Al introducir el termómetro en el recto para buscar la temperatura hay un obstáculo como a tres centímetros del orificio anal que no nos atrevemos a forzar. En la región axilar la temperatura es 38°. Dos horas después exploramos, nuevamente, el recto con una sonda de caucho y pensamos en una obstrucción anormal y congénita del recto. Aconsejamos una radiografía y la intervención quirúrgica del caso. Posteriormente supimos la confirmación de nuestro diagnóstico, y la falta de abocamiento del recto a los órganos vecinos, pero ignoramos la evolución ulterior de la enfermita.

Cuando se acude a los estudios de Trelat se sabe que los procesos ano-rectales tienen un triple agrupamiento: estrecheces, imperfecciones y ausencias. La segunda categoría es la más frecuente.

Conforme a las normas de esta clasificación los 3 casos de imperfección de ano, pertenecen al segundo grupo de Trelat, en sus distintas variedades. En el primero la falta de orificio es por persistencia de la membrana anal, pero con recto libre. En el segundo la ausencia de ano es con alejamiento de la ampolla rectal que está a cierta altura y a la que se llegó por exéresis de todas las túnicas anorectales. En el tercero existía ano con recto terminado en fondo de saco y con la ampolla alta y cerrada, también, de la misma manera.

El concepto patogénico de las deformidades citadas requiere explicarse con las nociones embriogénicas. La cloaca, vestigio de lo que será, más tarde, la ampolla rectal, es una dilatación del intestino terminal. A la manera de una encrucijada desemboca en ella, además del intestino, la alantoides. Entre una y otra se interpone una formación mesodermica: el repliege perineal, que en su avance acabará por convertir la cloaca en dos cavidades con dos orificios. El anterior es el uro-genital y el posterior el anal. Estos últimos se forman en el momento en que el espolon perineal se suelda con la membrana cloacal que es el repliegue que separa la cloaca del exterior. El mecanismo de la perforación consta de una vacuolización seguida de reabsorción de los elementos histológicos. Cualquier perturbación en la marcha del proceso embriológico determinara las distintas modalidades de las deformaciones ano-rectales. Por eso, desviada la marcha celular se observara, ya la detención del intestino a cierta distancia del orificio anal, ya el ano imperforado o totalmente ausente, ya los abocamientos anormales del recto en la vegiga, vagina o uretra, o ya, en fin, las monstruosidades que carecen de interés médico-quirúrgico.

Todos nuestros casos fueron tributarios de la cirugía. El cuadro de la hernia estrangulada los tipificaba. La urgencia ope-

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

ratoria la puso la falta de vía de derivación que es la que aleja, en otros casos, los graves síntomas de la retención. Fué indispensable en los tres niños crear al momento una salida. Solo en el 3º caso hubo vacilación en la conducta a seguir. El obstáculo mecánico del llamado "tapón de meconio" o de esas formaciones cilindroides que obturan el recto por su consistencia gelatinosa, detuvo un momento la mano del cirujano.

Una disgresión reclama el estudio de las malformaciones. La haremos a manera de remate de nuestro estudio. Pocos problemas serán aparentemente menos prácticos que el creado por éste afán meditativo. Más su escaso márgen útil lo justifica. No valdría la pena emprender un estudio médico sin tener un fin médico también. Y ese fin, si se ve bien, es entrar en el campo, un tanto hipotético, de evitar las malformaciones.

El médico que tiene que haberselas con las deformidades congénitas necesita poseer, como ha dicho un estudioso, "un conocimiento claro y perfecto de los fenómenos evolutivos hasta en sus últimos detalles". El ejercicio profesional suele exigirle muchas cosas. Necesita hacer diagnósticos, formular pronósticos, indicar tratamientos. Es la única manera de ejercer conscientemente el arte de curar. Y si ya se ha visto en esta exposición que la terapeútica, médica y quirúrgica, obtiene poco, la idea de evitar las deformidades es la que surge al cabo en el pensamiento. Y una deformidad obedece siempre a razones embriológicas cuyas causas más profundas no se conocen, pero que quizás puedan atajarse con meticulosos cuidados durante la gestación.

Una difundida campaña de cuidados pre-natales es la único que avizoramos. Vida normal, regular, ordenada tanto en lo físico como en lo moral. Paralelamente alimentación adecuada, vigilancia periódica, tratamiento de los males que afectan al embarazo. En una palabra, una auténtica obra de puericultura y de higiene de la gestación. Con ese programa social y económico, que es un signo de los tiempos que atravezamos, será posible evitar las ondulaciones de la marcha morfológica de los seres y asegurar las más favorables condiciones para la evolución equilibrada y normal del fruto de la concepción.

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

LA FRENICECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

(Continúa)

Por el Dr. O. HERCELLES GARCIA

CONSIDERACIONES FISIOLOGICAS, FISIO-PATOLOGICAS Y SEMIOLOGICAS PREVIAS A LA FRENICECTOMIA

Desde Duchenne de Boulogne, se tenía la prubea que el diafragma se componía de dos mitades independientes, asi como la sinergia funcional del diafragma, y de los músculos intercostales en la respiración del hombre, aceptándose que la acción de los intercostales en la respiración normal, es mínima al lado de la acción del diafragma. Las experiencias hechas por Villar y Cavalier, han hecho distinguir mamíferos de tipo respiratorio costo-abdominal, y de tipo casi exclusivamente abdominal; en los primeros la excéresis del nervio frénico provoca el tipo respiratorio inverso sin que el animal muera; en cambio, en los otros, la muerte puede seguir a la sección nerviosa.

Los trabajos sobre fisiopatología comparada de Armando de Sarno, Raúl Piaggio Blanco y Fermín Mas, prueban que el aparato respiratorio es un complejo solidario en su acción, y que está constituído por la caja toráxica, los pulmones, el mediastino con el corazón. los grandes vasos y el diafragma.

La caja toráxica es elástica, amplificándose durante la inspiración, por el sistema muscular, que origina una acción de atracción excéntrica sobre los pulmones, y produciéndose en la espiración una reducción de volumen que actúa sobre los pulmones, haciéndolos volver a su estado inicial. Los pulmones en el feto son del volumen de la caja toráxica, más como el desarrollo es mayor en la caja toráxica que en el pulmón, estos tienen que distenderse, haciendo ver este hecho que los pulmones se encuentran distendidos de manera permanente, suceptibles de volver a su estado de reposo inicial, gracias a su elasticidad de retracción o elasticidad estructural.

La regulación de la depresión endopleural, se hace gracias a cambios de posición y de tono del diafragma, que evita que la depresión endopleural sufra modificaciones bruscas, ascendiendo el diafragma, cuando hay aumento de la depresión endopleural, y descendiendo cuando la depresión baja.

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

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima

En la inspiración, la contracción del diafragma aumenta la depresión pleural, favoreciendo por consiguiente la distensión y ventilación pulmonar, de la base sobre todo. La inspiración resulta del aumento de los tres diámetros de la caja toráxica: trasversal, antero-posterior y vertical, que solo aumenta por el diafragma, pues este músculo es el único que actúa sobre los tres diámetros.

Unido el diafragma en su parte central al mediastino, hace en la inspiración que baje éste, alargando asi la longitud de la cavidad mediastínica, con el aumento consiguiente de la depresión pleural y facilitando la distensión de ambos pulmones. Si un hemidiafragma se paraliza, no sucede esto; la línea vertical, se desvía en la inspiración, acercándose al lado no paralizado, pues el diafragma paralizado es llevado hacia abajo y al lado opuesto por el diafragma sano; además dada la sinergia que existe entre la respiración costal y la dafragmática, se explica que en caso de parálisis diafragmática, la parrilla costal se vea obligada a realizar excursiones mucho más amplias.

José Fermín Mas de Montevideo (Uruguay), refutando un trabajo de **Fernando D. Gómez,** se produce en la forma, que trascribimos literalmente: "Veremos que en la frenicectomía de un sujeto normal, el hecho de producirse un desplazamiento del mediastino hacia al lado no paralizado, y un mayor alejamiento de la pared costal, nos obliga a pensar que en una frenicectomía hecha en un sujeto normal no solamente hay que tener en cuenta la desaparición de la tonicidad diafragmática y la tensión de constitución o estática —como dice Gómez— sino hay que aceptar que los fenómenos que se producen son mucho más complejos; en efecto las inserciones diafragmáticas, parietal y mediastínica del lado paralizado, se separan impidiendo el ascenso, además por este hecho se produce en la pleura mediastínica y parietal una depresión que suple a la de la pleura diafragmática por la excéresis nerviosa, y asi se comprende que por sinergia funcional existente normalmente entre el diafragma, parrilla costal y mediastino, se produce hiperfuncionamiento de los demás, al déficit de una, y por lo tanto la elasticidad pulmonar no se alterará quedando el músculo en su lugar".

Hay numerosos músculos capaces de suplir al diafragma parálizado; por lo tanto, se pueden seccionar ambos frénicos, sin ocasionar peligro al funcionamiento del aparato respiratorio. **Beriel** y **Durand,** a propósito de la parálisis respiratoria, han visto, al lado del tipo clásico de parálisis diafragmática, con respiración en báscula, una respiración de báscula paradójica, de tipo inverso, en la que el diafragma se contrae normalmente, pero produciendo una depresión toráxica en lugar de una ampliación.

En la expiración los procesos están invertidos, y la capacidad toráxica está disminuída en los tres diámetros, produciéndose normalmente la expiración de modo pasivo.

Scherrington hace notar la importancia de la tonicidad de los músculos abdominales en la inspiración, mientras que en la

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

expiración se encuentra el diafragma recluído en el interior de la caja toráxica. **Treves,** ha podido notar siempre a la radioscopía, que durante la expiración forzada ésta ascención del diafragma es muy extensa con una retracción torácica relativamente débil; teniendo para él, importancia el diafragma durante la expiración.

La frenicectomía trasforma el músculo tónico y contráctil, es una pared inerte y flácida, que con facilidad es asiento de movimientos pasivos, no produciendo así resistencia a las fuerzas que la solicitan; se constituye, entonces, el fenómeno denominado de balanza, con ascenso del hemidiafragma paralizado, durante la inspiración, debido al aumento de la presión abdominal por el descenso del músculo no paralizado, y por el aumento del tono de los músculos de la pared abdominal, que actúan poderosamente sobre el hemidiafragma atónico, explicándose así porque después de la parálisis de un hemidiafragma, la tos y la expectoración, se producen con mas dificultad, puesto que los músculos abdominales durante la inspiración actúan en su forma mas intensa, frente a la ninguna resistencia que les ofrece una pared atónica; en efecto, los músculos que gobiernan la expiración y en especial los músculos poderosos de la pared abdominal, se unen para actuar sobre una pared atónica, viéndose así que la incursión diafragmática, que es normalmente cuatro o cinco veces mayor en la tos que en la respiración normal, es todavía mas grande después de la frenicectomía, facilitándose la expulsión de los esputos, lo que se demuestra inyectando lipiodol por vía intratraqueal, en un frenicectomizado y en uno no frenicectomizado; en el primero se realiza la eliminación con más rapidez, pues, en éste los músculos abdominales, actúan sobre el diafragma paralizado, en forma de un verdadero movimiento de pistón.

Armando de Sarno y **Raúl de Piaggio Blanco,** dicen, que la frenicectomía, cuando el diafragma queda libre y con movilidad pasiva, constituye un excelente procedimiento de drenaje de la base pulmonar, oponiéndose al desarrollo de las neumonías de éstasis o aspiración; y que, en cambio, cuando el diafragma está rígido o inmóvil es perjudicial, porque disminuye el drenaje de las partes inferiores, favoreciendo el estancamiento de secreciones bacilíferas, que serán punto de desarrollo de nuevas localizaciones. Esta fijeza del diafragma, puede ser primitiva o secundaria, según que se produzca inmediatamente después, o algún tiempo mas tarde de la frenicectomía.

Dado el papel del diafragma en el vómito y en la tos emetizante, se comprende los beneficios de la frenicectomía, en la terapéutica de la tos emetizante del tuberculoso.

Moreau y **Olbrechts**, hacen notar que la frenicectomía, debería de ser teóricamente, mas eficaz en el hombre que en la mujer, por el tipo respiratorio, distinto de cada uno, pero dicen que practicamente el empuje abdominal actúa igualmente en los

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

dos sexos, dejándose sentir la detención pulmonar, no solo en la base, sino sobre toda la altura del pulmón.

Insistiendo ahora sobre el diafragma, en relación con algunos puntos semiológicos, que vamos a tratar, veremos que conforme al estudio fisiológico hecho anteriormente, hay que considerar al diafragma en estado dinámico y estático.

En estado estático, hay que ver, su posición con respecto a la altura, lo mismo que su tamaño, su forma, las posibles soluciones de continuidad que puedan existir; teniéndose así el diafragma tosado, el diafragma elevado, el megadiafragma (diafragma gigante) y las hernias diafragmáticas.

El estudio del diafragma dinámico, nos hace reparar sobre el signo de Kienbock, el signo de Williams y el signo del festón. cuando existen.

El signo de Kienbock puede denunciar la parálisis de un hemidiafragma.

El signo de Williams, se considera como síntoma precoz de la tuberculosis pulmonar, consistente en una paresia del hemidiafragma del lado pulmonar afecto; creyéndose que es debido a una compresión ejercida sobre el frénico.

El signo del festón, estudiado bastante bien por **Maingot,** consiste en que el diafragma durante la inspiración en lugar de **descender** siguiendo una sola línea, lo hace en una línea interrumpida, en uno o varios puntos, explicándose esto, por la existencia de adherencias que fijan el diafragma en diversos sitios

Hay que considerar también los movimientos del diafragma, su forma, intensidad, fuerza y ritmo. Este exámen debe orientarse en tres aspectos fundamentales: a) si hay disminución de la movilidad; b) si hay contractura; c) si hay alguna anormalidad en la contracción.

a) En el estudio de la movilidad del diafragma hay que tener en cuenta 4 aspectos: 1) si hay parálisis; 2) si hay paresias; 3) si hay atonía; 4) si hay disminución de la movilidad por obstáculo mecánico o por inflamaciones.

b) En la contractura del diafragma hay a veces alteraciones en su funcionamiento, con contracciones más o menos bruscas, que pueden ser pasajeras, o de cierta duración. El estado de contractura brusca origina el hipo.

c) En las anormalidades de contracción, deben señalarse una serie de perturbaciones de la motilidad del diafragma que han sido estudiadas en estos últimos tiempos, principalmente, por **Sergent;** y que **Vare** en su estudio radioscópico, sobre los movimientos del diafragma las cataloga en 4 tipos: 1) variaciones de amplitud en los movimientos del diafragma de una inspiración a otra; 2) detenciones bruscas del diafragma, seguidas también de movimientos bruscos, semejantes a los que hace el tabético al caminar; 3) asinergia de los dos hemidiafragmas y 4) formación de ondas anormales, yendo desde las inserciones costales al centro frénico, en forma incoordinada.

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

Pablo M. Barlano indica, los siguientes puntos dolorosos en la neuralgia del frénico: 1) el punto doloroso vertebral, que se encuentra en el sitio de emergencia del nervio o esa delante de la quinta vértebra cervical; 2) el punto doloroso esterno-mastoideo, que está entre los dos manojos inferiores del esterno-cleido-mastoideo; 3) los puntos esternales situados a lo largo de los bordes esternales; siendo de todos ellos, el mas importante el descrito por Jousset, que está ubicado a la altura del quinto cartílago costal; 4) el botón diafragmático de **Gueneau de Mussi,** ubicado en la punta de la décima costilla, en el reborde costal inferior; 5) los puntos donde el diafragma se inserta, en las costillas, o sea los últimos espacios intercostales y 6) el botón diafragmático infero-posterior, que está situado en el último espacio intercostal, en la parte posterior, contra la columna vertebral.

CATEDRA DE CRIMINOLOGIA
Profesor Dr. Carlos A. Bambarén

ESTUDIO DEL MENOR EN ESTADO DE PELIGRO

Por el Dr. JULIO ALTMAN SMYTHE

EL AMBIENTE SOCIAL O ECONOMICO, FACTOR DE PELIGROSIDAD DEL MENOR

La constitución orgánica personal del menor, por sí sola, no es causa suficientemente poderosa para llevarlo hasta la realización del acto antisocial. El ambiente que le rodea complementa al factor constitucional. Un niño que constitucionalmente es peligroso, difícilmente llegará hasta el delito si el ambiente que le rodea no es propicio. Pero también un ambiente adverso, por sí solo, sin el necesario complemento de la orgánica peligrosidad, no producirá el temible resultado que se deja señalado. Para que el delito brote, es, pues, necesario que coexistan estos dos factores, es decir, una anormal constitución personal, unida a un ambiente adverso.

El alma sensible del menor— aunque no llega a comprender totalmente la injusticia de la actual organización social—intuye la realidad o, por conversaciones que oye de personas mayores, se forma una vaga y personal idea, haciendo débil la resistencia que pudiera oponer a la realización del acto delictuoso.

Nace en su espíritu una especie de rebeldía desorientada, un odio extraño contra el rico, un deseo de maldad mal refrenado, un prurito de engañar al fuerte, en fin, unas ansias inexplicables de venganza que lo conduce por la pendiente del delito.

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

Nadie podrá atreverse a afirmar que la situación de nuestros niños pobres, de nuestros menores de las clases humildes, sea buena. Harapientos, mal alimentados, sin oportunidad de educarse muchas veces sin el calor que pueda prestarle un hogar, sufriendo vejámenes de toda clase, repudiados por todo el agregado social, sintiendo a diario el estigma que el prejuicio de la sociedad les confiere injustamente, sin esperanzas de mejorar su situación infeliz, innegablemente que es desesperante la condición de los menores de nuestras clases pobres. No es raro, pues, que entre ellos se reclute el mayor número de delincuentes. Lo realmente extraño sería que tal cosa no sucediera así.

Juzgamos que Lacassagne sostiene una bien fundada tésis al decir que **"el criminal es un microbio, que halla en el medio social su caldo de cultivo"** Su conocida conclusión a este respecto no admite ninguna duda: **"las sociedades tienen los criminales que merecen".** Si la sociedad se preocupara, de verdad, de tutelar al menor abandonado, desvalido o en "estado de peligro"; de cuidar su desarrollo físico y espiritual; de elevarlo, en fin, de las miserable e inconveniente situación en la que se encuentra, seguramente, la delincuencia— que hoy día aterra al mundo civilizado— disminuiría en una proporción maravillosa.

En nuestro país el Estado nada o casi nada ha hecho para remediar, en algo siquiera, la inconveniente situación en la que se encuentran estos menores. Tan solo una que otra medida— la que, por lo general, se queda trunca o tiene una mala aplicación— es todo lo que el Estado hace en favor de la niñez más necesitada.

Estudiemos algunos factores ambientales que dan **peligrosidad** a los menores.

Hogar irregular o no existente.— Por regla general podemos afirmar que los menores de nuestras clases pobres, rara vez poseen un hogar y cuando lo tienen— lo que es relativamente extraño— este está irregularmente constituído y su existencia es esporádica. El último censo realizado en Lima y el Callao lo ha demostrado ampliamente.

Muchos son los factores que influyen al producir este hecho. Uno de los más importantes es el que nuestro pueblo, por falta de educación conveniente, carece de un concepto claro de las responsabilidades que les dá el hecho de ser padres. En el mejor de los casos se confía demasiado en la Escuela, sin llegar a comprender que ella jamás podrá cumplir con los deberes que al hogar le corresponde. Agréguese a ello la miseria de estas gentes y los vicios que los dominan, por todo lo cual no puede esperarse sino estos peligrosos efectos, los que hacen incubar irremediablemente la delincuencia infantil.

Carlos de Arenaza, gran apóstol de las nuevas doctrinas tutelares de los menores abandonados o en "estado de peligro", ha estudiado profundamente el factor que nos ocupa, en la Argentina. En **"La Readaptación Social del Menor Delincuente"**, dice: "El menor delincuente se incuba en el hogar irregular, en

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

el hogar tarado por la enfermedad, por la miseria y el vicio. El 60% de nuestros menores delincuentes (Argentina), proceden de hogares incompletos, es decir, son huérfanos de padre o madre o cuando nó de ambos a la vez".

Los niños de las clases pobres nacen, puede decirse, por el azar, por la mera casualidad. Sus padres no piensan siquiera en que las relaciones sexuales que realizan pueden dar lugar al nacimiento de nuevos seres. Se acercan sexualmente solo llevados por el deseo genésico, siempre de carácter momentáneo. No son infrecuentes las veces que el padre ni conozca al hijo, puesto que realizado el coito no se preocupa de sus probables resultados, no se acuerda de la mujer que, por una mera casualidad, dejó embarazada. La futura madre, mientras nace el ser que lleva en sus entrañas, impulsada por la necesidad de vivir, trabaja, trabaja por lo general dura y agotadoramente, ya que el Estado y la sociedad entera la olvida y, a veces, hasta llega a despreciarla, llevados por prejuicios inconcebibles. Luego viene la época del alumbramiento, producido, casi siempre, en un Hospital, en donde solo se preocupan del hecho en sí, olvidándose que lo esencial en este caso es el futuro ser que recibe el mundo tan sin cuidado. Después salen, madre e hijo, a la calle, a trabajar nuevamente en la forma inhumana de siempre, estrangulados por la miseria que los atormenta de continuo, criándose el niño a la buena de Dios, de cualquier modo, igual como fué engendrado y nacido. Sin gozar jamás del calor de un hogar, sin sentir la bienhechora influencia del respeto paterno, sin recibir un inteligente consejo o una cariñosa enseñanza. Hasta que es hace capaz de trabajar él mismo y principiar el círculo vicioso, que se repite sin cesar.

Esperar que de estas uniones resulten niños normales, no peligrosos, es desear lo imposible. Son, en verdad, un producto lógico y natural de las circunstancias.

El doctor Arenaza ha encontrado que en Buenos Aires el 30% de los menores delincuentes proceden de uniones ilegítimas; proporción que es—según él— "inferior a la real pues no fueron pocos los matrimonios que hubieron de clasificarse como legítimos sin tener a la vista el documento que acreditaba la afirmación".

Cuando es la madre la que falta los resultados son peores. La mujer madre— no obstante los factores que puedan entrabar su misión sublime— siempre posee atributos que el padre no conoce, por razón de naturaleza. Un espíritu de sacrificio nobilísimo domina eternamente a la mujer madre. Para ella el hijo es digno de todos los esfuerzos, de todas las ternuras, de su vida misma. Solo en casos de profunda anormalidad, la madre pierde sus sublimes características.

El padre carece de los atributos que la Naturaleza ha dado a la mujer. Su psicología es diferente, sus cariños distintos, sus consuelos sin los efectos que tienen los de la madre, siempre más tolerante, suave y comprensiva. Además, por razón de su traba-

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

jo, apenas tiene tiempo para estar con sus hijos. Su misión es la de llevar a estos el pan de cada día, sin facultades de poder reemplazar a la madre.

Dice a este respecto Carlos de Arenaza: "El padre en el taller o la fábrica, recogiendo el pan que traerá a sus hijos; éstos a merced de la buena o mala voluntad de los vecinos..... y cuando terminada la faena diaria, al caer la tarde, el obrero retorna al hogar, lo encuentra vacío, pues los niños a fuer de hallarse siempre solos y entregados a sí mismos, buscan en la plaza o en el baldío próximo, el sitio de solaz y la casa está vacía, triste y fría, como el nido sin pájaros, el jardín sin flores, el día sin sol ."

En estas circunstancias es esguro que el obrero salga también en busca de solaz, y tan solo le sea dable encontrarlo en la cantina, junto a sus compañeros, en donde encontrará alegría, que, aunque ficticia, lo hará olvidar momentáneamente la miseria que le rodea.

De los efectos que resultan de estos hechos no es dable culpar ni al padre, ni a la madre, ni, mucho menos, al niño. La única culpable verdadera de todo ello es la Sociedad, que critica a los inocentes sin llegar a comprender que si cumpliera con sus deberes se evitarían muchas de las lacras que dice combatir.

El niño que se desarrolla en ese ambiente malsano, no ama a su hogar. Por el contrario, lo odia. Y, en verdad, tiene razones de sobra para no sentir ninguna inclinación para eso que dan en llamar hogar.

Más afecto, más alegría, encuentra en la calle, jugando con sus compañeros de infortunio, que en esa habitación, fría y muerta, denominada tan irónicamente hogar. De allí que huya del lado de sus padres, abandonando su casa, para pasarse el tiempo en cualquier sitio, muchas veces inapropiado, pero más dulce que la cárcel fría y muda que representa para el menor las cuatro paredes de la habitación en que vive, y que es dormitorio, comedor, despensa, cocina, etc.

Cuando el padre o la madre busca una nueva unión, la situación generalmente no mejora sino que, por el contrario, se vuelve peor. Ya se han hecho conocidos los términos **"padrastro"** y **"madrasta"** para indicar seres odiosos por su crueldad. Sin vínculo sanguíneo que dulcifique los caracteres, es improbable que el hombre o mujer, que no saben comportarse como padre o madre en los casos en los que realmente lo son, puedan sentirse mejores cuando solo se sienten unidos a niño por un vínculo que para ellos carece de toda significación.

Aunque quizás sea demasiado extenso, vamos a insertar un caso por demás ilustrativo, que conserva el doctor Carlos de Arenaza en sus archivos de hombre estudioso y amante de la niñez desvalida. La historia es la siguiente:

"Carlos A. era hijo de un padre viudo, que contrajo nuevas nupcias con una maestra normal; de esta segunda unión nació otro hijo, que es el que recoge todos los halagos y afectos del

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

hogar; en cuanto a nuestra pequeña víctima a la que la madrastra acusaba falsamente de los más inauditos crímenes.... dejémosle la palabra:"

" .....Es verdad, señor, me decía, que alguna vez me guardé los centavos de los vueltos, es verdad también que en ocasiones le escondí o tiré algo de lo que ella dice... pero solo fué por exepción, lo que no obsta a que concluyera de ordinario por reconocerme autor y declarar tal cual ella me lo exigía... lo que hacía para librarme de los tormentos a que me sometía.

"¿Cuáles eran esos tormentos, le he preguntado?"— "Ponía un papel en el suelo para que no se ensuciara el piso, hechaba sobre él un puñado de sal gruesa, me hacía quitar las medias, y me obligaba a arrodillarme sobre la sal, los brazos bien abiertos... con una plancha colgada en cada mano... y así debía permanecer hasta que me declaraba autor de lo que ella se le ocurría acusarme".

"Bien señores— dice el doctor Arenaza— este niño que nunca cometió delito alguno, e ingresó a la Alcaldía por una falsa denuncia de la madrastra, este niño que con su trabajo costeaba el sostenimiento del hogar paterno, no tenía el derecho de concurrir a él sino a la hora de la cena... tan pronto terminaba ésta debía retirarse a un almacén próximo donde la madrastra le había alquilado como habitación un altillo oscuro y frío... no podía permanecer en la casa que sostenía con su trabajo, porque la madre **postiza** decía era un peligro para el propio hijo, al que temía corrompiera con su mal ejemplo. La verdad era otra: ese niño ejemplar, con una inteligencia clarísima y una sensibilidad exquisita, hacía sombra al hijo de la segunda **unión**".

"¿Qué hacía mientras tanto el padre débil y sin trabajo? Recomendaba a Carlos paciencia y resignación... "para no complicarse aún más su existencia".

"Reconcentraos un instante, pensad lo **que habrá debido** sufrir esta criatura que como os he dicho era una sensibilidad y afectividad exquisita... que podréis juzgar por el siguiente **hecho:**"

"Durante su estada en la Alcaldía se hizo cargo de la enseñanza y el cuidado de un grupo de chiquillos de cinco y seis años, él los cuidaba les enseñaba a leer, les entretenía con sus cuentos. Intervine con el Juez, le busqué colocación y le envié a la estancia del señor Héctor Guerrero. Dos meses después me escribía enviando un cajón de frutas para sus antiguos protegidos; en el cajón venía también un nido con cuatro huevitos. "En un sobre amarillo— me decía— vá el nido que le ruego observe detenidamente, pues así como ese animalito consiguió a fuerza de perseverancia hacer su nido, yo conseguiré también labrarme un porvenir. Después estrégueselo a R. rogándole quiera dar una clase a los niños sobre el nido y los huevitos". "Este era el niño degenerado, torpe, perverso, cuya convivencia quería evitarse con el del segundo matrimonio para que no lo pervirtiera!".

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

¡Cuántos casos similares podrían encontrarse en nuestro medio! ¡Cuántos muchachos son "apresados" por la torpe policía debido a una denuncia que muchas veces significa pasados tormentos sufridos por estos infelices niños! Y lastimosamente carecemos hasta ahora de un buen Servicio Social, que sirva para estudiar y resolver estos casos, que son más abundantes de lo que se cree.

Muchos niños ingresan a nuestros Establecimientos tutelares de Menores, procesados por un real o supuesto acto delictuoso, sin perversión alguna, sin ninguna peligrosidad, y, sin embargo, siguiéndose los métodos rutinarios a los que ya estamos completamente habituados, allí adquiren las lacras que se tratan de combatir, por la acción del medio de esos establecimientos que en nada ayudan a la conveniente reeducación de estos menores, sino que, por el contrario, sirve, más bien, para hacerlos hipócritas e incapaces de bastarse a sí mismos.

No son raros los casos en que el padre, obligado por la ley civil a prestar alimentos a sus hijos, deja a éstos en el más completo abandono material y moral. El hogar del pequeño, sostenido únicamente por el trabajo de la madre, sufre privaciones inimaginables, agravándose ello por el hecho que ésta, por razón de sus necesidades, tiene, muchas veces, que dejar solo al menor, al cuidado de vecinos que no siempre se preocupan de la suerte del muchacho o, lo que es peor, lo maltratan o hacen trabajar en labores impropias para él.

Se dirá que la ley autoriza a la madre a seguir un juicio por alimentos. Pero ya se conoce lo moroso que son, por regla general, estos juicios y de como el obligado se vale de una serie de ardides para burlar la acción de la Justicia. Agréguese a ello el hecho que, debido a la ignorancia que prima en nuestro medio o a la falta de recursos económicos de la madre, no se intenta siquiera el juicio y la obligación legal que pesa sobre el padre no pasa de ser una mera ilusión jurídica.

A este respecto dice Jorge E. Coll, reconocida autoridad argentina en esta materia: "Toda acción u omisión que lesiona gravemente la conciencia social exige la reparación segura e inmediata. Es absurdo obligar a la madre o a los hijos, a seguir un juicio por alimentos que al fin se resuelve en una obligación ilusoria si el padre no quiere acatar la orden judicial. Inspirado en la ley francesa de 7 de febrero de 1924, concibe esta figura jurídica en la siguiente forma: Cometerá el delito de abandono a su familia y será reprimido con multa de 50 a 500 pesos o prisión de un mes a un año, según el caso, el que habiendo sido condenado a prestar alimentos, intencionalmente deje de abonar la pensión durante dos meses consecutivos".

Esta disposición legal ha sido propugnada en el Perú por el Dr. Carlos A. Bambarén y deberá tomarse en cuenta cuando se dé el Código de Menores, que constituye enorme necesidad.

"Otra cuestión que debe revisarse en nuestro Código Civil— sigue diciendo el doctor Coll— es la referente al derecho de in-

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

vestigación de la paternidad de los hijos adulterinos. Considero que es absurdo cerrar los ojos ante un hecho del cual no deben ser víctimas los hijos por la culpa de los padres. La situación de casado, no debe darle privilegios a un hombre para salvar su responsabilidad, eludiendo deberes que deben ser sagrados". La ley peruana adolece del mismo defecto que el Código Civil argentino.

Además de lo señalado, hay que reformar en el Código Civil todo lo que se refiere a la adopción. Sus disposiciones arcaicas no responden a la necesidad real que a diario se presenta de matrimonios sin hijos, que, sin reunir los requisitos que allí se determinan, sienten el deseo de adoptar a algún niño abandonado o al cual los padres no pueden darle lo que sus sagrados deberes les impone.

En resumen, hay que ver medios para formar **hogar** a los menores, que no lo tienen, así se ayudaría a librarlos de la peligrosidad que podrían adquirir en medios inconvenientes.

Pobreza y delincuencia infantil.— Es sabido que la miseria y el delito marchan de la mano y que el porcentaje más elevado de criminalidad corresponde a los individuos que ganan un jornal más exiguo. Entre nuestros menores que han llegado a cometer algún acto antisocial, rara vez se encuentra un niño de la clase acomodada.

La mala habitación y alimentación que, por razón de su pobreza, deben soportar determinadas clases sociales, repercuten gravemente en el desarrollo de los niños, dando lugar a organismos enfermos, de estatura y peso irregulares. Además, como es lógico intuir, la mentalidad de estas criaturas adquiere anormalidades diversas, siempre peligrosas para el buen orden social. Mackenzie y Foster, después de haber estudiado la influencia de la pobreza sobre 38.000 niños y 36.000 niñas, llegan a los resultados que se dejan expresados. De allí que, con justa razón, exclame Noguera que: "la miseria es el peor enemigo que tienen la Fisiología, la Política y el Derecho".

Las privaciones continuadas que tienen que soportar las clases pobres, imprimen en ellas influencias nefastas que alcanzan las células germinales, volviendose hereditarias.

La pobreza influye también en el desquiciamiento de los hogares. No puede discutirse que uno de los vínculos que une a la familia es el económico. No existiendo o desapareciendo, es lógico pensar que la familia se disgrega, por ser el instinto de la vida de orden principalísimo. Entre las clases pobres el hombre debe bastarse a sí mismo desde muy temprana edad y como ello muchas veces no es posible, si permanece unido al tronco primario, cada cual busca un nuevo ambiente para poder encontrar sus propios medios de vida.

Es corriente observar en las clases pobres que el menor es dueño de sus actos desde la adolescencia y, a veces, desde antes.

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

La necesidad familiar parece arrojarlo fuera del hogar, en pós de los centavos que le serán imprescindibles para vivir.

Debiendo el menor bastarse a sí mismo con el producto de su trabajo, se ocupa generalmente en labores impropias para su edad, llevado por las circunstancias. Aunque existe en nuestro país una legislación protectora del trabajo del niño, la realidad nos demuestra que ésta no se cumple o se cumple mal, por culpa de las autoridades encargadas de su vigilancia.

Además es digno de anotarse que la legislación protectora del trabajo del niño es anacrónica, puesto que apenas ha sufrido algunas leves transformaciones desde que fué aprobada. Y a más de anacrónica es incompleta, ya que solo abarca un grupo de labores realizadas por menores, dejando incomprendidas las más importantes y usuales.

Es común en nuestro medio que niños—algunos aún de tierna edad— se ocupen en la venta de billetes de lotería. Todos hemos podido observarlos en las calles ofreciendo a los transeuntes los clásicos "huachitos", en tonos diversos y en actitudes distintas, y oyendo de la heterogénea clientela las voces más diferentes, las palabrotas más fuertes y hasta los gestos más cínicos. Las niñas que a estas labores se dedican pierden tempranamente su inocencia, caen en la prostitución arrastradas por personas poco honestas, y, una vez en el camino señalado, siguen la pendiente que la sociedad hipócrita, puede decirse, les ha indicado. Los muchachos, por su parte, en la vergonzosa y extraña compañía de otros menores o mayores ya pervertidos, aprenden de ellos los hábitos más degradantes, las picardías más repulsivas, los medios de vida menos honestos, asistiendo, de esta suerte, a esta escuela callejera del vicio y de la delincuencia.

Otras de las ocupaciones favoritas de los menores de las clases desheredadas es la venta de periódicos. En medios iguales es lógico afirmar que aprenden los mismos hábitos y corrupciones. No es raro ver a los niños de 12 a 15 años jugando en medio de la calle— a vista y paciencia de la policía— sus pocos centavos, que han logrado ganar en su pesada labor diaria. Pasar junto a la heterogénea multitud que forman los vendedores de periódicos en las puertas de las oficinas de reparto de los grandes rotativos, es condenarse a oir toda clase de frases procaces e insultos groseros.

Esperar que estos niños no se conviertan en delincuentes es soñar con imposibles. Debe de estar dotado de las mejores cualidades el menor que, desarrollado en este medio, no adquiere las peores inclinaciones delictivas. Y, sin embargo, no obstante que esta realidad es conocida por todos, nada hace el Estado para evitar el mal, que cada día se torna más grave.

La Sociedad, que crea estos horrores, está en la obligación de evitarlos por medio de la protección efectiva de los menores que trabajan.

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

Como dato interesantísimo debemos exponer lo que un ex-director de la Escuela del Reformatorio de Menores del Surco nos ha dcho: "el 70% por ciento, más o menos, de los niños que ingresan a este establecimiento proceden del gremio de vendedores de periódicos y billetes de lotería".

En países mas civilizados que el nuestro la acción protectora del Estado, en este respecto, es cada día más efectiva. En Inglaterra, Alemania, Rusia, España, E. E. U. U., Argentina, Chile, etc.. existe ya una conveniente legislación protectora de la niñez que trabaja, la más digna de interés y consideración. **Alejandro M. Unsaín,** refiriéndose a la labor realizada en la Argentina, en cuanto a la protección del menor que labora, dice: "Esta protección al menor que trabaja se va haciendo cada vez mayor y dentro de poco será muchísimo más eficaz porque en esta hora confusa y difícil en el mundo, se hace carne la verdad de John Ruskin el pensador inglés con cuya conocida frase quiero cerrar esta disertación: "La verdadera riqueza de los pueblos no consiste en sus minas de oro, y brillantes, ni en la cantidad de carbón o las mercaderías que venden al exterior, sino en tener la mayor cantidad de gente posible que viva con la mirada alegre y llevando en los labios una dulce canción de amor". Lastimosamente en nuestro país parece muy remoto el día que tal cosa ocurra.

Nos parece digno de anotar aquí lo dicho por Monseñor Franceschi de Buenos Aires: "Si queremos preservar a la sociedad del incremento de la delincuencia infantil, si queremos disminuir estas cifras verdaderamente trágicas, creo que se impone, por un lado, el remediar a la familia de condición humilde, en lo que a su situación económica respecta, mejorándola hasta conseguir que el salario del padre pueda sostener la familia. . .". Porque es cierto que mientras el salario del jefe del hogar no sea suficiente para soportar las cargas que sobre él pesan, en forma íntegra, será imposible intentar la lucha contra la delincuencia infantil de manera seria e inteligente.

(Continuará).

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

SIMILITUD Y FRECUENCIA DE LOS SINDROMES ENTERO-HEPATICO Y ENTERO-RENAL DE CAUSA COLIBACILAR

Por los Doctores

G. VILCHES MARTINEZ y JOSE Ma. GONZALES GALVAN

El descubrimiento en 1885 por **Escherich** del colibacilo y su justificación patogénica en 1919 por **Heitz-Boyer** en diversos síndromes primitivos intestinales, han determinado una diafanidad conceptual en el mecanismo etiológico y de producción que fijan estatalmente los diversos puntos doctrinales de la cuestión sobre bases documentadas en la observación clínica y en la experimentación, alcanzando en la actualidad un amplio protocolo literario las publicaciones, enfocando desde diversas perspectivas; queda así aclarado el problema en sus diversos aspectos, grandes sectores de la patología: hépatica, renal, genital, articular, etc. es así explicada en su causología y producción, desaparecida la incógnita que oscurecía su nosogenia y enmarcado su punto de partida, nexo de transmisión y fisionomía clínica en cuadros descriptivos que son otros tantos capítulos que honran a la Medicina moderna.

Nuestra aportación pretende completar una parte no estudiada en unidad y que lo es muchas veces en la práctica; nos referimos al desenvolvimiento en paralelo de los síndromes de riñón e hígado de causa infectiva colibacilar. Todos los autores que lo han tratado fijan su atención aislada sobre uno de los circuitos y solo de pasada nombran incidentalmente rasgos de los otros; nosotros queremos ensamblar con un criterio real como lo ofrece la efectividad clínica, la semejanza y frecuencia de estos dos procesos que pueden presentarsele al especialista en la práctica y que debe saber abarcar con un criterio exacto de sus valores perdiendo así el enmarcado concepto de la patología por aparatos y el olvido o desprecio por el resto del organismo, tan frecuente en los que consagrados por exceso a los límites de una especialidad médica olvidan que el organismo es un todo armónico y en íntima correlación funcional.

La estrecha analogía de conformación estructual anatómica y de función; glándulas de excreción y defensa y vías de eliminación, la contextura y ensamble con el aparato circulatorio, el comportamiento y respuesta ante los insultos etiológicos y el parecido en muchos cuadros nosológicos, nos demuestra la analogía de comportamiento patogénico y sintomatológico ante las acechanzas en

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

común del gérmen colibacilar; así, no deja de ser frecuente encontrar al mismo tiempo en un sujeto manifestaciones de ambos aparatos, siendolo otras consecuencias uno del otro surgiendo el interrogante si se condicionan respectivamente, pudiendose admitir que si bien no existen razones que lo contradigan, es más propio suponer que la infección se hace a la vez a partir del mismo foco— intestino—siguiendo igual vía linfática o sanguínea de trasmisión.

A contiuación vamos a estudiar bajo varios epígrafes las diversas cuestiones que encierra este interesante problema:

EL INTESTINO COMO FOCO DE PARTIDA COLIBACILAR

El intestino espléndido albergue de una rica flora bacteriana, en gran parte indispensable como agentes colaboradores para el aprovechamiento digestivo de elementos alimenticios—celulosa—para la que se encuentra inhabilitado desde el punto de vista de los fermentos y de otros nocivos que llevan una vida de saprofitos inactivos entre los cuales se cuenta el colibacilo, capaces en momentos determinados de pasar de éste vegetarismo inerme a nocividad peligrosa.

Si bien el coli es el dominante no solo numéricamente sino desde el punto de vista de la responsabilidad causal de las colecisto y nefro-pielopatías, 60% de los primeros y 90% de las segundas según el porcentaje medio de unas a otras estadísticas, figuran además frecuentemente otros microbios que imprimen bacteriológica y sintomáticamente sus especiales particularidades de gravedad o rebeldía.

Ateniendose a las investigaciones sobre bilis conseguidas mediante la sonda duodenal, Nickel y Judd colocan en orden de porcentabilidad global el: coli, streptococo, viridians, bacilos Gram negativos y estafilococos, Klieve y Wagner dan el 59% de colibacilos: Wilhain y Mc. Leclan estreptococos el 20% y coli 19%, Mogena, Duran y Tapia, escalonan por su frecuencia, enterecocos, coli, estrepto y estafilococos.

En el árbol urinario se recoge una flora semejante dominada por el colibacilo; las demás son bacterias de asociación, pudiendose considerar como una rareza los cuadros por cocos.

Según Walberg los gérmenes de la gangrena gaseosa particularmente el bacilo gaseoso de Fraenkel y el perfringens, pueden llegar a la vesícula biliar, probablemente por vía ascendente ya que no se descubre etapa septicémica intermedia, citando cuatro casos de gangrena del colecisto con aparatosos cuadros sobreagudos y comprobación operatoria. En lo que se refiere a riñón no hemos personalmente tenido ocasión de observarla, no encontrando en la literatura revisada caso alguno de nefro-pielitis gangrenosa.

Por diversos motivos abandonan los microorganismos su latencia agresiva para transformarse en agentes de nocividad; és-

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

tos pueden concretarse fundamentalmente en dos; el **extasis fecal** y la **exaltación de virulencia.** Una vez puestos en acometividad y vencidas las defensas orgánicas hacen irrupción en el medio para desplegar su ejecutividad morbosa.

Es cuestión debatida la existencia de una correlatividad que podríamos llamar de defensa dentro de la normalidad entre el intestino y las **vías** biliares y urinarias como medio de eliminación de gérmenes, igualmente a como pasa con las toxinas químicas. En efecto, en **exámenes bacteriológicos practicados sobre bilis y** orina en sujetos aparentemente sanos, se han descubierto gérmenes de varias especies; eran simplemente vehiculados para ser arrojados al acerbo; como hechos aislados o temporales pueden pasar, pero reiterados pueden ser prodrómicos de futuras contingencias, de todas formas; estas personas son justificables de un tratamiento de esterilización.

En lo que concierne a hígado adquiere la categoría de reservorio de bacterias haciendose "un portador de gérmenes"; así no deja de ser frecuente en clínica, asistir colecistitis de causa eberthiana, cuyos episodios agudos se desarrollaron muchos años atrás, descubriéndose en los análisis efectuados sobre el extraído biliar, lo que hace suponer que estos individuos habían estado muchos años expulsando sordamente sus bacilos tíficos.

El intestino pierde su poder protector de defensa por multitud de causas que podríamos considerar agrupadas en dos puntos a) **mecánicas**, determinantes de la estancación estercorácea, tal como acodaduras, bridas, torsiones, vólvulos, **megacolon**, ptosis cecal, siendo más trascendente la constipación del lado derecho por la mayor actividad y número de la flora allí residente, b) las **alteraciones de las secreciones** pancreática e intestinal disminuyendo los medios defensivos, c) **cambios en el reparto de la flora colaboradora,** d) los **parásitos:** vermes, oxiuros, lamblias, amebas, tenias, etc., por abrir puertas de entrada.

MECANISMOS DE LA EMIGRACION COLIBACILAR

La vulnerabilidad del sistema hepato-renal que consideramos, está condicionada por factores diversos, cuya importancia no discutiremos pero que merecen siquiera una mención. De entre estos hablemos:

Edad.—Aunque todas las edades de la vida son asequibles al coli, es más frecuente observarlo en la edad media y adolescencia y algo menos en la vejez.

Sexo.—Parece darse una mayor predilección por el femenino por razones de temperamento, constitución, género de vida, hábito doméstico, riñón móvil, obesidad, embarazo, pudiendo éste quizás influír por las compresiones originadas de la posición tocológica del feto.

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

Localidad.—En razón de la pureza bacteriológica de las aguas, demostrándolo así la mayor frecuencia nosológica en los medios rústicos.

Las épocas del año.—Reglando los factores hídricos y las corrientes de agua, favoreciendo las estancaciones y putrefacciones; los hábitos alimenticios exacerbando la preponderancia microbiana.

Alimentos.—Como vehículos de aporte y determinantes del ambiente intestinal.

Hepatismo.—El presente de la glándula hepática influída de **ad vinitio** por alteraciones locales o generales pueden crear estados de meiopragia funcional.

Afecciones urinarias.—La historia renal del sujeto: íntegra o menguada en su resistencia funcional.

La eclosión infectiva depende de la exaltación virulenta o bien de la claudicación de los medios de defensa. En último y definitivo término, del extasis en el que encuentran cuna de floreciente cultivo.

Para llegar por asalto a los órganos de fijación han de efectuar su tránsito por diversas vías cuya autenticidad ha llevado a los investigadores a realizar largas experiencias y debatirse en árduas polémicas; en cuanto al presente esta cuestión parece resuelta. Tal nexo comunicativo puede efectuarse por tres vías a seguir:

1º—**Directa o ascendente.**
2º—**Intermedia o linfática.**
3º—**A distancia o hemática.**

Tratando de establecer este problema se han esforzado los autores hasta llegar a la conclusión que hoy predomina. Consideremosla en detalle:

1º.—**Vía directa o ascendente.**—El criterio más simplista hace sospechar que los gérmenes encontrarían fácil acceso siguiendo los conductos de excreción: colédoco y uréter. Si hacemos excepción del gonococo de relativa actitud migratoria, encontraremos que los demás cocos no salen de su medio habitual de entrenamiento; así es raro encontrar las infecciones de las parotidas, senos, lagrimales, etc., lo cual demuestra que adecuadas defensas velan por la pureza de los puntos a ellos asequibles; así nos encontramos con las pestañas vibratiles, la vigilancia esfinteriana, el barrido centrífugo de las excreciones y la fuerza bacteri cida de estas mismas, sin olvidar la contractilidad de las fibras musculares de los canalículos excretores que parece completar la labor defensora.

En aserto de estas ideas dominantes está Albarrán fundándose en las experiencias realizadas con Guyon, ya clásicas, en que cortando los uréteres en una retención aguda vesical no consiguieron hacer fluír orina por ellos a pesar de las fuertes presiones ejercidas sobre la vegiga y aquel otro similar de Musu-

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

meci Grasso en que antes obtuvo la ruptura vesical que la salida de líquido por los cabos seccionados.

2ª—**Intermedia o linfática.**—Fundándose en los estudios anatómicos que demuestran la comunicación linfática entre el intestino y los tramos inferiores del aparato urinario, han querido ciertos autores como Baurensein, ver en esta fácil correlación el medio de trasmisión, e incluso en casos patológicos, como por bridas o adherencias.

Sin negar la posibilidad de ésta vía, todos estamos de acuerdo en considerarla rara, por el hecho de no encontrarse ganglios de defensa intermedia y la máxima facilidad de transformarse en sanguínea. En realidad ésta vía no nos parece sino un preliminar de la fase descendente. Este es el criterio que sustentan Sweet y Stewart.

3ª—**A distancia o hemática.**—De acuerdo con la mayoría de los autores, ateniéndose a la contextura anatómica y a la difusibilidad microbiana que encuentra a través de las oquedades linfáticas y del seno sanguíneo fáciles condiciones de sensibilidad por todo el organismo, el itinerario que se supone sigue el gérmen colibacilar es, desde el intestino hasta el hígado y el riñón, dividible para su perfecta comprensión en las tres etapas siguientes:

a)—**Originaria.**—Si bien puede emanar de un foco críptico cualquiera en la inmensa mayoría de los casos, es el intestino, medio natural de alojamiento, el punto de partida de las emigraciones.

b)— **Intermedia o de tránsito sanguíneo.**— Como vectora móvil, la sangre vehicula a los diversos órganos, susceptibles de dar favorable acogida a los agentes infectivos. Trátase por tanto de una fase de categoría septicémica, siendo éste el único período—cuando existe un carácter agudo—en que el hemocultivo resulte positivo.

c)—**De selectividad visceral.**— Razones diversas de tipo hipofuncional y de índole mecánica, traumática, circulatoria, secretoria o nerviosa, pueden permitir el arribo y desenvolvimiento de las noxas, dando lugar al establecimento del proceso patológico. El hecho indudable de ser los aparatos biliar y urinario, sistemas de eliminación por filtraje, con amplia impregnación sanguínea, los pone en una mayor aptitud para enfermar, motivos que explican sobradamente el por qué del mayor porcentaje de presentación clínica de los síndromes que estudiamos.

Ciertos autores como Le Für, concretan ésta última vía hemática bajo dos trayectorias de distinta amplitud; trátase en los dos casos de circuitos hematógenos: uno corto "intestino y tramo inferior urinario" y otro mayor "intestino y segmento superior reno-hepático".

Pensemos que al cuadro clínico completo, precede un estadio de tipo glandular, ligero, constituído quizás por una nefropatía o hepatitis médica, seguramente similar a la que ocasiona la

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

eliminación de sustancias tóxicas o químicas; tal es el criterio de Economos a propósito del microscopico traumatismo de finísimos cristales de oxalato de cal, a su paso por el glomérulo. Por parte del hígado es opinión hoy aceptada que los procesos de las vías biliares no son exclusivos del reservorio vesicular y conductos, sino que siempre se acompañan de un tanto por ciento de participación glandular: la hepatitis, en más o en menos se dá siempre y esto es lo que explica muchos fracasos de intervenciones como colecistectomías, coledocostomías, etc., por persistir los fenómenos de la glándula. Por consecuencia, solo seremos exactos si entendemos el síndome en conjunto de aparato, y no limitado a una parte —el colecisto—como generalmente se dice.

La bilis al ser infectada, pierde sus características físicas y de composición adquiriendo **per se** nocividad, primero química por las alteraciones en la colesterina, sales de cal y pigmentos biliares, y después por su tendencia a la concentración, con espesamiento y precipitación, depositándose sobre las paredes a las que daña inflamándolas, llegando progresivamente a la formación de cálculos microscópicos o voluminosos.

Resumiendo esta última vía hemática, podemos decir que la ruta anatómica seguida por los agentes microbianos es por los quilíferos a los ganglios y de aquí por la Cisterna de Pecquet y el conducto torácico, al torrente circulatorio que los disemina por todo el organismo.

CLINICA DE LOS SINDROMES VESICULAR Y RENAL

Producida la infección de los árboles biliar y urinario alterados en su integridad y puestos en neocondiciones de fisiopatología, adquieren el expresionismo consiguiente traducido en síntomas generales y locales por los cuales se denuncia, la forma cómo responden en cuanto a intensidad, tiempo, evolución y matices sinópsicos, nos obliga de acuerdo con su presentación clínica a considerar el proceso, bajo las formas: a) **Agudas**, de presentación y marcha rápida e incluso dramática y b) **Crónicas,** de evolución lenta y torpe, bajo máscaras imprecisas que dificultan grandemente el diagnóstico.

a) **Formas agudas.**—Hacen su presentación con todo el aparato impresionante y febril de las grandes infecciones; altas temperaturas, cefaleas, dolores, sudoración, trastornos digestivos, etc., concretándose bajo modalidades especiales según sea el sector afecto. Por parte de hígado se demuestra la zona dolorosa, la defensa, la irradiación hacia escápula, el aumento del borde inferior hepático o nó, la ictericia no constante, vómitos pertinaces y pigmentaciones urinarias. El riñón atrae la atención por ser expreso el dolor a su región, la irradiación ureteral, a veces se hace palpable, la defensa muscular, hematurias que a veces han servido a algún autor para hacer cierta clasificación de pielonefritis,

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

Universidad Mayor de San Marcos Biblioteca Lima - Perú

fenómenos vesicales constituídos fundamentalmente por polaquiurias y disurias y los caracteres de la orina.

Dentro de estas formas agudas pueden registrarse distintos tipos por su cuantía, casos discretos con fiebre y dolor moderado, otros intensos hasta llegar a los hipertóxicos e hiperpiréticos acompañados de septicemia.

b) **Formas crónicas.**—Las formas viejas, larvadas, pueden desde un principio haber tomado este aspecto y en menor número de veces ser estadíos prolongados de accidentes agudos en los que no se alcanzó la esterilización de las críptas de alojamiento microbiano.

La forma más interesante es aquella de febrícula insidiosa con un cuadro tóxico general de impregnación; son enfermos que plantean su consulta la mayoría de las veces por fenómenos tan alejados que despistan totalmente sobre su etiología; es unas veces, la jaqueca, otras la astenia, la persistencia hipertérmica, por dispepsias, etc., razón por la cual el médico nunca perderá de su memoria al colibacilo como agente proteiforme causal de enorme importancia en patología.

La fisonomía genérica de la colibacilosis larvada es la debilidad, astenia, adelgazamiento, lengua saburrosa, color terroso de los tegumentos, jaquecas, dispepsias, estreñimiento, somnolencia, apatía, frigidez sexual y febrícula con elevación vespertina de 37, 5° a 38° y remisión matinal, teniendo en especial de característica la atenuación, la remitencia, rebeldía y prolongación indefinida.

En lo que concierne localmente a los órganos afectos, se registra sensibilidad en la región vesicular o renal, ictericia o subictericia, cambio de color en la orina, etc., reacciones vesicales con trastornos de micción, hematurias, y piuria casi constante.

Por parte del intestino es el estreñimiento el dato de más relieve que es casi constante, acompañado de todos los detalles propios de la auto-intoxicación intestinal; en algunas ocasiones se recogen cuadros de colitis, tiflitis, megacolon, etc.

Para el buen diagnóstico de todo paciente sospechoso de colibacilosis debe buscarse la ayuda del laboratorio que informe de su presencia directa o de las alteraciones producidas en el medio sanguíneo. El exámen de orina es un requisito indispensable; debe practicarse conforme a algunos puntos técnicos muy trascendentes; la orina debe ser tomada por cateterismo con toda clase de garantías de asepsia: debe trabajarse sobre orina fresca, completando el estudio bacteriológico con algunos datos químicos; albúmina, urea, cloruros, densidad y reacción.

Al interpretar los resultados debemos de contar con que la eliminación de bacilos es intermitente lo que puede dar lugar a encontrarnos en fases cerradas con negatividad, así como ya decíamos que puede denunciarse sin existir padecimiento, tratándose solo de expulsión de defensa. Aquí como en muchas cuestio-

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

nes de la Patología se hace precisa una perfecta acordación de los dictámenes analíticos con los hechos de la práctica clínica.

El sondaje duodenal consiguiendo bilis colecística, será de inapreciable valor debiendo efectuarse la observación mediante la tinción y exámen microscópico y los cultivos en estufa; con estos procederes denunciaremos las variedades bacteriológicas y los parásitos.

El hemocultivo carece de valor; la fase sanguínea septicémica es en la mayoría de las veces transitoria y su biología no se presta a esta clase de pruebas.

En ciertos casos supurados tanto de riñón como de vesícula biliar debemos ordenar fórmulas leucocitarias que será la pauta más segura para despistar las formas cerradas en abcesos.

Los Rayos X pueden ser un buen recurso mediante la opacificación por medio de las sustancias inyectadas de alto peso específico; tetrayodo-fenolftaleína para las vías biliares y Abrodil o Uroselectan para las urinarias o bien las sales de torio—Torotrack o Umbratol—para el parénquima hepático y la cisto-pielografía ascendente. Los casos utilizables son aquellos en que se dan lesiones o deformidades de las paredes, es decir en fases avanzadas destructivas o de dilatación; el perfil, la opacidad, forma, tiempo de eliminación serán otras tantas imágenes correspondientes a dilataciones, estrecheces, vasos anormales, torceduras, ptosis, retenciones tanto de vesícula biliar como de pelvis renal.

(Continuará)

BIBLIOGRAFIA

ELECTROCARDIOGRAFIA CLINICA por Sir. Tomás Lewis.— Un vol. de 148 páginas.— **Editores Espasa-Calpe. S. A.**— Madrid 1934.

El autor, uno de los más grandes especialistas ingleses, ha escrito esta obra convencido de que la electrocardiografía es el método de investigación imprescindible para el estudio moderno de las enfermedades del corazón.

La electrocardiografía ha hecho avanzar mucho estos estudios y ha logrado llenar grandes lagunas que existían en el conocimiento de estas dolencias, cosa natural. pues constituye el exámen directo de lo esencial del músculo cardíaco.

En este libro se han reunido los signos de los desordenes cardíacos recogidos a la cabecera de los enfermos, demostrando de modo clínico su influencia en el pronóstico y tratamiento. Agrega,

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

además, unos capítulos que servirán de iniciación a los estudiantes, de guía a los médicos prácticos para la interpretación de los electrocardiogramas de los enfermos.

El libro trata del método electrocardiográfico, sus conexiones con el enfermo, comprobación, accesorios, etc.; del electrocardiograma fisiológico, de los rítmos normales, bloqueo del corazón o disociación auriculoventricular, etc. Trata igualmente de las contracciones prematuras o extrasístoles de origen ventricular, auricular; estudia la taquicardia paroxística simple, tremulación auricular, trastornos del seno y alteración con sus arritmias y los estados especiales, como estenosis, enfermedades aórticas, insuficiencias, enfermedades renales, trombosis, etcétera, etc.

El libro, contiene 107 figuras muy interesantes como demostración gráfica. Se sabe perfectamente que cuando todos los procedimientos de exámenes cardíacos fracasan, la electrocardiografía es el último recurso, y su juicio es casi inapelable, pues hay ciertos tipos de anormalidad del ritmo cardíaco ante los que permanecen mudos los otros métodos de un modo total o parcial. Por esto el buen conocimiento de la electrocardiografía puede tener una enorme importancia para el médico.

....**TERAPEUTICA GENERAL** por el Dr. Bernardo Fantus y Luis B. Kartoon.— Un vol. de 512 páginas.— **Editores Espasa-Calpe**. S. A. Madrid 1934.

El nuevo volumen publicado de "Anuarios de Medicina Práctica" es el de **Terapéutica general.** Esta publicación se realiza con la cooperación de la prestigiosa editorial de Chicago "The Year Book Publishers", y en ella colaboran los más prestigiosos doctores norteamericanos. En estos Anuarios se recogen, extractan y, a v ces, se comentan todos aquellos trabajos publicados en el mundo entero sobre nuevos ensayos, sistemas o procedimientos.

El volumen está redactado por el doctor Bernando Fantus, profesor de Terapéutica en la Facultad de Medicina de Illinois, miembro del Comité de Revisión de la Farmacopea de los Estados Unidos, y el doctor Luis B. Kartoon.

Se incluyen en este volumen grandes novedades, como el éxito de los laxantes de acción física, los cuatro nuevos tratamientos de la tuberculosis, las últimas novedades en vacunoterapia, nuevos métodos de obtención de vitaminas, las cauterizaciones de la fosa nasal como método para la cura de algunas dolencias, nuevos aprovechamientos de la orina, los nuevos progresos de la dietoterapia, nuevas armas en el tratamiento psicoterápico, los nuevos usos de la acetilcolina y la histamina, nuevos antídotos, terapéutica física, etc.

Estas ligeras indicaciones servirán al médico práctico para darse cuenta del gran interés que puede tener para él este libro. Sin ningún trabajo por su parte, con método excelente con precisión y claridad, puede encontrarse al tanto de todo lo nuevo que dentro de la terapéutica va ocurriendo en el mundo científico.

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

EL NIÑO

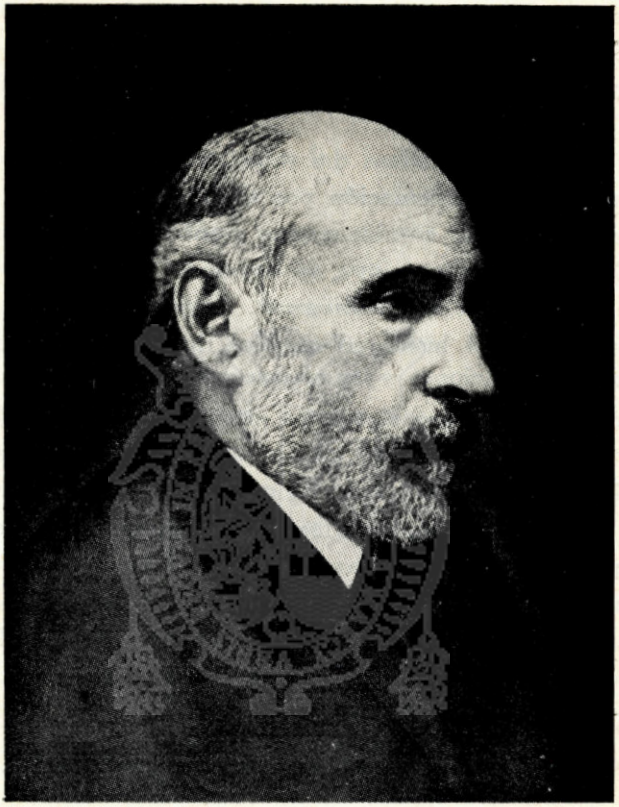
El niño debe ser en cierto modo **previsto,** procurándose que los futuros padres, dentro de lo racional, posean una salud completa y las condiciones mejores para su subsistencia; **engendrado,** debe su madre recibir los cuidados requeridos para que él llegue a feliz término; **nacido** ha de ser puesto en condiciones tales que pueda desarrollarse en lo físico, en lo moral y en lo espiritual; **considerado como parte integrante de la familia,** no debe ser separado del hogar, sino en casos excepcionales, yendo de preferencia a un nuevo hogar; **sano,** debe ser sometido a exámenes médicos periódicos, **enfermo,** ha de estar debidamente asistido; **en uno y otro caso,** debe ser alojado con aire, luz y sol abundantes, vestido y alimentado convenientemente, procurándosele sobre todo leche pura y agua pura; **abandonado,** por cualquier causa, deberá encontrar la protección necesaria; **de seis a catorce años** debe recibir la instrucción adecuada, con enseñanza y locales también adecuadas; **en falta social,** debe ser tratado, no como delincuente, sino por tribunales propios y métodos educativos: **en edad de aprender** no debe trabajar, y en el trabajo ha de ser protegido y contraloreado; en una palabra la protección a la infancia, es en su esencia, primero, una defensa del niño con la madre, considerado como binomio inseparable, y siempre, de ambos, como integrantes de la familia, legítimamente constituída y conservada como base de la sociedad.

Todo desorden que lo separe de esta línea debe ser corregido, acercándolo a ella, y procurando al niño sano, enfermo, abandonado o en falta social, el ambiente del hogar como el más propicio para poder repararlo física y moralmente.



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

Universidad Mayor de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú



SANTIAGO RAMON Y CAJAL

(1852-1934)

Falleció en Madrid, el 17 de octubre, el sabio y glorioso español Dn. Santiago Ramón y Cajal.

Era el maestro vitalicio de la Histología del sistema nervioso, tema sobre el cual trabajó con éxito asombroso, razgando infinitos horizontes.

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

Investigador perseverante, tenaz en el trabajo, genial en la intuición, poseía indudablemente el quid divino de la inspiración, razón por la cual personificaba el saber hispano en forma inigualada.

Ramón y Cajal tuvo la suerte de asistir a la apoteosis de sus concepciones. El largo decurso de su vida— 82 años— le permitió ver el triunfo de sus ideas, recibiendo honores excepcionales.

Fué labor imperecedera del sabio sostener la independencia de la neurona y su articulación por sinapsis; concepción fecunda que al multiplicar las combinaciones posibles del elemento fundamental del sistema nervioso, se acomoda mejor con los resultados de las experiencias fisiológicas. Concurren a dar apoyo a la interpretación del histólogo español, lo observado en el curso de las degeneraciones y regeneraciones experimentales del sistema nervioso, así como el cultivo artificial de dicho tejido.

Ha muerto el sabio, 40 años después de exponer su teoría de la unión por contiguidad de las neuronas, que, no obstante los estudios de los partidarios del reticularismo, se mantiene enhiesta, sin que puedan vislumbrarse sus perfeccionamientos futuros.

Proclamemos que con Ramón y Cajal ha desaparecido el sabio español que tenía en su haber el mayor volúmen de descubrimientos científicos. Asociémonos, como americanos, al luto de la patria de tan excelso hijo.

Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

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

LA FRENICECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Por el Dr. O. HERCELLES GARCIA

TECNICAS OPERATORIAS

Estudiaremos la parálisis diafragmática definitiva y la parálisis temporal.

A) En las técnicas operatorias de acción definitiva, figuran Goetze y Félix, con sus escuelas, imprimiendo fundamentalmente cada una un rumbo distinto, dando la segunda, o sea la que sigue como base de acción, el método de Félix, el mayor número de adictos, haciéndose así bajo esta técnica, una serie de cambios y perfeccionamientos.

Goetze, mediante su técnica, hace una labor de fina disección del nervio frénico, haciendo luego la resección de 2 ó 3 centímetros resecando en parte el nervio principal, y el accesorio, cuando existe, destruyendo las anastomosis del tronco principal con el simpático cervical, descubriendo luego la quinta raíz cervical para ver si hay alguna rama para el frénico, destruyéndola en caso de existir.

Félix, que realiza mediante su operación la frénico-excéresis, hace después de la sección del nervio, su arrancamiento mediante maniobras de enrollamiento y tracción, que le permiten, obtener un mínimun de 12 ó 14 cm., de nervio, consiguiendo así la ruptura por lo menos, de todas las anastomosis existentes a nivel del cuello.

Estas dos técnicas se usan para la parálisis del diafragma, siendo mas empleada la de Félix, pues la mayor parte de los cirujanos, la han adoptado, ateniéndose a que no hay que realizar esa fina disección, que requiere la de Goetze, y que se consigue mediante ella una destrucción mas completa de las anastomosis comunes o raras.

Sin embargo, conforme con los trabajos de **Baungarten** y **Alary** hay casos en que la técnica de **Goetze**, debe emplearse preferentemente, habiéndose hecho al respecto cinco indicaciones fundamentales: 1) en caso de pleuresía o de empiema, con el objeto de evitar toda herida de la pleura por desgarradura; 2) si se supone focos tuberculosos superficiales en la vecindad de la porción mediastinal del frénico o si hay una gran resistencia

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

al arrancamiento del nervio por adherencias mediastínicas; 3) en los enfermos afectados del corazón (John Alexander); 4) en casos de reflejos cardiacos o respiratorios; o de vivos dolores en la excéresis; 5) cuando el enfermo está recibiendo neumotorax; preferencia ésta, que no es casi aceptada por ningún otro (Bordet y Oddy).

Describiremos, ahora, las diferentes técnicas existentes, en la actualidad, haciendo antes el estudio de los cuidados preoperatorios y de la anestesia.

Indicada la frenicectomía, debe practicarse, antes de realizarla, un exámen general del enfermo, observándose fundamentalmente su aparato circulatorio y digestivo, haciéndose en este último un minucioso interrogatorio sobre el funcionamiento gástrico, para ver si hay lesión de él, pues en los casos de existir, puede originarse una seria complicación post-operatoria.

Recomiendan muchos dar la noche antes de la operación, una poción opiada, y media hora antes del acto, poner una ampolleta de pantopón o morfo-atropina.

La anestesia que por lo general es local o regional, es sustituída en muy raras veces, por la anestesia general, en sujetos muy pusilámines.

En la anestesia local o regional, usan la mayor parte la novocaina, otros la oscuro-caína, a diluciones de 1|200 y 1|300, mientras otros la usan en diluciones de 1 %; sosteniendo los primeros, que las diluciones débiles son mucho más ventajosas que las concentradas, pues permiten una mayor infiltración de los tejidos por anestesiar, ante la mayor cantidad de solución que se cuenta, con igual cantidad de empleo de novocaina o oscurocaina.

En la técnica misma de la anestesia, hay una serie de métodos y así, mientras unos hacen la anestesia previa, de todos los planos, otros van anestesiando de la superficie a la profundidad, conforme van llegando los tiempos operatorios. Entre los primeros, hay dos métodos fundamentales: el uno que va desde la superficie a la profundidad; y el otro que sigue el camino inverso, es decir, de la profundidad a la superficie. El primero es aconsejado por **Bernard**, **Dumarest** y **Desjacques**, que actúan de la siguiente manera: empleando 20 c. c. de solución de oscurocaina al 1 %, con la aguja de Pauchet, empiezan por infiltrar los planos superficiales, siguiendo una región lineal, que partiendo del borde posterior del esterno-cleido mastoideo; y a dos traveses de dedo por encima de la clavícula se extiende hacia arriba y afuera, actuándose así sobre el plexo cervical superficial y sobre el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo; cambiando después la aguja por una pequeña, se penetra directamente por la fosita supraclavicular hasta la cara anterior del escaleno anterior, donde se inyecta algunos c. c. de la solución, acusando algunos enfermos en este momento un dolor en rayo, que indica que el nervio frénico ha sido alcanzado por la aguja.

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

El método en que se sigue la anestesia de los planos profundos a los superficiales, es recomendado por **Charrier** y **Loubat,** cuya técnica de acción la basan en la de **Pauchet** y **Sodat,** que es una anestesia regional; empleando una solución de novocaina al 1|300, y haciendo tres botones anestésicos: el uno sobre la cara interna del músculo-esterno-cleido-mastoideo, cerca de su borde interno a 3 cm. de la clavícula, el otro a la altura del tubérculo de Chassaigne, y el último sobre el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo a la altura de un plano horizontal que pasa por el cartílago tiroides; estos tres puntos se hacen mediante una aguja larga y blanda, para de esta manera tener que ser apoyada siempre, a su introducción, sobre el índice, consiguiéndose así mediante el dedo un apoyo, y una dirección continua; hechos estos tres botones, se hace la anestesia de los planos superficiales, haciéndose sobre la piel una infiltración correspondiente, con la línea de incisión que se va a seguir.

Estas anestesias totales, previas, tienen algunos inconvenientes, como son a veces la producción de hematomas, por haber herido la aguja algún vaso en su pasaje, dificultando así la exploración del nervio; además a veces por desviación de la aguja se puede producir parálisis sobre el plexo braquial que por lo demás son pasajeras.

Por estos inconvenientes, y ante el hecho de sostenerse de que es más precisa la anestesia, cuando se hace plano a plano, desde la superficie hasta la profundidad conforme se va alcanzando en el acto operatorio, practican muchos cirujanos esta forma de anestesia, haciendo en el primer plano la infiltración de la piel según la línea de incisión, y continuando por los otros planos conforme se va necesitando.

Nosotros, hemos practicado tanto el primer método, como el último, habiendo obtenido en todos nuestros enfermos una anestesia bastante buena, usando por lo general, un total de 60 cc. de solución de novocaina al ½ % en todo el acto operatorio.

La posición del enfermo, que debe ser lo mas apta para la exteriorización de la región, como para la comodidad en la permanencia de ella, ha sido en lo que a la posición del cuerpo se refiere, ya bien la de decúbito dorsal, o la posición de semisentado; optando por la primera la mayor parte de los operadores, en que colocan al enfermo en decúbito dorsal, con un cojín bajo la espalda para obligar a la cabeza a deflexionarse completamente; y haciéndola girar, ya bien ligeramente al lado opuesto **(Charrier** y **Loubat)**, o de una manera intensa **(Sauerbruch)** o bien manteniéndola recta, según indicación **de Bernard, Dumarest** y **Desjacques,** para evitar perder las relaciones normales del frénico. Entre los que indican que el enfermo debe optar la posición semi-sentada, están **León Bernard, Dumarest, Desjacques. Sauerbruch, Alexander** y otros, que la admiten como la mas cómoda, haciendo tomar la posición a la cabeza conforme a la manera que ya hemos indicado.

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

Entrando a ocuparnos de la técnica operatoria misma, vamos a hacer primero la descripción de la de **Sauerbruch**, por ser ella, la que se ha seguido; luego apuntaremos las diferentes variantes de las otras técnicas.

La técnica de **Sauerbruch**, se compone de 4 tiempos:

1) Se incinde la piel longitudinalmente en un espacio de 10 cm. sobre el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo, deteniéndose a 2 cm. por encima del reborde clavicular, para evitar cortar la vena yugular externa que desemboca en la vena subclavia; una vez que la piel está incindida, se continúa sobre el tejido celular, el músculo cutáneo y la aponeurosis superficial, debiendo hacerse esto, con cierta precaución para tratar de no herir la yugular externa, llevándola hacia un lado con un separador, pero ligándola y seccionándola en casos de molestar; debiéndose hacerse también la hemostasia completa de todos los otros vasos, antes de pasar adelante.

2) En un segundo tiempo se repara sobre el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo, incidiendo su vaina, o disecando con cortes de tijera sus fibras musculares mas externas, en caso de ser el músculo ancho y poderoso: pónese en seguida un separador, que llevará a este músculo hacia adentro: y se busca con el dedo el tendón intermedio del omo-hioideo, que sostiene la aponeurosis media, para de esta manera mediante un corte vertical de bisturí seccionar longitudinalmente esta hoja aponeurótica, llegando así al plano pre-escalénico en que se encuentra variable cantidad de tejido célulo-ganglionar, viéndose así frecuentemente aquí, ganglios hipertrofiados ahogados dentro de este tejido celular más o menos denso: debiendo actuarse en este punto con una prudente y delicada disección ya bien hecha con una pinza roma o con una sonda acanalada, hasta llegar a la hoja anterior aponeurótica del escaleno anterior, pues en este tejido se encuentra la arteria cervical trasversa con sus dos venas, y hacia adentro está el paquete vásculo-nervioso del cuello.

Llegados a la vaina anterior del escaleno anterior, reconoceremos antes que nada el nervio frénico, pues él por lo general está adherido a ella, sucediendo que en caso de haberse incindido bruscamente la vaina sin haberlo reconocido antes, se puede llevarlo junto con ella, al colocar el separador, viéndonos entonces obligados a volver a colocar la vaina en su sitio primitivo. Una vez reconocido el nervio se le aisla, separándolo de la arteria cervical ascendente, que le sigue por su lado interno.

3) En este tercer tiempo, tenemos que realizar la identificación, sección y arrancamiento del nervio: el reconocimiento del nervio se hace fácilmente por los recuerdos anatómicos que de él se tiene, pudiendo en caso de duda comprobar con la excitación de él, al pinchamiento del tronco nervioso. Separado completamente en su extensión visible, destruyendo su anastomosis y

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

constatando si hay frénico accesorio, se inyecta sobre el nervio mismo unas gotas de la solución anestésica, colocando luego una pinza de Kocher, que lo toma en todo su espesor seccionándo el nervio por arriba de ella, y empezando luego a enrollarlo lentamente a la pinza hasta que se produce el arrancamiento de él; obteniéndose así longitudes diferentes, habiendo nosotros, en algunos casos obtenido hasta 33 cm. de nervio frénico. Este último momento, o sea el del arrancamiento del nervio, es molestoso por lo general para el enfermo, quejándose de dolor que se manifiesta primero en el tórax y después en el epigastrio, con dolor a veces irradiado al hombro y al brazo, acompañado algunas veces de tos y de sensación de ahogo. Debemos apuntar que con la práctica operatoria hemos recogido siempre, el quejido doloroso del padecimiento, al nivel del epigastrio, cuando la elongación ha sido de mas de 20 cm.

4) En este último tiempo se completa la hemostasia; haciéndose el aproximamiento con catgut, de los bordes del esterno-cleido-mastoideo, en caso de haber sido lastimado, para luego suturar la piel, ya sea con crines, o agrafes, dejando algunas veces un drenaje capilar. Algunas veces con fines estéticos, la sutura puede hacerse intradérmica.

Concluída la operación, el enfermo vuelve por lo general a su casa inmediatamente, debiendo observar el reposo que la prudencia aconseja.

Veamos ahora las modificaciones que se hacen dentro de estos tiempos operatorios de la técnica de **Sauerbruch**, según las diversas técnicas de otros cirujanos.

En lo que a la variación de la línea de incisión se refiere, tenemos que:

1) **Loubat** y **Charrier**, siguen una línea paralela a la clavícula, que partiendo del borde posterior del esterno-cleido-mastoideo, se extiende 5 cm. y que está a 2 cm. por encima del borde superior de la clavícula.

2) **Trudeau**, hace una incisión trasversal de 4 cm. paralela a la clavícula y a 2 cm. por encima de ella.

3) **Bernard**, hace una incisión trasversal ligeramente oblícua hacia afuera de 4 a 5 cm. que va del borde posterior del esterno-cleidomastoideo al borde anterior del trapecio.

4) John **Alexander**, hace una incisión trasversal alta, a 6 cm. por encima de la clavícula, y de una extensión de 6 cm. comenzando en el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo.

5) **Perret**, **Piguet** y **Giraud**, hacen una incisión trasversal de 4 a 5 cm., a 1 cm. por encima de la clavícula, descendiendo ligeramente de afuera adentro, y formando una concavidad superior, correspondiendo su centro al borde lateral del manojo clavicular del esterno-cleido-mastoideo.

6) **Fortunato Quesada**, hace la incisión de 3 a 4 cm. sobre el cuerpo mismo del esterno-cleido-mastoideo, siguiendo la bisectriz dada en el ángulo formado por la inserción del esterno-

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

cleido-mastoideo y la articulación de la clavícula a nivel del esternón.

6) **Chaton**, mediante su técnica estética, hace una incisión vertical de 1 a 2 cm. correspondiendo al borde posterior del esterno-cleido-mastoideo y 1 a 2 traveses de dedo del borde superior de la clavícula.

7) **Barbier, Maurer,** hacen incisión longitudinal de 4 a 5 cm. de longitud, y a 1 cm. por encima de la clavícula, montando 1 cm. sobre el relieve posterior del esterno-cleido-mastoideo.

8) **Davies, Morone, Moure, Fiscker** y **Donadie**, incisión longitudinal de 5 cm. paralela al borde posterior del esterno-cleido-mastoideo y a 5 cm. por encima del borde superior de la clavícula.

Expongamos ahora las modificaciones existentes en lo que a la exploración, a la sección y al arrancamiento del nervio se refiere.

En la exploración del nervio: J. **Alexander,** recomienda la excitación del frénico por una corriente galvánica, o por pinchamiento, determinando así, ya bien hipo, dolor en la espalda, en el cuello, en el torax o en el abdomen, que le sirve para reconocerlo. **Barbier, Charrier** y **Loubat**, reclinan hacia arriba el omohioideo sin razón alguna. **Morone** y **Moure,** dicen que como punto seguro de encuentro del nervio, es el ángulo formado por el borde posterior del esterno-cleido-mastoideo y el omohioideo por donde pasa el frénico a plomo. Antonio **Perrera**, dice, que se debe suponer la existencia de un frénico accesorio, cuando uno se encuentra frente a un frénico muy delgado debiendo entonces buscársele sistemáticamente afuera y abajo, desde que él nace generalmente de la quinta y sexta cervical. **Donadie** descubre la rama supraclavicular del plexo cervical superficial, síguele hacia arriba algunos centímetros, viendo entonces nacer de la misma rama que da a la subclavia, otra que es el frénico, las cuales se separan de la cuarta raíz como una Y abierta hacia abajo; diciéndose que es esto una buena referencia anatómica cuando el nervio no se ha encontrado de primera intención.

En lo que a la sección y arrancamiento del nervio concierne, vemos que: **Charrier** y **Loubat**, aconsejan que una vez tomado por la pinza de Kocher debe estar ésta bien ajustada, pues si el nervio se escapara, la elasticidad que está sometida a una fuerte tracción, podría originar su desaparición en el mediastino. Luego dicen que hay dos procedimientos para la tracción: ya bien el lento, aconsejado por Félix, y en el que el enrollamiento, debe hacerse de una vuelta de pinza por minuto; y el otro en que se debe alargar el nervio de una manera brusca. Opinan también **Charrier** y **Loubat,** que la inyección de novocaina en el nervio, no tiene ningún efecto para la disminución del dolor. J. **Alexander, Perret, Piguet, Maurer, Sauerbruch, Baumgarten, Alary, Lafite, Fischer, Trudeau** y otros, infiltran siempre el nervio con novocaina antes de cortarlo. Con respecto a las longitudes de ner-

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

vio frénico obtenido en la elongación de él, vamos a citar algunas: **Sultán,** da como cifra media 20 cm. habiendo obtenido en una vez hasta 41 cm. **Trudeau**, da como cifra media 30 cm. **Sauerbruch** 30 a 31 cm. como máximo. **Lilienthal**, dice obtener el nervio frénico en completo, muy a menudo, habiéndolo extraído con sus ramificaciones diafragmáticas. **Baumgarten** y **Alary**, dicen haber obtenido también el frénico en su totalidad. **Lecene** dice que él no busca nunca elongaciones grandes, pues en un enfermo de Rist, con dos cm. obtuvo una buena parálisis. **Parodi** que comparte opinión con Lecene, reseca solo de 6 a 8 cm. John **Alexander,** dice haber ideado un separador especial y una pinza para enrollamiento del nervio, la cual tiene un disco que impide al nervio escaparse de la boca de la pinza a cada vuelta. **Denk** obtiene 20 cm. **Horsley**, con anestesia local ha elongado 15, 25 y 30 cm. obtiene hasta 32 cm. con anestesia general. **Bernard, Dumarest y Desjacques**, elongan de 20 a 30 cm. diciendo que siempre debe resecarse mas de 10 cm. para no correr riesgo de fracasar.

Vamos a indicar ahora algo sobre las frenicectomías acompañadas de escalenotomía, con un fín mas que nada ilustrativo. Los médicos alemanes **Koch, Els** y **Jukendorf**, recomiendan que se acompañe a la frenicectomía de la resección del escaleno o de los escalenos en el caso de lesiones del lóbulo superior, basándose en la gran disminución de la capacidad vital que se produce, cuando se inmoviliza el hombro. La técnica de esta operación se encuentra perfectamente bien explicada en un artículo de A. **Maurer** y J. **Megnin,** aparecido en "La Presse Medicale", del 27 de abril de 1932.

B) Ocupándonos ahora de los mêtodos existentes en la actualidad para producir solo parálisis diafragmáticas temporales, vemos que su estudio es importante, pues en muchos casos que no es necesario producir una parálisis diafragmática definitiva, estos métodos nos hacen conseguir una parálisis solo transitoria, pudiendo aún aproximadamente, conseguir mediante ellos, la fijación del tiempo de la parálisis por los varios procedimientos existentes; y así empléase en casos en que ni el exámen clínico ni radiológico, justifican una acción definitiva, usándose también en la frenicectomía de los niños, como para hacer la prueba de la acción de la frenicectomía por establecer, y aún para poder ver como responde el otro pulmón en caso de lesiones dobles; y algunos la aconsejan hacerla de prueba, para los enfermos del corazón o del aparato digestivo, mediante uno de los procedimientos de acción mas transitoria, para ver como responden estos aparatos, ante la parálisis del diafragma y luego en caso necesario volver a realizar una nueva frenicectomía transitoria mas duradera o bien una frenicectomía definitiva.

Los métodos de que se dispone en la actualidad para estas frenicectomías transitorias son los siguientes:

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

1) La alcoholización del frénico que produce parálisis transitorias del diafragma, cuya duración oscila entre meses y años (4 meses a 3 años), restableciéndose después la función del nervio frénico; pudiendo ser ejecutada bajo una forma cruenta o no, es decir a cielo abierto o cerrado.

Indicando la técnica para realizar la alcoholización bajo la forma cruenta, vemos que la vía de abordé es la misma que se sigue para la frenicectomía corriente; llegados al frénico, se le descubre en un espacio de 5 cm.; y luego valiéndonos de una jeringa de Pravaz, de 3 c. c. cargada con 1 c. c. de alcohol absoluto de 70°, que tenga una aguja de bisel corto y sea de las más finas, se inyecta el centímetro de alcohol en varios puntos del nervio descubierto, teniendo cuidado de no atravesarlo, ni de dejar salir gota alguna de él, fuera del nervio, viéndose que el neurilema se distiende a la inyección del alcohol, y que toma la superficie del nervio un color mas blanquisco que el que tiene normalmente. Recomiéndase en este método la protección del escaleno, mediante gasas, en el momento de la inyección del alcohol, para evitar en caso de la caída de algunas gotas, la producción de neuralgias del plexo braquial, que han sido observadas ya; hay aún algunos que para evitar en caso de la caída de algunas gotas, la producción de estos trastornos, indican que se haga siempre un lavado de la región con suero fisiológico caliente antes de cerrarla. **Cordoy** y **Philardeau** en un trabajo que publican en "La Presse Medicale" de 1931, dan los resultados de 4 casos, en que han seguido este procedimiento, diciendo que en todos ellos la elevación del diafragma ha sido inmediata, y que el tiempo de observación hecho sobre estos casos hasta la fecha, les hace ver que la parálisis del diafragma se mantiene por mas de un año. Debemos indicar también, que dentro de esta técnica, algunos aconsejan que antes de la inyección de alcohol al nervio, se le impregne con unas gotas de tinta china, para en caso de volver a reintervenir tener un reparo que haga más fácil el encuentro del nervio.

Los métodos existentes, para realizar la alcoholización del frénico de una manera no cruenta, o mejor dicho a cielo cerrado, señalan que se puede abordar al nervio en diferentes puntos de su trayecto, haciéndose la inyección a nivel del cuello o del epigastrio.

La alcoholización del frénico a su paso por el escaleno anterior en esta forma ciega es peligrosa, fuera de lo difícil que es, pues tratándose de un nervio delgado, llegar a él no es cosa sencilla, y la vascularización y el pasaje de importantes elementos nerviosos por esta región— el neumogástrico— nos hacen ver los peligros de actuar a través de los planos de cubierta.

El otro método, que llega al frénico por la vía epigástrica, penetrando por el "botón diafragmático", es recomendado por

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

Rodet, siendo muy empleado en Italia, bajo la llamada técnica de **Leotta,** cuyos detalles se encuentran en un trabajo de **Malter Terrada,** publicado en el "Día Médico", de Buenos Aires el 29 de enero de 1934.

"En un primer tiempo, después de crear un botón cutáneo, infiltración amplia con escuro-caina al 2% diluida en 2 ó 3 veces su volúmen en agua destilada, del dermis y del tejido celular subcutáneo, después de la pared muscular del hueco epigástrico (vecino al recto mayor). En un segundo tiempo una aguja de 5 cm. de longitud, de bisel corto, adaptada a una jeringa con 2 c. c. de escurocaina al 2%, no diluida, es introducida oblicuamente hacia atrás, afuera y arriba, pasando por detrás del punto de unión del sétimo y octavo cartílagos costales. La aguja se introduce lentamente hasta llegar al pabellón, inyectando entonces la mayor parte de la solución anestésica. En un tercer tiempo inyección de 1 c.c o 1½ c.c. de alcohol de 90º o de 60º. La aguja se introduce por un punto situado por debajo de la base del apéndice xifoides y 5 mm. por fuera de la línea media, dirigida oblicuamente hacia atrás, arriba y afuera, atravesando la pared y yendo a buscar con su punta las inserciones del diafragma por detrás de los cartílagos de la sexta y octava costilla".

Ferrara, dice con respecto a esta técnica, que es buena, y que está exenta de peligros; recomendando el empleo del alcohol de 60º por ser las concentraciones más altas muy dolorosas a la inyección de ellas. Los resultados que presenta, sobre enfermos en que se ha actuado con esta técnica son satisfactorios.

2) **Krock** y Carl **Huber,** seccionan el nervio suturándolo inmediatamente después, diciendo obtener así, parálisis diafragmáticas de 4 meses, pero tanto este método, como el de sección del nervio aún sin sutura, son muchas veces ineficaces, desde el primer momento, porque las múltiples anastomosis, hacen que se mantenga con sus conexiones fisiológicas sin conseguirse el efecto que se persigue.

3) En Snarse Lake se ha empleado el aplastamiento del nervio expuesto, consiguiéndose parálisis de 4 ó 6 meses. Este método adolece de los mismos defectos que el anterior.

4) **Bakes,** hace la congelación del nervio durante 2 minutos con el cloruro de etilo, consiguiendo parálisis transitoria de 8 días; C. **Huber** y **Balderry,** que han hecho experimentaciones en animales, pulverizan durante 90 segundos cloruro de etilo en el frénico de un conejo haciendo una congelación de 45 segundos, consiguiendo desde el primer momento una menor motilidad del diafragma, para 10 horas mas tarde desaparecer todo movimiento diafragmático, permaneciendo en este estado de 10

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

a 40 días en que no hay ni contracción a la excitación eléctrica, volviendo después de la sexta semana por lo general la motilidad del diafragma. **Fisher,** utiliza un tubo de congelación de Perthes de 1 mm. de diámetro, y congela el nervio a una distancia solo de 2 a 3 mm. **Goetze**, dice que la congelación del nervio durante 5 a 15 minutos, hacen la parálisis del hemidiafragma de tres meses; más **Kroch**, sostiene que muchas veces debido a que no se puede dosar bien se desarrolla una cicatriz en el interior del nervio, que impide el pasaje de nuevos cilindros ejes. C. **Huber** cree que en la congelación ciertas fibras se escapan, aunque la parálisis motriz sea completa, siendo estas las que hacen volver a su función al nervio, sin necesidad de regeneración de las otras fibras. **Goetze,** hace también el "stypage" del frénico para la parálisis del hemidiafragma.

5) **Goetze,** aconseja una vez descubierto el nervio su simple enrollamiento sobre un pequeño tubo de 1 mm. de espesor, diciendo que con unas cinco o seis vueltas sobre el tubo se consiguen parálisis de 1 a 2 meses.

6) **Auvray,** que desde 1919 había aconsejado la inyección de novocaina, en el trayecto del nervio, para los casos de hipo; señala este mismo procedimiento para conseguir las parálisis transitorias del diafragma, haciendo notar que se puede alcanzar el frénico al nivel del cuello sin intervención cruenta, pues los peligros que existen para inyectar en esta forma el alcohol, no lo son iguales, cuando es trata de la novocaina, desde que esta última no tiene acción cáustica como el alcohol, tan temible, por las relaciones existentes en esta región. Este procedimiento se emplea en la actualidad sobre todo para hacer una prueba de la parálisis antes de actuar en una forma más definitiva. El tiempo de duración en los resultados que se consiguen, oscila de horas a días.

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

Universidad Mayor de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

EL NIÑO INDIGENA PERUANO

Respuesta a una encuesta del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

Por el doctor A. MERINO REYNA

"Como en el amanecer, lleno de nubes, de mucha agua y mucha sangre, hoy se oscila (tambaleo de borracho, de desorbitado), entre la fuerza y la energía, palpándose simultáneamente, ante los nuevos problemas, las taras de los indo-europeos; los vacíos de la cultura y la falta de hábitos y tradición". La América Bárbara. — **E. Rodríguez Mendoza.**

1. NUMERO DE HABITANTES DEL PAIS.

A juzgar por la cifra registrada en el Boletín "Perú", de propaganda oficial, la población de este país oscila entre seis y seis millones y medio de habitantes.

El índice de crecimiento es muy halagador. En el censo de 1876, el único general que se ha practicado, se contaron 2.705.000 habitantes.

Veinte años después, en atención a datos suministrados por censos parciales, la población es estimada en cuatro millones. La cifra media actual se calcula en 6.250.000. En menos de medio siglo la población ha sobrepasado al doble. A seguir así, en menos de otro medio siglo alcanzaremos a doce millones.

2. NUMERO DE INDIOS CIVILIZADOS Y NO CIVILIZADOS.

Los habitantes del Perú pertenecen a diferentes razas, siendo la proporción media de sus componentes la siguiente:

Raza	Porcentaje	Cantidad
Indígenas	45	2.812.000
Mestizos	32	2.000.000
Blancos	20	1.275.000
Negros	2	100.000
Asiáticos	1	62.000

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

La raza indígena presenta varias ramas, siendo las principales la quechúa y la aimará.

Estas dos razas formaron el núcleo del Imperio Incásico, cuya civilización se ostenta en todo su apogeo en las instituciones político-administrativas admirablemente descritas por los cronistas de la conquista, y que nos causa justa y merecida admiración. Su número excede de dos millones, diseminados en las ciudades, pueblos, caseríos y villorrios de la costa y de la sierra. Se dedican al cultivo de las tierras, a la cría de ganado y a las múltiples industrias familiares propias de cada región, cultos, ritos primitivos. Viven en comunidades más o menos numerosas, cuya organización es digna de estudio. Son analfabetos en proporción alarmante, pese al esfuerzo del Estado, que sostiene planteles educacionales y cuyos resultados, en un cuarto de siglo, todavía, son deficientes.

A medida que se desciende hacia el oriente, se presentan otras razas autóctonas, muy distintas de las anteriores. Se cuentan hasta treinta tribus, que viven diseminadas en toda la región selvática. Sólo una pequeña parte de sus treinta mil almas ha recibido los beneficios aportados por las misiones católicas y protestantes, que desde hace tiempo vienen trabajando tesoneramente por civilizarlos.

A pesar de todo esto, puede formarse el siguiente cuadro, de cifras tomadas en absoluto, que demuestran el grado de desenvolvimiento cultural de nuestros aborígenes:

No civilizados	30.000
Semicivilizados	2.000.000
Civilizados	782.500

3 POBLACION INFANTIL INDIGENA.

Se calcula el 20% de la población indígena total; por lo tanto, ascendería a **cuatrocientos cuarenta y dos mil quinientos** niños.

Esta población está distribuída entre las tres regiones naturales del país, en proporciones diferentes en cada uno de ellas. Así, la costa tendría un porcentaje mínimo; la sierra uno máximo y la montaña uno de cien por ciento, porque casi en su totalidad está habitada por raza indígena pura.

El siguiente cuadro ha sido tomado del censo de 13 de noviembre de 1931, llevado a cabo con la más grande precisión en Lima y balnearios:

Población	Indígenas	% de la población total	Hombres	Mujeres
Lima	29.052	7'8	15.962	13.090
Callao . . .	3.525	5'0	2.091	1.434

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

4 y 5. NUMERO DE NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS Y DE 14 AÑOS DE EDAD.

No hay datos estadísticos para absolver estas preguntas. La estadística de 1931 proporciona los siguientes, que pueden dar alguna luz sobre este particular:

POBLACION INDIGENA EN LAS CIUDADES DE LIMA Y CALLAO

Ciudad	Menores de 10 años	De 10 a 19 años	% de la población total
Lima.....	5.572	6.958	19'8
Callao.....	627	828	3'

6. NACIMIENTO POR AÑOS.

No hay datos precisos para responder a esta pregunta. Las Oficinas del Registro de Estado Civil corren a cargo de los Municipios; en muchos lugares estas Oficinas están bien servidas y pueden suministrar datos verídicos, pero como no han sido publicados anualmente, la confección de cuadros que abarquen unos diez años, es dificultosa. En otros lugares estos servicios aún no han sido contemplados.

La inestabilidad política de los últimos años, reflejada en la vida municipal del país, no ha permitido las publicaciones de esta índole. Tomando algunas cifras del "Extracto Estadístico del Perú", correspondiente al año de 1928, podemos confeccionar el cuadro que va a continuación:

Años	Nacimientos	Defunciones
1923	58.749	29.706
1924	102.268	46.211
1925	130.764	64.019
1926	139.592	63.949
1927	152.786	59.387
1928	143.618	55.904

Se supone que aproximadamente el 30% de las localidades de la República carecen de Registros bien llevados, susceptibles de dar datos sobre la natimortalidad que en ellas tiene lugar.

Tratándose de la población indígena, es muy difícil el aporte de cifras precisas, por la especial manera que tiene de vivir. Los indígenas se agrupan en comunidades más o menos numerosas, alejados de los centros poblados cultos y hasta donde la obra benéfica de la Administración Pública, a pesar de su labor constante, aún no ha podido llegar.

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

7. MORTINATALIDAD.

Los datos globales suministrados por las secciones de estadística de los municipios costeños acusan para la población indígena que vive en esta región, una mortalidad de un 2%. Es de suponer que en la sierra y la montaña, donde la madre indígena es asistida en sus partos por **recibidoras,** mujeres ignorantes que no cumplen con ninguna regla de asepsia ni antisepsia, presenten una mortalidad elevada, imposible de expresar en números o porcentajes exactos.

La mayor parte de los distritos o lugares apartados de la costa carecen de maternidades y de obstetrices; de este modo, la madre está abandonada a su ignorancia y a su primitivo conocimiento para cuidar al niño desde el instante de la fecundación hasta el del nacimiento.

Todas las organizaciones científicas del país están desplegando una seria atención a los problemas de la puericultura y de la higiene indígena.

En las principales ciudades costaneras hay hospitales, maternidad, cunas maternales, gotas de leche, etc., dirigidos por profesionales especializados, con la cooperación de visitadoras y enfermeras sociales; la sierra y la montaña todavía no gozan de estos beneficios.

La reorganización de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja y de la Cruz Roja Juvenil han venido a satisfacer una necesidad premiosa. Estas instituciones humanitarias dirigen sus actividades a la solución de los problemas de la asistencia a la madre indígena y a los cuidados pre y post natal del aborígen.

8. MORTALIDAD EN EL PRIMER AÑO.

Carecemos de datos con este punto.

9. LA MORTALIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO-SOCIAL.

Son tres los factores que sostienen una mortalidad elevada en la clase indígena del Perú: factores de orden individual, de orden médico-social y de orden administrativo:

a) Entre los primeros figuran: 1º, la desconfianza con que el indígena ve toda insinuación proveniente de los médicos y, en general, de las clases cultas; 2º, la condiciones de su casa-habitación, que no satisfacen las exigencias higiénicas más premiosas. Estas son piezas faltas de luz, ventilación y capacidad, en donde se reúne para dormir número muy crecido de sujetos, en promiscuidad espantosa; 3º, el abuso de la coca y del alcohol; 4º, los sistemas curativos que emplean. Si bien conocen las propiedades de algunas hierbas medicinales, por lo general sus prácticas están reñidas con los más elementales principios de la te

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

rapéutica; su frugal alimentación es de una desconcertante uniformidad: años y años el mismo alimento y la misma deficiente cantidad. Sólo lo bondadoso del clima y el sol radiante, con su misericorde poder desinfectante, salvan al indígena de los estragos de la muerte.

b) Factores de orden médico-social se refieren sobre todo a la falta de atención técnica, motivada por las dificultades materiales y económicas, que impiden al médico llegar hasta el hogar del indígena para prestarle sus servicios.

c) En lo referente a los factores de orden administrativo, hay que apuntar la desentendencia del Estado para solucionar armónica e integralmente los problemas relacionados con el mejoramiento de las condiciones higiénicas generales y particulares del autóctono.

En una encuesta como la presente, sería dilatar las respuestas si pretendiéramos desarrollar el contenido de estos puntos.

El doctor Abel Olaechea, en su importante trabajo "Situación de la Sanidad y de la Asistencia en el Perú", de 1933, expresa que la mortalidad infantil en Lima y Callao, por cada 100 nacimientos, fué:

Años	Lima	Callao
1920	23.87%	30.76%
1931	15.88%	13.50%

Estos datos elevadísimos, circunscritos a las principales provincias del Perú, pueden dar idea aproximada de lo que será la mortalidad en el resto de la República, donde las condiciones económicas, sociales y educacionales son peores.

Finalmente, estos mismos datos permiten sospechar el elevado porcentaje de la mortalidad en la raza indígena.

VIDA ESCOLAR

10. ¿HAY ESCUELAS ESPECIALMENTE ORGANIZADAS PARA INDIGENAS?

Sí, las hay, y de varios tipos:
Granjas-talleres.
Escuelas Industriales.
Escuelas Rurales.
Internados Indígenas.
Centros Escolares.
Escuelas Elementales.

Todos estos planteles se hallan distribuídos entre los centros de más densa población indígena, y su labor está correspondiendo a las considerables sumas que gasta el Estado.

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

No hay un plan pedagógico para este desenvolvimiento. Por lo general se imita lo que se ha hecho en otras partes; pero estos ensayos, que están dando halagueños resultados, muy pronto serán dirigidos bajo un plan pedagógico que corresponda a nuestras especiales necesidades.

El presupuesto de 1933 asigna para estas escuelas y para la administración escolar las sumas escritas a continuación:

Lugar	Depto.	C. escolar	E. elemental	E. rural	Maestros	Gasto anual
Canchos	Cusco	2	24	1	41	S/o. 33,180.00
Azángaro	Puno	2	23	1	39	32,040.00
Huaraz	Ancash	12	95	1	163	128,670.00
Tambopata	M. de Dios	2	3	1	10	20,040.00
		Suman			. . . .	S/o. 213,930.00
Salcedo	Puno	Sostienen con renta propia una Granja-taller escolar, con un gasto anual de				110,000.00
Kaira	Cusco	Sostiene con renta propia una Escuela Normal, con un gasto de .				60,000.00
Tingua	Ancash	Sostiene con renta propia una Escuela Agrícola, con un gasto de.				45,000.00
Loreto tiene una Escuela ambulante; Lambayeque, Pomabamba, Huaraz, Cajamarca Tarma, Huanuco, Cotahuasi, Cusco, Arequipa, Moquegua tienen Escuelas Industriales, con un gasto anual de						187,767.00
La Sección de Educación Indígena de la Dirección General de Enseñanza gasta anualmente						7,550.76
		Suman				S/o. 213,930.00

Asciende el gasto total a la suma de **trescientos ochenta y ocho mil doscientos cuarenta y siete soles, setenta y seis centavos** (S/o. 388.247.76).

Todo esto es un simple esbozo del plan que es necesario desarrollar, el que ha de llevarse a cabo sobre la base de una amplia colaboración económica del Estado, los terratenientes y los municipios.

11. ¿CUANTOS NIÑOS ASISTEN A ESTAS ESCUELAS?

Es dato importante, obtenido por el Servicio Médico Escolar, que la asistencia en la población urbana es del 69 al 70% y en las rurales del 58 al 65% de la matrícula general.

La asistencia media en todas las escuelas nombradas ha oscilado alrededor de 1.820 alumnos de los dos sexos, de 8 a 18 años de edad.

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

12. ¿CUANTOS NIÑOS INDIGENAS ASISTEN A LAS ESCUELAS COMUNES?

La población infantil indígena se calcula en 442.500 niños de los dos sexos. De éstos, sólo asiste a las escuelas especiales un porcentaje mínimo y a las escuelas comunes un porcentaje mayor, en atención a que las primeras son escasas y las últimas están distribuídas en todo el país.

Un buen porcentaje no se matricula por carencia de escuelas, por incuria de los padres de familia y por descuido de las autoridades.

13. APTITUD DE LOS NIÑOS INDIGENAS PARA APRENDER.

Es innegable que el niño indígena es capaz de adaptarse a la civilización actual con facilidad y, por lo tanto, de aprender todo lo que ella encierra. No somos partidarios de la teoría que sostiene la existencia de razas inferiores, sobre las cuales poco influye la cultura; el concepto de raza es más teórico que real, y el hecho de que pueblos aztecas, kechúas y aimarás hayan dado una civilización avanzada, que la exégesis histórica permite comprobar cada día, impulsa a pensar que el sojuzgamiento material, moral e intelectual en el que han vivido y viven, es la causa primaria de su estado de atraso y, por lo tanto, de su temor al vínculo espiritual con los blancos y aún con los mestizos.

La obra civilizadora de las comunidades religiosas y la de los maestros en las escuelas comunes, granjas-talleres e internados viene comprobando que el indio puede fácilmente adquirir cuantos conocimientos se le proporcionen, siempre que se parta del conocimiento profundo de su alma y de las condiciones ambientales que le rodean.

De otro lado, indígenas han sobresalido en las artes y en las ciencias, en las industrias y en las profesiones liberales, y si el maquinismo y el capitalismo han restado sus actividades e iniciativas es las industrias familiares y comerciales, ello no significa una desaparición de sus energías totales.

Finalmente, todos los maestros de escuelas indígenas están conformes en afirmar que el escolar es receptivo y goza de energía y persistencia en el trabajo.

La falta de iniciativa se debe, acaso, a no habérsele creado intereses que susciten en él la necesidad de observar, experimentar y crear; pero ¿podría alguno afirmar que porque el indio carece de estas disposiciones, haya en él ausencia de poderes latentes capaces de desenvolverse frente a los requerimientos de una escuela científica y activa?

No lo creemos.

Al indio **infeliz**, indolente y frío como la desolación de sus páramos, de que habla Bastidas, opónese el indio nuevo, liber-

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

tado de la cadena del gamonalismo, saliendo de la escuela-taller, fija la mirada en sus ubérrimos campos, como diría Uriel García.

VIDA ECONOMICA

14. ¿A QUE EDAD COMIENZA A TRABAJAR EL NIÑO INDIGENA?

El niño indígena trabaja desde la más tierna edad.

La familia indígena cifra su felicidad en el trabajo. La ociosidad, desde los pretéritos tiempos del Imperio, es una infamia. Decir: flojo, ocioso, holgazán, a un indio joven, es inferirle un agravio capaz de motivar serios disgustos. Pero hay que distinguir el trabajo cuyos resultados benefician al patrón o al misti, del trabajo que beneficia a sí propio. En el primero se muestra laso, falto de interés, moroso, aunque esté bien remunerado; en el segundo es minucioso, diligente y esmerado. El sabe que trabajando para el patrón, éste tiene que abonarle el salario estipulado y que el resultado de sus esfuerzos no va a beneficiarlo: por eso no se apura; no ocurre lo mismo cuando trabaja para sí mismo; sabe que no recibe salario alguno, pero sí que su propiedad, sus sementeras, sus industrias progresarán en beneficio propio.

15. ¿EN QUE TRABAJOS SE OCUPA?

Al niño indígena lo dedican al pastoreo, al cuidado de haciendas y granjas, a la servidumbre y a pequeños trabajos en la chacra y en la huerta.

Es un experto ayudante de albañil y de hortelano.

En la sierra, como en la costa, el padre cede al hijo en calidad de sirviente, y en tal condición recibe un sueldo de S/o. 4.00 a S/o. 15.00, más el alimento. Tiene como obligación cotidiana atender al aseo de la casa, el servicio doméstico y a todas las solicitaciones del patrón.

Rara vez este sirviente recibe enseñanza en alguna escuela o siquiera en el hogar. No le alcanzaría el tiempo para desempeñar sus funciones.

Esta presión física y moral que se ejerce en todo el país sobre el niño indígena, debe ser modificada por una ley del trabajo más justa y liberal, a fin de atraer a los indígenas a los centros poblados, donde, frente a nuevos intereses, se susciten en su alma fecundas aspiraciones.

La explotación del trabajo del niño indígena tiene que concluir, por razones de justicia social y nacional, para borrar esta mancha que empaña el brillo de la nación.

16. ¿QUE SALARIO RECIBE?

En la montaña, el niño no recibe salario alguno.

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

En la sierra, el producto de su trabajo es equivalente al alimento reducido que recibe y a la choza que lo alberga en las peores condiciones higiénicas. Y, como en la generalidad de los casos es el padre quien lo obliga a ayudarlo, el niño rara vez percibe salario.

En la costa recibe, como sirviente, hortelano o peón, un salario mínimo, con el cual tiene que hacer frente a sus múltiples necesidades, descontando el gasto de manutención y el de alojamiento, que se efectúa en deplorables condiciones.

En las principales ciudades de la costa asignan al sirviente indígena un salario que oscila entre diez y quince soles mensuales. Se les da casa y alimento, pero con esta mísera suma tienen que ayudar a sus padres o familiares enfermos o pobres.

Tales son las causas que mantienen al niño indígena hiponutrido, sin la habitación conveniente y sin la vestimenta apropiada a las condiciones del ambiente.

La ley del trabajo de mujeres y menores que rige no contempla los innumerables casos que se presentan sobre este particular y tampoco cautela los derechos del aborígen. Además, esta ley es violada frecuentemente. Es necesario cambiar su espíritu, para darle las nuevas direcciones que la ciencia jurídico-social aconseja.

17. APTITUD PARA EL TRABAJO.

Indudablemente el niño indígena tiene especiales condiciones para el trabajo.

Los tipos bien nutridos de la raza autóctona demuestran su resistencia física en el taller, en el campo, en el ejercicio violento, en las peores condiciones sanitarias. Sin embargo, cuando el niño indígena continúa trabajando dentro de tales condiciones, sufre una **minus valía** biológica que lo prepara para adquirir enfermedades infecto-contagiosas, muchas veces mortales.

El paludismo, la tuberculosis y el parasitismo intestinal son las graves pandemias nacionales que amenguan la vigorosa aptitud del indígena.

VIDA SOCIAL

18 y 19. QUE MEDIOS SE HAN PUESTO EN PRACTICA PARA ATRAER A LOS INDIGENAS, NIÑOS Y ADULTOS, A LA VIDA CIVILIZADA? RESULTADOS DE LOS TRABAJOS REALIZADOS CON TAL FIN.

Propiamente hablando, no hay un plan ni métodos precisos para atraer al indio a la vida civilizada. El resultado lento que actualmente constatamos, se debe a factores diversos, que han obrado desde la época de la Conquista.

Universidad Nacional Mayor de San M
Universidad del Perú. Decana de Amé
Biblioteca Lima-Perú

La Constitución del Estado estatuye la defensa del aborígen y los medios económicos y culturales para su pronta adaptación a la vida civilizada.

Copiamos a continuación sus principales prescripciones:

Título X.— Administración Departamental y Municipal. —Capítulo I. Consejos Departamentales.— Art. 193, inc. 9. Inscribir oficialmente a las Comunidades Indígenas, conforme a la ley, en el Registro correspondiente, para el efecto de reconocerles personería jurídica.

"Inc. 10. Proteger a las Comunidades Indígenas; levantar el censo y formar el catastro de las mismas, y otorgarles, conforme a la ley, a las que no los tengan, los títulos que soliciten. Las resoluciones que al efecto expidan los Consejos Departamentales serán revisadas por el Poder Ejecutivo, si de ellas reclaman las Comunidades".

"Capítulo II.— Consejos Municipales.— Art. 205. En cada Concejo Municipal de distrito, y en los que se creen por acuerdo del Consejo Departamental, las Comunidades Indígenas tendrán un personero designado por ellas en la forma que señale la ley".

"Título XI.— Comunidades de Indígenas. Art. 207. Las Comunidades de Indígenas tienen existencia legal y personería jurídica."

"Art. 209. La propiedad de las Comunidades es imprescriptible e inajenable, salvo el caso de expropiación por causa de utilidad pública, previa indemnización. Es, asi mismo, inembargable".

"Art. 210. Los Concejos Municipales ni corporación o autoridad alguna intervendrán en la recaudación ni en la administración de las rentas y bienes de las Comunidades".

"Art. 211.— El Estado procurará de preferencia dotar de tierras a las Comuñidades de Indígenas que no las tengan en cantidad suficiente para las necesidades de su población. Y podrá expropiar, con tal propósito, tierras de propiedad particular, previa indemnización".

"Art. 212. El Estado dictará la legislación civil, penal, económica, educacional y administrativa que las peculiares condiciones de los indígenas exijan".

La propaganda civilizadora de las asociaciones religiosas católicas y protestantes, apoyadas por el Gobierno, vienen aportando una cooperación tenaz y efectiva. La misión católica, la más antigua, está dividida en el Vicariato Apostólico del Madre de Dios, a cargo de frailes Dominicos, y en dos Prefecturas apostólicas: la del Amazonas, a cargo de los Agustinos, y la del Putumayo y Ucayali, a cargo de Franciscanos. Las misiones protestantes, hace poco establecidas, tienen sus principales centros en la orilla meridional del Titicaca y en los llanos del Alto Ucayali.

Es admirable, desde el punto de vista moral, civilizador y nacional, la bienhechora labor de estos misioneros esparcidos

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

por todas estas amplísimas regiones. Dominan religiosamente todo el país. No se trata de una tarea meramente religiosa, sino de una amplia labor civilizadora integral, que va conquistando para la vida culta a gran parte de la inmensa masa indígena del Perú. El ejército, mediante el servicio militar obligatorio, llevando las actividades de sus zonas regionales a las diferentes partes de la República, ha contribuído también a civilizar al indígena. Este, a su vez, ha trasmitido a los componentes de su **ayllo**, las adquisiciones útiles, después de haber terminado su servicio. En muchas oportunidades se ha transformado en agitador social para la pronta reivindicación de los derechos de su clase.

El ejército del Perú, adquiere hoy una nueva dirección, y el cuartel viene convirtiéndose en la escuela-cuartel que redime al indio, transformándolo en elemento de provecho para la colectividad.

La escuela pública obra el milagro más bello de la incorporación del indio en la vida civilizada, trátese de niños o adultos. Se calcula que en los últimos decenios se ha desanalfabetizado un quince por ciento de la población indígena.

Abogamos por una política educacional indígena que permita realizar obra amplia y durable; pero, frente a este anhelo, no está el propósito de resurgir un pasado y enfrentarlo a la acción y al pensamiento del blanco o del mestizo. Anhelamos, tan sólo, que el autóctono viva integralmente la vida moderna y se redima de la trágica pesadumbre del pasado.

Fundar escuelas activas en centros urbanos y rurales en cantidad suficiente para los dos millones de indios que más o menos tiene el país, es obra impostergable, si se desea su resurgimiento.

Las vías de comunicación entre los centros poblados de la costa, sierra y montaña están realizando obra proficua en la culturización del indio. La línea férrea o la carretera, no sólo le ha servido para ponerse en contacto con la vida moderna, excitante de nuevos intereses, sino también como medio de valorizar más el producto de su trabajo. El indio se traslada ahora de manera fácil, y regresa trayendo a los de su comarca el significado que para él tiene la visión de las cosas nuevas.

El Estado debería valerse de los medios modernos de transporte para enviar misiones técnicas, pero prácticas, que agiten la vida espiritual del indio y lo hagan amar rápidamente la civilización contemporánea. No se trata de agitadores político-sociales, sino de verdaderos educadores de la mentalidad del indio.

La política indigenista es esencialmente agropecuaria y educacional; en estos conceptos se sustenta su máxima regeneración. Conviene que por medio del trabajo agrícola sienta el ansia de su redención integral, ya que vive en su alma el recuerdo milenario del topo de tierra de su **Ayllo**.

La colonización, que podríamos llamar intensa, es otro factor de civilización.

¿En qué consiste esta colonización?

A) En aprovechar de las tierras libres de las regiones de la sierra y montaña para cederlas a colonos de la costa, debiendo

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

el Estado previamente dejarlas en condiciones sanitarias excelentes y con casas que reúnan todas las prescripciones exigidas por la higiene moderna. En estas tierras los colonizadores estarán obligados a emprender campañas de acercamiento del autóctono hacia esos centros, a fin de que vea y aprenda las nuevas direcciones de la técnica agropecuaria y se una con el hombre civilizado. Por otra parte, estos colonizadores otorgarán su ayuda eficaz a las comunidades indígenas circunvecinas en la empresa civilizadora y en la asistencia médico-social que fuese necesaria. Establecerán escuelas, granjas-talleres, y no sólo esto, sino también clínicas, sanatorios, maternidades, etc., para la atención de todos aquellos de la comarca que necesiten de estos servicios.

B) Aprovechar de las tierras libres de la costa, para, en las mismas condiciones apuntadas, cederlas a colonos de la sierra, a fin de realizar idéntica labor.

Después de un tiempo determinado, el colono indígena, ya adaptado a la civilización, podrá trasladarse, si así lo desea, a la sierra o montaña y obtener la parcela de tierra donde desenvolver sus actividades y crear nuevos y durables intereses.

La realización de este sistema podría iniciarse simultáneamente en la costa, sierra y montaña, con 500 colonos cada región, sin olvidar sus correspondientes familias.

Una estadística semestral deberá detallar los resultados obtenidos por la colonización, y en los informes correspondientes elevados por los jefes al departamento central se expondrán los éxitos, defectos y mejoras impostergables.

20. DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN PARA REALIZAR ESTE PROPOSITO.

Para llevar a cabo una fecunda campaña en pro de la reivindicación social, económica y cultural del indio, se oponen:

A) La dilación del Gobierno y de las Municipalidades para estudiar debidamente la solución de todo lo que se refiere a la raza vernácula. Hasta ahora estas entidades han dejado de lado las ideas y la acción precisa de los técnicos.

B) La explotación permanente del gamonalismo, que ve en la redención del indio la terminación definitiva del abuso y del sojuzgamiento, mediante los cuales sostienen su vida egoista y torpe.

C) El temor del indígena para aceptar la cooperación material y mental del blanco y del mestizo, que los considera desde tiempo inmemorial, verdugos de todas sus reivindicaciones.

D) El monopolio de las tierra por el capitalismo nacional y extranjero, sobre los cuales se basa el porvenir de su civilización.

E) El predominio de una política burguesa y burocrática, que hace de las autoridades aliadas del capital, usando como arma el abuso y la sanción injustificada.

F) El centralismo absorbente que mata la vitalidad de todas las regiones del país.

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

SIMILITUD Y FRECUENCIA DE LOS SINDROMES ENTEROHEPATICO Y ENTERORENAL DE CAUSA COLIBACILAR

Por los Drs. G. VILCHES y MARTINEZ Y JOSE M. GONZALES GALVAN

(Concluye)

REFLEXIONES SUGERIDAS DEL ESTUDIO DE CONJUNTO DEL TEMA

Ante la agresividad del colibacilo a los aparatos hepatorenal, ambos vulnerables y vulnerados nos dice la práctica que la frecuencia o predilección de estas infecciones está dada por parte del riñón. Hay autores que se manifiestan inversamente. El hecho de ser elaboradas las estadísticas que acompañan a las publicaciones, en un campo de especialidad limitado o único, hace que cada autor encuentre por su parte cifras dominantes, la mayoría de las veces por no hacer búsqueda en otros rincones orgánicos. La índole de colaboración de éste trabajo al que hemos contribuído animosamente urólogo y gastropatólogo, nos permite juiciosamente abordar este aspecto de la cuestión, avalada por la realidad de la observación clínica. La fuerza elocuente de los números y el hecho incontrovertible anatómico y fisiológico, de ser el aparato urinario misionalmente de sola eliminación, en tanto que el hepatobilar lo es al mismo tiempo de neutralización y defensa, expone más al primero a episodios infectivos.

Queremos dejar bien sentado que seguimos en un todo conceptualmente la idea que de éstos síndromes profesa Heitz-Boyer, hoy clásico y famoso. La exactitud de su doctrina abarca y define muy claramente la intimidad genética de constitución. Aunque no está exenta de adversarios, ha de permanecer dominante por ser la que más fielmente da satisfactoria explicación del mecanismo productor. Heitz-Boyer, estimando el intestino como fuente de entretrenimiento y dispersadora de colibacilos hacia los órganos que más afinidad condicionada presenten a su receptividad, ya sea una glándula, una articulación, órgano sensorial, estima esta nocividad determinada no solo por el agente microbiano **per se,** sino igualmente por sus endo o exo-toxinas, así como, por sustancias químicas residuales del deshecho metabólico. Existen por consiguiente bajo tal aseveración síndromes entero-renales o entero-hepáticos sin colibacilurias o bilicoliurias.

Los trastornos humorales característicos de la flora responsable de los procesos que estudiamos, perturbando el equilibrio iró-

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

nico, inducen a las precipitaciones o núcleos litiásicos; los experimentos de Fich parecen demostrarlo y D'Amato abunda en parecer similar en lo que atañe a las colelitiasis. Bajo este concepto la oxaluria y la hipercolesterinemia respectivamente concluyen en formaciones calculosas. Esta mancomunada tendencia de término, nos sugiere en buena lid clínica que ante todo enfermo que nos consulte por afección litiásica, lo hagamos explorar en sus dos aparatos, estando lejos de nuestro ánimo el proclamar axiomáticamente la dualidad de presentación.

Refiriéndonos a las pielonefritis surge el interrogante de cual de los dos riñones es más asequible a ser presa de la infección. Creemos que en un sistema renal indemne no hay ninguna razón expresa de afinidad; sin duda han de ser causas antiguas o que pasen desapercibidas las que menguando la protección defensiva hagan ceder; así antiguos traumatismos, ptosis, anomalías congénitas, defectos circulatorios, podrán ser los responsables de esta claudicación. Pero ciertamente. es una conclusión del proceso en los que entretienen largo tiempo su infección. la bilateralidad. Proponemos por afinidad de modismos denominar estos casos "reno-renales".

La asimilación del cuadro colecístico a fenómenos de naturaleza alérgica como explícita expresión de los mecanismos que desencadenan esta clase de manifestaciones cuyo alérgeno es en la mayoría de las veces de extirpe microbiana y en otras de sus toxinas o sustancias extrañas alimenticias, diseñando de por sí en la fenomenología general los rasgos típicos distintivos del abolengo anafiláctico; dolor, espasmos, fiebre. datos sanguíneos, reacciones vago-simpáticas, respuestas dérmicas, etc, conjunto que abarca los casos más acabados y que parcialmente también encajan en cada una de las respuestas a noxas alérgenas.

En los casos por colibacilos que venimos estudiando se cumplen todos los requisitos, dando una de las más acabadas pruebas de que sea cierta esta hipótesis con que queremos comprender toda la polimorfa representación sindrómica, del paralelismo y semejanza auténtica existente entre los sistemas hepático y renal, que en el esquema anatómico y en el boceto fisiológico se calcan y que en lo patológico se parecen, como ciertamente venimos comprobando al largo de este trabajo, nos hace suponer y decidir a lanzar la idea de que igualmente los fenómenos pielonefríticos con su constelación sintomática sean de categoría alérgica. La equiparación en detalle de síntoma por síntoma, la manera de hacer su aparición en el escenario clínico, la similitud de terapéutica, la misma etiología determinante, lo avalan sobradamente bajo ésta hipótesis genética, quedando justificado el conjunto del cuadro sin necesidad de admitir suposiciones parciales o dejar vanos interrogantes.

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

TRATAMIENTO

Es amplio y profuso el capítulo de terapéutica por la variedad de formas de presentación, intensidad, tiempo, evolución, particularidades del sujeto, antecedentes, circunstancias añadidas, especies microbianas, etc. Para la mejor comprensión debemos ante todo distinguir el de las formas agudas y crónicas.

Las primeras se nos ofrecen con todos los interrogantes que atender como indicaciones de los grandes procesos febriles: desintoxicación, reposo y lucha contra la infección, serán nuestras prescripciones.

Estancia en cama, cuidados higiénicos, vigilancia de los emunctorios, régimen lácteo, zumos de frutas, caldo vegetal, extractos de malta y cereales, bebidas abundantes, tisanas frías o calientes que aseguren una buena diuresis, aplicaciones de frío o calor, **in locus,** según el tipo; el hielo en aquellos casos en que se sospeche la formación de abcesos, las fomentaciones calientes en las de curso más discreto.

El dolor renal o vesicular demandará gran atención. Necesitaremos recurrir a los calmantes si bien con prudencia pues añaden indudablemente un factor de toxicidad medicamentosa además de ser depresivos en sus efectos secundarios; aconsejamos huir en lo posible de la morfina y de sus sucedáneos intensos, máxime cuando es el hígado el afecto pues es muy suceptible y la insuficiencia funcional que puede existir o que es capáz de desarrollar, dan lugar a accidentes de intoxicación— en la literatura se encuentran casos incluso mortales—; la intolerancia y fenómenos consecutivos son muy frecuentes. Nosotros hace tiempo que la retiramos de nuestro arsenal y aconsejamos el hidrato de cloral, el bromuro, y sobre todo la eupaverina, atropina y las asociaciones con la dimetilaminofenozona, tal como el Eupaco o el Ostum.

La lucha antiinfecciosa será la de toda septicemia, eligiendo aquellos medicamentos de mayor poder bacteriotropo con la menor toxicidad; la gama que se ofrece es profusa, buena prueba de lo alejados que aun nos encontramos de poseer productos específicos o por lo menos de acción segura. La mayoría de ellos se suministran por la vía intravenosa buscando la mayor rapidez de acción y difusibilidad que le haga alcanzar los puntos alejados, verdaderos reductos de atrincheramiento.

La urotropina ocupa el primer lugar por sus virtudes antisépticas debidas al formaldehído; su manejo debe hacerse en medio ácido que es como desarrolla íntegramente sus efectos; a veces se asocia en su molécula el iodo, constituyendo la Septicemine. Muy recientemente se ha introducido por la escuela alemana un nuevo preparado, la Anphotropina, químicamente un canforato de urotropina al 40%, cuyas ampollas de 20 c. c. condensan unos ocho gramos de urotropina. Los clínicos alemanes preconizan la utilización de hasta 60 c.c. por día, es decir, unos veinticuatro gramos.

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

El violeta de genciana, el amarillo de acridina y sus derivados la Tripaflavina, Cromacrina, Rivanol, etc., tienen un fuerte poder microbicida incluso a débiles diluciones demostrado **in vitro;** todos ellos vienen siendo muy empleados por vía endovenosa. Particularmente apuntaremos el no haber observado nunca con estos preparados las típicas xantodermias que tanto profilactizan los autores franceses.

Los metales coloidales tales como el colargol, por sus propiedades exaltantes de las defensas y bactericidas, se recomiendan tanto por vía bucal como intravenosa. Ciertos preparados metálicos, recientes conquistas de la química moderna, como el Argocromo, compuesto de azul de metileno con 20% de nitrato de plata, el Meroxyl preparado mercurial al 1% y el Mercurocromo 220 soluble, están actualmente muy en boga entre los americanos para las infecciones pielonefríticas. Creemos no deben extenderse a los hepáticos sin una certidumbre de su integridad funcional, pues de todos es conocido lo mal toleradas que son las sales mercuriales que hacen de la insuficiencia hepática una formal contraindicación de empleo.

La vacunoterapia nos parece más propia de las formas crónicas, por necesitarse un cierto tiempo para la producción por parte del organismo de los anticuerpos defensivos. En cambio la sueroterapia con el suero de Vincent es capáz de dar felices resultados en las formas agudas con fenómenos de gran intoxicación.

Tópicamente sobre hígado o riñón se hará a veces preciso actuar promoviendo la buena hidráulica mediante el drenaje; la sonda duodenal con ducha de sulfato magnésico, el cateterismo ureteral simplemente evacuatorio, serán indicaciones fundamentales y perentorias que atender.

El intestino debe atraer una parte de nuestra atención acordando la pauta a sus condiciones y básicamente, promoviendo la buena evacuación y la desinfección con los fermentos lácticos, colargol, vacunas, etc.

En las formas crónicas el plan curativo debe desplegar además de los cuidados generales dietéticos e higiénicos, una atención determinada sobre cada uno de los sectores de actividad de acuerdo con las ideas patogenéticas intestinal, sanguínea, colecisto-piélica.

La dietética es de suma trascendencia pues con ella: a) influiremos sobre el tipo de reacción intestinal, b) modificaremos el estreñimiento, c) examinaremos en lo posible de trabajo inútil a los órganos digestivos y d) cuidaremos de que los residuos del metabolismo sean lo menos irritantes para los emunctorios —hígado o riñón— que han de expulsarlos.

El régimen más apropiado es el compuesto a base de: purés, papillas, leche, harinas, legumbres, hortalizas, pescados blancos, arroz, patatas, dulces, frutas frescas y en compotas, quesos blandos, pudings y en conjunto, menú de tendencia acidificante y de gran escoria por el estroma celulósico estimulante del peristaltis-

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

Biblioteca Lima-Perú

mo intestinal. La prohibición debe comprender las grasas, alcoholes, salazones, conservas, pescados azules, mariscos, carnes, huevos, picantes, etc.

A la reeducación intestinal habrá que contribuir con masajes, sujestión, adquisición del hábito de la defecación, laxantes, siendo los más aconsejables los a base de agar-agar y de aceite de vaselina por ser más suaves. Tengamos muy presente que atendiendo a la constipación por supresión del éxtasis, curaremos muchos cuadros colibacilares que tienen allí su "fábrica de venenos".

La desinfección intestinal la conseguiremos con los fermentos lácticos y preparados químicos como el benzonaftol, ácido salicílico, carbón, urotropina, colargol, etc.

La vacunoterapia es a más de un recurso de esterilización intestinal, un medio específico, puesto que obra directamente sobre el agente causal. Podremos efectuarla por medio de las auto y stock-vacunas, pareciéndonos mejor las primeras como más ajustables a la especificidad bacteriana de cada sujeto, teniendo sin embargo el inconveniente de su difícil elaboración. Las formas técnicas son diversas pues unas son a base de caldos siguiendo la pauta de Besredka de la vacunación local, otras son lisados etc. Es aconsejable preferir la administración por vía bucal, más lógica dado su destino, a la parenteral, que adquiere un tanto en medicación proteinoterápica. Un detalle muy interesante es el hacer preceder la ingestión vacunal, de un mordiente que asegure su fijación descamando el endotelio de la mucosa intestinal, bien con píldoras de bilis, o con pequeñas porciones de sulfato magnésico. Los resultados conseguidos con la vacunación son altamente favorables.

El Profesor Teomenno ha instituído la uropioterapia, llamada también auto-urinoterapia, que consiste en inyectar la propia orina del paciente en dosis progresivas, después de su esterilización por la ebullición, o la adición de sustancias antisépticas. Este proceder lo considera como una modalidad de autovacunoterapia ya que emplea los propios gérmenes. Las inyecciones no producen reacción ni efectos secundarios. Su creador las instituye preferentemente en las formas agudas y ha tratado 227 casos, con exclusión de las afecciones tuberculosas que considera como una contraindicación, y dice haber alcanzado un 45 % de éxitos. Sin embargo, este proceder ha conseguido escasa popularidad.

Los diversos antisépticos químicos que pasamos en revista al ocuparnos de las formas agudas, tienen en las crónicas razón de empleo; la urotropina, anilinas, sales metálicas, etc., son utilizables pudiendo ser más moderados en su posología.

Los arsenicales del tipo del Neosalvarsan, han sido recomendados; creemos que debe recurrirse a ellos después del fracaso de los precedentes, adquiriendo razón suprema cuando se trate de enfermos a la par luéticos, en fases aguda de su sífilis, o antiguos con dudas, por ser terreno abonado para todas las evoluciones patográficas.

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

De menos eficacia y solo como exaltadora de las defensas nos parece la coloidoanafilocterapia, por medio de las proteínas, caseína, coloides, sales de plata, etc.

La medicación especial para los órganos infectos se hará indispensable debiendola atender con todo esmero. Por parte del hígado vigilaremos su capacidad funcional, manteniendo su reserva glucogénica con la alimentación rica en hidratos de carbono y la inyección de insulina; manejaremos los colagogos y coleréticos, boldina, sales biliares, decholina, ruibarbo, aceite de olivas, asegurando el mejor drenaje biliar con el cateterismo de Meltzer Lyon o con los preparados de sulfato magnésico, peptona y menta.

En cuanto al riñón cuidar de la diuresis, suprimir el éxtasis urinario mediante el cateterismo evacuador y la sonda permanente, mantener la acidificación o lo que es mejor, sostener por períodos alternativos la alcalinización y acidificación consecutiva de la orina, y curar las uretritis, cistitis, gonococias, etc., que se acompañen.

Complementariamente se atenderá a los síntomas molestos o a los procesos intercurrentes con las prescripciones necesarias; así las dispepsias, vómitos, hematurias, dolores, insuficiencias glandulares, leucorrea, astenia, etc., exigirán recursos suplementarios que los eliminen, consiguiendo así la simplificación del problema, la puesta en mejores condiciones de lucha, la elevación del tono moral, circunstancias todas ellas, muy dignas de tenerse presente y que colaborarán inapreciablemente al logro final.

El riñón requerirá frecuente y múltiples veces aplicaciones tópicas, mediante cateterismo ureteral seguido de instilaciones o lavados de la pelvis renal con sustancias antisépticas tales como sales de plata, colorantes, etc., debiendo hacer remarcar a este respecto que nos declaramos más partidarios de la instilación antiséptica simple, que del lavado de pelvis, por el traumatismo que pueda ocasionar este distensivo proceder sobre las paredes pélvicas ya lesionadas.

A la cirugía le quedan reservados únicamente los casos complicados, las secuelas o lesiones irreparables. Los abcesos tanto de hígado como de riñón, demandarán el bisturí. La extirpación vesicular en casos de degeneración o litiasis, la colecistostomía en las piocolecistitis, la decapsulación renal como medio descongestivo, la sección, entre dos ligaduras, de un vaso anormal cuando éste sea el origen de una acodadura con distensión urétero-pélvica por encima de él, la nefrostomía o pielotomía en casos de cálculos, y por último la nefrectomía en períodos de degeneración pionefrósica, serán indicaciones de fases avanzadas extremas, a las que llegaron los enfermos por abandono o por fracaso de los recursos médicos.

POSTULADOS FUNDAMENTALES DE LA INFECCION COLIBACILAR

1º—El colibacilo tiene en el intestino su foco de orígen y cultivo: de él parte en emigración infectiva a los demás órganos.

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

2º—El coli, tomando las vías biliares y urinarias como vectoras de eliminación, puede convivir en ellas sin nocividad patológica; la colibaciluria y la bilicoliuria pueden por tanto ser hechos banales sin repercusión nosológica.

3º—Dentro del inexpresionismo patológico, la presencia del colibacilo en los líquidos de excreción, debe ponernos sobre aviso y alerta, considerándolos como fenómenos prodrómicos de episodios infectivos venideros a distancia.

4º—El éxtasis es indispensable en la desencadenación de la virulencia y asalto microbiano: en primer término intestinal, con el estreñimiento; después, por malla hidráulica biliar o urinaria, pudiendo hacerse axiomática la frase de que "no hay infección sin éxtasis".

5º—En términos dominantes generales se hace precisa una fase hemática, septicémica, intermediara, entre el estreñimiento microbiano intestinal y los accidentes hépato-renales. La transmisión directa ascendente o linfática, es de exepción; un copioso protocolo de prueba, fija este mecanismo como el más verdadero, relegando los otros caminos de contaminación a efectos exepcionales.

6º—El expresionismo clínico colibacilar se define con cuadros agudos dramáticos del tipo de una superinfección, o perdidos en forma crónica cuyas características son las de ser **atenuados, intermitentes, prolongados y remitentes.**

7º—Muchas febrículas de tipo indeterminado son a colibacilos y tienen en la vesícula o en la pelvis renal, su punto de entretenimiento. Nunca olvidemos en los pacientes con hipertermias larvadas investigar hígado y riñón como reductos posibles de acantonamiento microbiano.

8º—Las litiásis colecísticas y cistopiélicas reconocen en un crecido porcentaje al coli como orígen genuíno de su producción. Su tendencia a desequilibrar los iones salinos alterando el medio humoral y favorecer la precipitación calculosa, hace que la piedra en estos casos, englobando nuclearmente colonias de gérmenes, sea según la frase famosa "la losa sepulcral de la infección".

9º—La búsqueda del coli en la orina es de un valor cierto, irrefutable: sin embargo, no siendo su aparición constante, la negatividad solo tendrá valor después de reiteradas investigaciones. El exámen microbiológico biliar es igualmente de extraordinario valor siguiendo la técnica del sondaje duodenal de Meltzer-Lyon.

10º—La infección por colibacilos no tiene **tratamiento** único, sino **tratamientos.** Cada caso exige un proceder distinto pudiendose decir con Heitz-Boyer que ha de ser "cortado a la medida", es decir, compuesto exprofeso según las características, única forma de obtener una curación definitiva.

11º—Es una realidad práctica que la mayoría de estos procesos se curan en el "laboratorio de los venenos" es decir, en el intestino, sin tocar para nada los árboles biliar o urinario, suprimiendo el éxtasis fecal y desplegando una buena antisepsia.

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

12º—La infección colibacilar como proceso dominable por esterilización tiene en la mayoría de los casos un pronóstico favorable; los síndromes que nos ocupan conllevan trascendencia por su rebeldía: constancia por parte del interesado y habilidad por la del médico es su lema. Cuando se complica o alcanza a determinar lesiones o consecuencias degenerativas toma proporciones de enorme gravedad.

13º—La extensión y ubicuidad colibacilar, los portadores de gérmenes, el polimorfismo nosográfico, le prestan un carácter de palpitante importancia y su contagiosidad y aspecto epidémico le dan gerarquía de problema social; la profilaxis por la lucha de la Higiene levantan a su alrededor tantos aspectos y debates de lo que es clara y oportuna intervención el que sea motivo de un próximo Congreso francés rigurosamente monográfico, sobre su importancia en Patología.

14º—El colibacilo es un proteico agente de causología al cual debemos tener muy presente en nuestros juicios, pensando siempre que las circunstancias lo hagan sospechar, que pueda ser el culpable, procurado por todos los medios a nuestro alcance justificar su delito y ordenar los remedios más eficaces contra su lucha.

BIBLIOGRAFIA

OCHO LECCIONES CLINICAS, por el Dr. **F. Gallart Monés**. —Un vol. de 102 páginas.—**Editores Salvat y Cía** —Barcelona. 1934.

El Jefe de la Escuela de Patología digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, expone en estas lecciones su criterio sobre diversos cuadros clínicos y métodos de exploración que se cuentan entre los más debatidos en la actualidad. La exposición es, en todo momento, magistral; conocimiento a fondo, teórico y clínico, de cada tema; crítica serena, apoyada en una larga vida dedicada a la enseñanza. Se abordan temas tan arduos como el de la verdadera importancia de la imagen radiográfica de los pliegues de la mucosa gástrica para el diagnóstico de las enfermedades del estómago, especialmente de las gastritis. La descripción de síndromes que interesan por igual al especialista y al médico general, es verdaderamente clásica: un gran médico escribe para médicos, sin olvidarse jamás del enfermo. La obra, bien editada, está profusamente ilustrada con excelentes radiografías y microfotografías.

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

LABORATORIO DEL HOSPITAL "DOS DE MAYO".
Dr. Oswaldo Hercelles

BACTERIOLOGIA DE LA FIEBRE ONDULANTE DE LIMA

Por el Dr. CARLOS ISMODES DULANTO

Desde hace pocos años (1925) la fiebre ondulante, ha tomado caracteres epidémicos en Lima.

Con el objeto de saber cual es el microbio que la produce, he efectuado diversas investigaciones, teniendo como material de estudio los casos que se presentan en el Hospital "Dos de Mayo".

He trabajado con 224 gérmenes aislados por medio de hemocultivos, diferenciándolos con las pruebas que recomienda Huddleson.

Se trata, seguramente, del primer intento, hecho en gran escala, para precisar los factores etiológicos de la brucellosis que azota Lima y sus alrededores.

Las proyecciones que éste trabajo puede tener, desde el punto de vista higiénico, son considerables, aunque no escudriñe el volumen total del problema, pues se funda en hemocultivos que solo permitían que cultivasen algunas especies de brucellas. Con todo, suministra resultados interesantes.

HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN EL HOSPITAL "DOS DE MAYO"

Desde el año 1930 comenzamos este trabajo; fué entonces que guardamos todos los hemocultivos positivos, pensando identificar las especies bacterianas aisladas, aprovechando sueros aglutinantes específicos o las pruebas recomendadas por Huddleson basadas en reacciones propias de la fisiología microbiana.

Las cifras absolutas de los hemocultivos positivos provenientes de enfermos con fiebre ondulante, que se han asistido en el Hospital "Dos de Mayo"—sin adoptar todas las técnicas que se recomiendan para aislar Brucellas—son las siguientes:

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

Año 1930		Año 1931		Año 1932	
Enero	3	Enero	3	Enero	5
Febrero	4	Febrero	1	Febrero	12
Marzo	1	Marzo	3	Marzo	2
Abril	2	Abril	0	Abril	5
Mayo	1	Mayo	0	Mayo	4
Junio	1	Junio	0	Junio	2
Julio	1	Julio	0	Julio	1
Agosto	3	Agosto	1	Agosto	5
Setiembre	4	Setiembre	3	Setiembre	4
Octubre	4	Octubre	4	Octubre	15
Noviembre	2	Noviembre	2	Noviembre	13
Diciembre	4	Diciembre	6	Diciembre	17
Total	32	Total	23	Total	85

Año 1933		Año 1934	
Enero	13	Enero	2
Febrero	6	Febrero	2
Marzo	1	Marzo	5
Abril	1	Abril	4
Mayo	1	Mayo	1
Junio	1	Junio	1
Julio	0	Julio	3
Agosto	4	Agosto	9
Setiembre	3	Setiembre	18
Octubre	6		
Noviembre	8		
Diciembre	5		
Total	53	Total	45

TECNICA PARA AISLAR LAS BRUCELLAS

Las brucellas se aislan de los enfermos de fiebre ondulante por medio del hemocultivo, que se hace en caldo corriente siempre que el paciente tenga 38° de temperatura por lo menos. Hemos obtenido hemocultivos positivos de enfermos sin fiebre, previa inyección de adrenalina.

El tiempo que demora el cultivo, oscila entre 40 horas, casos poco frecuentes, y 15 días, siendo lo corriente entre 4 y 6 días.

Una vez obtenido el hemocultivo, se coloca en la estufa de 37° y sin moverlo se deja varios días, observándose entonces, co-

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

lonias blancas muy pequeñas sobre los glóbulos rojos, asentados en el fondo del balón.

También se pueden aislar las brucellas de la orina. El gérmen se elimina por el riñón por medio de descargas y tomando la orina con sonda y sembrando el producto del cateterismo se puede obtener cultivo. Igualmente de las secreciones uretral y vaginal. (Rebagliati).

Es posible que el gérmen se elimine por el sudor, que se convertiría en propagador de la infección.

Otra vía de eliminación del gérmen son las glándulas mamarias. Zammit, miembro de la comisión inglesa que fué a la Isla de Malta, hizo este descubrimiento. Compró 6 cabras y con gran sorpresa vió que 5 tenían reacción aglutinante fuerte, aislando el gérmen de la leche de ellas.

La técnica anteriormente descrita, no da resultado positivo en todos los casos clínicos de Fiebre ondulante; en muchos se necesita cierto grado de anaerobiosis y una atmósfera de 10% de anhidrido carbónico en el balón que contiene el medio de cultivo; son los casos de fiebre ondulante producida por la "Brucella abortus".

Aislada la "Brucella abortus" se siembra en los medios corrientes y poco a poco se obtiene el cultivo aerobio de fácil conservación.

Huddleson y sus colaboradores han demostrado que la Br. abortus, a diferencia de la Brucella melitensis y suis que son aerobias, necesita para su desarrollo una tensión de anhidrido carbónico de 10% y además ciertas condiciones de anaerobiosis para su primer desarrollo, condición que ya señaló Bang, cuando obtuvo cultivos en medio semisólido por debajo de la superficie

No se trata de anaerobiosis estricta; en efecto, la Br. abortus cuando recién se le aisla, requiere un medio de cultivo anaerobio, pero después de repetidas resiembras se hace aerobia.

Esta anaerobiosis primitiva de la Br. abortus, la observó Nowack cuando comprobó que la B. abortus se desarrollaba en tubos cerrados, cuando crece coetáneamente con el Bacillus subtilis que al multiplicarse consume gran cantidad de oxígeno, favoreciendo esta reducción el desarrollo de la Br. abortus. Según Nowack, lo que se necesita es reducción de oxígeno.

Huddleson probó en 1919 al estudiar la Biología de la Brucella abortus, que el Bacillus subtilis en su crecimiento determina un aumento de la tensión del anhidrido carbónico que es lo que favorece el crecimiento de la Br. abortus. Esto lo indujo a utilizar el anhidrido carbónico, con los resultados que se conocen.

CARACTERISTICAS DEL GENERO BRUCELLAS

Mis Alice Evans define el género "Brucellas" en la siguiente forma:

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

"Bacilos pequeños y numerosas células cocoides, no forman endosporas; inmóviles; aerobios, exigiendo una atmósfera de 10% de anhidrido carbónico; no liquefactan la gelatina; Gram negativos; parásitos invasores de los tejidos, no producen ácido o gas con los hidratos de carbono".

Tal definición fué rebatida por la comisión de bacteriólogos americanos que después de numerosos estudios concluyeron que las "Brucellas fermentaban constantemente la Xilosa y la Arabinosa pudiendo fermentar otros azúcares sin desprender gas".

El gérmen recientemente aislado por hemocultivo, se presenta en forma cocoide, reunido en macitas zoogleicas. Su tamaño es de 0.3 a 0.4 micra.

Se colorea fácilmente por el Loeffler, por el Ziehl y por la eosina.

No toma el Gram. No tiene corpúsculos metacromáticos
No es móvil, sólo tiene movimiento browniano.
No tiene flagelos.
No tiene cápsula.
No esporula.
El pH. óptimo para su cultivo es de 6. 6.
No atravieza las bujias de Chamberlain, ni de Berckefeld.

Medios líquidos. Los gérmenes aislados cultivan bien en los medios líquidos: caldo de carne y caldo de hígado. Su desarrollo es visible al 2º o 3º día. Cuando el cultivo es abundante enturbia el medio uniformemente, sin dar velo en la superficie.

En leche se desarrolla bien sin coagularla.

Medios sólidos. Se desarrollan bien en todos los medios sólidos, tengan o no azúcares.

En Agar simple, crecen en dos o tres días, colonias nacaradas, redondeadas como "gota de rocio".

En Agar sangre, se desarrollan mejor que en cualquier otro medio; su crecimiento es muy abundante, a las 24 horas ya hay cultivo abundante.

En Gelatina, su crecimiento es muy pobre y lo hace sin licuarla.

En Papa, desarrolla escasamente.

El crecimiento en estos medios dá colonias que, en la plenitud de su desarrollo, alcanzan un diámetro de medio centímetro.

El cultivo no es adherente al medio y las emulsiones que del gérmen se hagan son perfectas.

Las brucellas tienen como temperatura óptima para su desarrollo 37º. Por debajo de 36º y por encima de 45º cesa su crecimiento.

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

El calor las mata a 60° en 15 minutos. A 56° durante una hora pierden completamente su virulencia y propiedades infectantes.

La luz solar intensa las mata en 2 horas.

El ácido fénico al 1% las mata rápidamente.

La Tripaflavina in-vitro tiene acción destructora intensa sobre los cultivos; un medio con tripaflavina al 1/30.000 es impropio para que desarrollen, de ahí que sea el medicamento preconizado por algunos para el tratamiento de la fiebre.

Supervivencia.— Los cultivos en agar pueden permanecer vivos por 6 o 7 meses; en caldo viven hasta 3 años.

Tenemos cultivos que los hemos sembrado después de este tiempo y se han desarrollado bien.

El gérmen desecado conserva su virulencia mucho tiempo: en las láminas de vidrio, dos semanas; en las ropas de 10 a 60 días.

En la leche vive de 20 a 30 días, en el queso hasta 40.

La capacidad fermentiva de las Brucellas, la hemos probado con los siguientes azúcares:

Disacáridos: Lactosa, Maltosa, Sacarosa.
Hexosas: Glucosa, Levulosa y Manosa.
Pentosas: Xilosa y Arabinosa.
Alcoholes: Dulcita y Manita.
Glucósidos: Amigdalina y Salicina.

El siguiente medio de cultivo se ha empleado con excelentes resultados:

Agar	0.75%
Peptona	1.00%
Nutrosa	2.00%
Cl Na	0.50%
Rojo fenol	1.00%
Azúcar	1.00%

El medio se esteriliza a 103° por media hora y se reparte en tubos pequeños.

NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE LA FERMENTACION DE LOS AZUCARES

Veinte gérmenes de entre los aislados por nosotros, los sembramos en medio sólido con azúcares. Todos hicieron fermentar a los 6 días la Xilosa y la Arabinosa; el gérmen 14 fermentó, además, la glucosa, como puede verse en el cuadro adjunto.

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

	Disacáridos			Hexósas			Pentosas		Alcoholes		Glucósidos	
	Lactosa	Maltosa	Sacarosa	Glucosa	Levulosa	Manosa	Xilosa	Arabinosa	Dulcita	Manita	Amigdalina	Salicina
1	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
2	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
3	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
4	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
6	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
5	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
7	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
8	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
9	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
10	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
11	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
12	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
13	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
14	K	K	K	H	K	K	H	H	K	K	K	K
15	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
16	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
17	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
18	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
19	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K
20	K	K	K	K	K	K	H	H	K	K	K	K

K=alcalino H=Acido.

REACCIONES DE AGLUTINACION

Las Brucellas forman en el individuo infectado aglutininas. Es sabido que cuando un individuo tiene una infección, los gérmenes que la producen actúan como antígeno y la respuesta del organismo es la formación de anticuerpos. Las Brucellas producen aglutininas específicas, que sirven como medio diagnóstico para reconocer la enfermedad. Las reacciones aglutinantes las hacemos con cultivos muertos, pues cuando, las hicimos con cultivos vivos, hubo tres inoculaciones entre el personal que trabajaba en el Laboratorio del Hospital "Dos de Mayo".

Para efectuar las aglutinaciones, se ha procedido del siguiente modo:

Se prepara el antígeno sembrando en medio del cultivo agar-hígado, una cepa determinada; obtenido el cultivo, se emulsiona en suero fisiológico formolado al 2 por mil, lavando con este suero

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

cuatro veces dicha emulsión; se centrifuga intensamente para obtener una buena sedimentación. La quinta vez se lava con suero fisiológico puro.

Este es el antígeno que se titula con un suero fuertemente aglutinante, haciendo diluciones del antígeno al 1|6, 1|3, 1|100, etc. La dilución que debe usarse es aquella que el suero aglutina con una dilución de 1|1.600.

Para efectuar la reacción procedemos de la siguiente manera: Usamos 7 tubos; en el primero se pone 0.9 de suero fisiológico; en el 2º 0.8; en el 3º, 4º, 5º, 6º y 7º 0.5. Enseguida agregamos al primer tubo 0.1 del suero que motiva el exámen, calentado a 56º por treinta minutos, para destruir las aglutininas no específicas y obtenemos una dilución al 1/10; mezclamos y pasamos 0.2 de éste al 2º tubo y obtenemos una dilución al 1/50; de ésta se toma 0.5 para el 3º tubo obteniendo una dilución al 1/100; de éste este 0.5 para el 4º tubo obteniendo una dilución al 1|200; de este se toma 0.5 y lo pasamos al 5º tubo obteniendo una dilución al 1|400; de este se toma 0.5, que se coloca en el 6º obteniendo una dilución al 1|800; se saca de éste 0.5 que se coloca en el 7º obteniéndose una dilución al 1|1.600 de la cual se retira 0.5.

Una vez obtenidas estas diluciones, agregamos a cada tubo 0.1 del antígeno titulado; se agita bien cada tubo y se coloca un testigo del antígeno con suero fisiológico puro, para controlar si la emulsión bacteriana no se aglutina expontáneamente.

La observación se hace a las doce horas de permanecer dichas diluciones en la estufa de 37º y se comprueba la aglutinación, porque gruesos grumos formados por brucellas se van al fondo del tubo; en caso contrario, cuando no hay aglutinación, quedan todos los tubos opalescentes, iguales al testigo.

La reacción aglutinante, para que tenga valor, debe ser al 1|100 mínimo, aunque los investigadores no están de acuerdo en esto. Así, Duran de Cottes da como título mínimo 1|10; Guthrie 1|20; Wright 1|30; Stefanelli 1|50; Negro 1|200; Anglada 1|800; Bensie y Danlez 1|1000.

Hay que indicar que la fiebre ondulante produce antiaglutininas, que se encuentran en el suero de los pacientes de esta enfermedad; por ellas, las diluciones bajas del suero no aglutinan al gérmen.

TECNICA PARA DIFERENCIAR LA BRUCELLAS

Constituído el género Brucellas en 1920, hubo que diferenciar los gérmenes pertenecientes a este grupo bacteriológico.

Los gérmenes del género Brucella no pueden separarse recurriendo al estudio de sus propiedades biológicas (aglutinación) o bioquímicas (fermentación de azúcares).

En efecto, si es cierto que las brucellas tienen propiedad de fermentar algunos azúcares y entre estos la Xilosa y la Arabinosa;

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

como casi todas las fermentan por igual, no hay por lo tanto como diferenciarlas por este caracter. En cuanto a las pruebas serológicas: la aglutinación dá resultados muy inconstantes como lo probaron Hoffmann y Bartsch de Dresde; investigando la aglutinación de 300 sueros bovinos, utilizando como antígeno 8 razas de abortus y 4 de melitensis, concluyeron que los "resultados eran tan irregulares que era imposible establecer un diagnóstico diferencial entre bacterias de Bang y melitensis a base de esa reacción".

En el Hospital "Dos de Mayo" hemos preparado sueros antimelitensis y antiabortus inoculando dichos cultivos al conejo que es el animal que mas se presta para estas investigaciones; una vez obtenido el suero de gran poder aglutinante, hicimos 120 reaciones con distintas razas de las que hemos aislado con objeto de diferenciarlas por este método, pero en vista del fracaso tuvimos que abandonar esta investigación.

Hoffmann y Barstch han realizado pruebas de saturación de aglutininas, partiendo de las observaciones del Castellani y planteándose la siguiente investigación: si un suero antimelitensis que aglutina Bang se satura con éste, todavía conservaría aglutininas para el Melitensis, pero las habría perdido para el Bang y si después se saturase con Melitensis quedaría sin capacidad aglutinante para todos los gérmenes del grupo Brucella.

Así planteada la cuestión comenzaron sus investigaciones a partir del inmunisueros de conejo y de vaca diluídos al 1|10 saturándolos con un cultivo dado y después de numerosas experiencias llegaron a la conclusión que las Brucellas poseen una escasísima capaciad de absorción de aglutininas y que el inmunisuero-brucellas pierde su aptitud aglutinógena para todas las brucellas, tanto si se satura con brucellas homólogas, como heterólogas.

Por consiguiente, la prueba de saturación de aglutininas, tampoco permite diferenciar los gérmenes de este grupo.

Diferenciar las brucellas— como dice Huddleson— no sólo tiene interés científico, sino también importancia capital, tanto desde el punto de vista económico como social. Tal es el caso del trabajador de una empresa en productos porcinos, que si se infecta, contaminado por las manipulaciones a que está obligado. debe merecer la indemnización por la enfermedad profesional adquirida. Naturalmente que es necesario comprobar en cada caso la clase de brucella que ha infectado, la cual debe guardar relación con los animales manipulados.

Huddleson ha preconizado para diferenciar las distintas brucellas la prueba del Hidrógeno sulfurado y la cromobacteriostasis.

PRUEBA DEL HIDROGENO SULFURADO

Los gérmenes del grupo brucella reducen el plomo. La prueba se realiza en un medio de agar hígado (infusión), preparado del siguiente modo:

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

454 gramos de hígado de buey desprovisto de grasa, se trituran en una máquina destinada a ese objeto y se mezclan con 2.500 gramos de agua corriente, se someten al baño de maría dos horas, en un balón tapado, agitando constantemente; se retiran del calor y se cuelan por lana de vidrio (no se emplea papel o algodón porque retienen sustancias indispensables para el desarrollo microbiano); se coloca en balones y se esteriliza media hora a 120°. Esta infusión sirve para preparar el agar-higado que se hace juntando los sigiuentes ingredientes:

Agar lavado	20	Gms.
Agua	500	,,
Infusión de hígado	500	,,
Peptona de White	10	,,
Cloruro de sodio	5	,,

Todo esto se somete al baño de maría 30 minutos, se enfría a 60° y se comprueba que el pH sea igual a 7; se añade 1% de clara de huevo; se lleva de nuevo al baño de maría por una hora; el coágulo que se forma se elimina, por decantación del líquido y se filtra por lana de vidrio. Se esteriliza a 120° durante 30 minutos y se comprueba que el pH sea 6.6.

La gelosa así preparada se distribuye en tubos. Para observar la producción de Hidrógeno sulfurado, se preparan tiras de papel de filtro impregnadas en una solución saturada de acetato de plomo y secadas al aire ; dichas tiras se colocan con todo cuidado sobre la superficie del medio sin tocarlo, que se lleva a la estufa de 37°. Las tiras con impregnación plumbica se renuevan de cultivo cada 24 horas, para establecer a los 6 días, comparación entre el ennegrecimiento de una tira y otra de papel y así saber cual es la brucella en cuestión.

Según Huddleson la Brucella Melitensis no produce Hidrógeno sulfurado; la Brucella Abortus produce los dos primeros días después de la siembra y la Brucella Suis produce cantidad apreciable durante cuatro días ó más.

Ahora bién, la producción de Hidrógeno sulfurado está supeditada al desarrollo microbiano; cuando éste es muy precario, el desprendimiento es muy escaso.

La prueba del Hidrógeno sulfurado la hemos realizado con los gérmenes aislados por nosotros y por nuestro amigo el Dr Luis Aldana sub-jefe del Laboratorio del Hospital "Dos de Mayo" en su clientela particular. En total hemos hecho 224 investigaciones, con otros tantos gérmenes del grupo Brucella.

Con excepción de las razas números 127, 167 y 224, el resto se ha conducido como no productoras de Hidrógeno sulfurado. Nuestras investigaciones las hemos realizado a la vez con agar infusión de hígado y con agar glicerinado al 4%, que también es un

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

medio de cultivo excelente para estas pruebas y que algunos investigadores lo prefieren al primero por ser mucho más estable.

Las observaciones las hemos seguido minuciosamente durante seis días, guardando los papeles indicadores y estableciendo comparación entre una y otra tira del indicador, para apuntar los resultados al fin.

Algunos investigadores siguen las observaciones hasta 10 ó 12 días, pero el término medio, 6 días, es suficiente.

Con esta investigación calificamos casi todas nuestras razas como "Brucella Melitensis", excepción de las razas 127 y 167 que desprendieron Hidrógeno sulfurado hasta el sexto día inclusive y la raza 224 que se mostró activa productora de Hidrógeno sulfurado hasta el tercer día. Las dos primeras las consideramos como "Brucella Suis" y la última como "Brucella Abortus".

PRUEBA CROMOBACTERIOSTATICA

Esta prueba ideada también por Huddleson en 1929 con el fin de diferenciar las tres especies de Brucellas, está basada en el diferente poder inhibitorio que sobre el crecimiento de los gérmenes de este grupo tienen ciertas sustancias colorantes, tales como la Fucsina, el Violeta de Metilo, la Thionina y la Pironina.

Para estudiar el diferente poder inhibitorio de estas sustancias, me he servido de colorantes de la casa Grübler en solución de Meyer y Zobell. Dicha solución fué preparada del siguiente modo:

Sustancia colorante	10 ctgr.
Alcohol de 95°	20 Gms.
Agua destilada	80 „

Esta solución hidro-alcohólica no necesita estirilización alguna.

Por otra parte, usamos agar infusión de hígado de pH. 6,6 distribuído en balones de 100 cc. y en el momento de la prueba agregamos la sustancia colorante, para formar diluciones finales de Fucsina al 1|25.000, Violeta de Metilo al 1|100.000, Thionina al 1|30.000 y Pironina al 1|200.000, licuando previamente la gelosa al baño de maría y luego ya con la sustancia colorante la distribuímos en Cajas de Petri de 6 cms. de diámetro y 1,5 cms. de espesor.

Así distribuído el medio de cultivo cada Caja de Petri la dividimos en cuatro cuadrantes sirviendo cada uno para sembrar cuatro razas diferentes; en tal forma se ahorra bastante material de trabajo.

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

Para hacer la diferenciación, se siembra la raza motivo del exámen en caldo hígado y a las 48 horas de la siembra se toma del caldo una onza de cultivo con el alambre de platino y lo colocamos, sobre el agar con la materia colorante dada, en el cuadrante correspondiente, ya marcado de antemano con lápiz para vidrio; luego se coloca en la estufa de 37° durante tres días al fin de los cuales se hace la lectura de los resultados.

Según Huddleson la Br. Melitensis cultiva bien en el Violeta de Metilo, la Fucsina y la Thionina, dando cultivo muy escaso o nulo en la Pironina.

La Br. Abortus cultiva bien en la Pironina, el Violeta de Metilo y la Fucsina, siendo inhibido su crecimiento en la Thionina.

La Br. Suis cultiva bien en la Thionina y no desarrolla absolutamente en el medio con los otros colorantes.

La Cromobacteriostasis es una prueba sencilla y fácil y la hemos utilizado para nuestras diferenciaciones, junto con la prueba del Hidrógeno sulfurado, habiéndonos dado muy buenos resultados. Ambas pruebas se complementan y como son de fácil ejecución, quien las haga las debe utilizar mancomunadamente; de esta manera no habrá error posible.

Las diferentes razas aisladas por nosotros, se han comportado conforme al esquema dado por Huddleson.

Las razas 127 y 167 que ya habíamos calificado "Brucella Suis" por las pruebas del Hidrógeno sulfurado, no se desarrollaron en Fucsina al 1|25.000, en Violeta de metilo al 1|100.000, ni en Pironina al 1|25.000, cultivando abundatemente en Thionina al 1|30.000.

La raza 224 que por sus caracteres del cultivo, calificamos de "Brucella Abortus" pues para aislarla necesitó un medio con anhidrido carbónico, se comportó en la prueba del Hidrógeno sulfurado como buena productora de este cuerpo, durante los tres primeros días que siguieron al sembrío; en la prueba Cromobacteriostática no cultivó en Thionina y si en los otros colorantes.

Las demás razas estudiadas han sido "Brucella melitensis", no produjeron Hidrógeno sulfurado, y cultivaron bien en Fucsina, Violeta de metilo, Thionina y algunas en Pironina, aunque otras nó.

CONCLUSIONES

1°—La Brucellosis se ha presentado en Lima, desde el año 1925, con caracteres epidémicos.

2°— La Brucella Melitensis trasmitida por las cabras, es la que predominó en los hemocultivos del Hospital "Dos de Mayo", que resultaron positivos, sin adoptar las exigencias técnicas que exige la brucella abortus para cultivar.

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

3º— La Brucella Suis la hemos encontrado en la proporción de 0.89%.

4.— La Brucella Abortus se la ha aislado en un 0.44%, pero debe existir en mayor proporción; para aislarla hay necesidad de un medio anaerobio que contenga anhidrido carbónico.

5º— De las diferentes técnicas que hay en la actualidad, para diferenciar las brucellas, solo tienen valor las pruebas preconizadas por Huddleson.

6º— La prueba cromobacteriostática y la prueba del Hidrógeno sulfurado se complementan ventajosamente; por lo tanto deben realizarse conjuntamente.

LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Por el Dr. B. A. HOUSSAY

Las discusiones sobre la enseñanza de la Medicina están al orden del día en todas partes. Después del clásico libro de Flexner (1925) la cuestión está en estudio permanente; en los últimos años varios países acaban de establecer reformas, como son Alemania, Italia, Francia, Suiza, Rusia, Inglaterra; la organización de Higiene de la Liga de las Naciones ha publicado valiosos informes en 1932-33; La American Association of Medical Colleges ha editado su informe final en 1932, el Journal of the American Medical Association los publica anuales; por fin, en Estados Unidos, en 1933 se ha publicado un sensacional estudio sobre el costo de la Asistencia Médica. Es quizás oportuno señalar que estos trabajos fundamentales son muy poco conocidos en la Argentina.

LA CRISIS DE LA MEDICINA

Hay una crisis mundial de la enseñanza y de la práctica de la Medicina, que presenta por lo menos cinco aspectos:

Crisis científica, por la atomización excesiva de estudios fragmentarios; urge corregirla buscando más síntesis.

Crisis profesional, por el exceso de especialización en la práctica médica; como dijo Mayo: el médico sabe cada vez más

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

sobre cada vez menos; aquí también falta síntesis, pues no hay que olvidar que el paciente es una unidad.

Crisis económica, por la plétora profesional y la mala distribución de graduados, el desarrollo creciente de la medicina organizada, que el Estado practica sin retribución apropiada de los médicos; se ha dicho con razón que la Medicina pública devora a la privada.

Crisis de confianza, porque los enfermos desconfían a menudo del médico y estos de su profesión, por lo que la moral médica decae.

Crisis de investigaciones, porque la falta de recursos y de organización dificultan la formación de investigadores serios o su dedicación intensa. Una nefasta sed sensacionalista y el ansia por los títulos producen una fiebre por publicar demasiadas cosas sin importancia o inmaduras. Aquí cabe el clásico consejo de Ehrlich: trabajar mucho y publicar poco.

ORIENTACION DE LA ENSEÑANZA

La organización de la enseñanza médica debe relacionarse con las necesidades prácticas de cada nación, porque la Facultad prepara a los médicos y al personal sanitario, porque debe dar orientaciones a los médicos prácticos, porque debe ser un foco de investigación científica.

La Medicina es Ciencia y es arte; es ridículo contraponer a ambos aspectos. La Medicina es arte en su aplicación diaria, pero vive de la Cienia, sin ella se estanca, no progresa y cae en la rutina; la ciencia es el alma de la Medicina (Burnet). A su vez el arte médico origina y estimula al progreso científico.

Puede decirse que la medicina estudia problemas prácticos con una base científica. Imitando a Newman puede distinguirse:

La medicina curativa clásica, que procura curar o aliviar a los enfermos. Es netamente individual.

La medicina preventiva, que procura el diagnóstico y tratamiento precoces y la profilaxia. Es una rama en pleno crecimiento.

La medicina preservativa y constructiva (Higiene) que procura promover el cuidado de la salud.

La enseñanza de la Medicina debe comenzar por el estudio del hombre normal, puesto que deseamos un desarrollo armonioso del individuo para asegurar su mejor salud y evitar las enfermedades. Estamos por eso en la era del predominio de la Fisiología "La Medicine est de plus la Physiologie appliqués" (Burnet); grandes cirujanos, como Leriche y Duval, han proclamado la necesidad de difundir la enseñanza y los métodos de la Fisiología.

La enseñanza de la Medicina preventiva debe contemplar las necesidades actuales, las de la medicina colectiva del Estado,

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

las de la medicina individual (cancerosos, mentales, cardíacos, bacilosos, venereos). Como dice Newman el espíritu de la medicina preventiva, basada en la Fisiología, debe impregnar toda la enseñanza médica, materia por materia.

A este respecto, propicio una reforma simple, pero cuya influencia será enorme sobre la mente de los futuros médicos. Al ingresar a la Facultad debería levantarse una historia del estado fisiológico y médico de cada alumno, que debería completarse luego en cada materia; además hay que practicar exámenes periódicos, en vista de cuidar la salud y despistar los trastornos mórbidos. Tal medida suministraría material de enseñanza del hombre normal y daría una información cuantiosa sobre el mismo; formaría un espíritu que irradiaría luego a toda la profesión. Creo que esta medida es de urgente necesidad por razones prácticas y éticas; no es posible que el conocimiento del hombre normal, el cuidado de la salud y la Higiene, la prevención de las enfermedades, etc., se hagan deficientemente en las Facultades; es un mal ejemplo que urge remediar.

Aunque es mejor prevenir que curar, la medicina curativa existirá siempre. Su enseñanza es y será fundamental, porque se basa en una necesidad humana imperiosa, porque es (con la Fisiología) la base del conocimiento del hombre, porque además es la base de la Higiene.

La enseñanza médica no debe contemplar tan solo los problemas pedagógicos, debe tener en cuenta los problemas sociales, económicos, etc. Como problemas sociales deben considerar las necesidades de cada país, las de la Higiene y Medicina colectiva. Como problemas económicos, la crisis mundial que rebaja los recursos de los enfermos y los del estado, que repercute sobre la enseñanza e investigación y pone sobre el tapete el problema del costo de la salud. Con estos aspectos se relaciona la plétora médica que no es universal, aunque existe en todos los grandes países, por el exceso de graduados y por su mala distribución; ella puede combatirse desarrollando la medicina preventiva y la Higiene, estableciendo el numerus clausus y la exclusión de extranjeros (como están haciendo todos los países), combatiendo el curanderismo y las sectas curativas, etc.

¿QUE ENSEÑANZA DEBE DARSE EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Las Facultades de Medicina deben formar:

1º **Médicos prácticos**, hábiles, instruídos y juiciosos, aptos para cuidar la salud y curar las enfermedades, con interés por la Higiene y el bienestar general.

2º **Médicos especializados** en las diversas ramas profesionales.

3º **Peritos sanitarios e Higienistas**.

4º **Personal técnico** para laboratorios, Hospitales, etc.,

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

5º **Personal auxiliar:** enfermeros, sanitario social.
6º **Hombres de Ciencia.**

Comparto la opinión hoy casi unánime de que el **fin primordial de la Facultad es el de formar prácticos generales, instruídos, hábiles y cultivados, capacitados para la asistencia médica en cualquiera región del país.**

El objeto principal de los estudios es formar el médico de base (según la expresión de Burnet) o sea el práctico, adaptado a las necesidades modernas, capaz de pensar por sí mismo y de llenar las necesidades elementales de los enfermos, apto para poder luego especializarse o dedicarse a la Higiene o a la investigación científica.

Debe darse al médico práctico: 1º el conocimiento de los grandes principios y el hábito de los métodos científicos; 2º dominio de la técnica de diagnóstico y tratamiento; 3º nociones del papel social de la medicina e Higiene.

La enseñanza de la Medicina debe ser una enseñanza práctica sobre una base científica. No hay dualidad entre práctica y ciencia, salvo en términos extremos; su relación es íntima, estrecha y recíproca. Los países en los cuales se hacen más progresos y descubrimientos son aquellos en que esa asociación es más perfecta.

ORIGEN DE LAS REFORMAS EN LA ENSEÑANZA MEDICA

Debemos prestar atención al ejemplo de los paíess tradicionales y de sólida cultura (Francia, Alemania, Inglaterra, Italia, etc), pero conviene prestar atención a los que han evolucionado profunda y rápidamente (Estados Unidos) y a los que presentan ensayos más nuevos (Estados Unidos, Rusia).

Las grandes reformas de la enseñanza médica han tenido diverso orígen. Algunas veces se deben las mejoras a grandes individualidades, así en Estados Unidos fué Gilman quien en 1884-86 organizó la Facultad de Medicina de Johns Hopkins como un centro netamente científico; de su obra y la de Elliot (en Harvard), arranca el portentoso progreso de la medicina en ese país. Otras veces las mejoras se deben a las Sociedades médicas; así el American College of Surgeons es responsable de la mejora de los Hospitales norteamericanos; de igual modo es la American Medical Association quien impuso la mejora de las Facultades norteamericanas, que de 400 malas pasaron a ser solo 80, de las que algunas pueden citarse entre las mejores del mundo; la misma asociación ha mejorado a la terapéutica y a las especialidades, por obra de su Consejo de Farmacia y Clínica; a la Federación Alemana de Médicos se deben las disposiciones que reglamentan el título de especialistas, etc.

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

Sería mejor que las reformas partieran siempre del claustro de las escuelas, pero en la práctica hay a veces peligro de rutina y de excesivo tradicionalismo. Algunas veces las reformas obedecen a principios políticos y de urgente necesidad social, como en Rusia. Pero, en ningún país donde haya sentido común se cree que las difíciles y complejas reformas de la enseñanza médica puedan resultar de desordenados impulsos estudiantiles o de las inspiraciones intuitiva o ingénuas de los alumnos, materia plástica manejable por políticos de toda laya.

LOS SISTEMAS DE ENSEÑANZA

La enseñanza privada ha dado grandes resultados en los Estados Unidos, Inglaterra y Bélgica, pero en los países latinos la enseñanza es exclusividad del estado; por ahora continuará siéndolo entre nosotros por diversas razones.

La enseñanza puede impartirse en Facultades de diverso tipo.

El sistema profesional, que rige en Rusia, donde se necesitan médicos con urgencia. Se les prepara rápida e intensamente, con base científica somera en tres tipos de escuelas: de medicina profiláctica, de maternidad e infancia, de Higiene y salubridad; se agrega alguna enseñanza política y, lo que es picante para nosotros, un poco de latín. Entre los que sobresalen pueden luego formarse investigadores.

El sistema universitario prevalece en Alemania, donde la Universidad es sinónima de investigación y de amplia libertad de estudios.

Soy enteramente partidario del sistema **dualista** (2) que puede formularse sintéticamente en un aforismo: Las Ciencias en la Universidad y la enseñanza profesional en el Hospital.

La enseñanza preclínica o de las materias básicas o de las Ciencias debe darse en la Facultad, tiene por objeto la formación de una cultura general y científica. La enseñanza Clínica debe darse en el Hospital, ser práctica y diaria, aunque ciertamente con base científica; allí es donde se adquiere la verdadera ciencia clínica y la formación práctica profesional.

Bien entendido que los dos ciclos deben correlacionarse y vincularse lo más posible. Es oportuno mostrar algunos síntomas o algunos enfermos en las materias básicas y es importante usar los métodos científicos precisos en las Clínicas.

DE LA ENSEÑANZA Y DEL PROFESORADO

La enseñanza general para médicos prácticos debe ser tética, simple, real (práctica), razonada; debe enseñarse bien común y no las enfermedades raras. Es conveniente que los pr

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

fesores dicten aparte otras clases en las que traten problemas más profundos o más nuevos o aún debatidos para los médicos o para los que siguen la carrera académica o los que se especializan. Pero los alumnos deben aprender a razonar bien y desenvolverse con agilidad ante los casos comunes de consultorio y clientela, los que se ven todos los días.

Los profesores deben tener experiencia propia, capacidad de seleccionar los conocimientos más importantes y fundamentales y de enseñar sintéticamente, con gran claridad, en forma sencilla. En las materias básicas solo los investigadores, con práctica docente formada en un escalafón gradual, reunen todas esas aptitudes.

Uno de los más graves problemas de la medicina argentina consiste en la deficiente formación del profesorado de las materias básicas. Debe estar constituído por hombres de ciencia (investigación y la dedicación exclusiva de sus profesores de materias básicas. Mientras no organicen sus institutos de investigación y la dedicación exclusiva de sus profesores de materias básicas, nuestras escuelas médicas no tendrán una verdadera jerarquía universitaria ni tendrán una producción científica seria.

No debe esperarse la generación espontánea y milagrosa de los profesores e investigadores; estas plantas raras y delicadas necesitan cultivarse. Es preciso instituir becas externa de perfeccionamiento en el extranjero y becas internas para los que vuelvan y sean útiles. Es preciso establecer ordenanzas que permitan la dedicación exclusiva (como la tiene la Facultad de Buenos Aires, ahora la de Córdoba, en algunos casos la de Rosario) de los profesores titulares, de los profesores auxiliares y asistentes. Es preciso que en cada Instituto se subdivida el trabajo de investigación, especializándose en parte al personal, pero con la condición que ya tenga una formación general previa.

El profesor titular de las materias básicas tendrá tareas docentes (curso general), cursos para graduados o especialistas, informativas (consultas), de investigación, (educativas por su ejemplo y por su dirección personal).

Las Facultades en las que no se investiga son sub-universitarias, son escuelas de oficios, marchan a remolque de las otras, de las que son tributarias sin reciprocidad, carecen de originalidad, viven en la rutina, no tienen personalidad ni independencia.

La doble tarea de enseñanza e investigación en las materias básicas se desarrollará en institutos. Estos son sitios de investigación científica y docencia, donde trabajan coordinadamente varios especialistas, con dedicación exlusiva. Según mi manera de ver si falta una sola de todas estas condiciones no hay un verdadero instituto, por lo menos de las materias preclínicas.

No convienen al país muchas facultades si no algunas buenas y bien dotadas; no muchas cátedras si no algunas muy eficaces; no muchos alumnos si no los que puedan aprender bien, no

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

muchos graduados si no buenos médicos. Los que están creando escuelas médicas, improvisan profesores, dispersan los recursos, no crean los centros de investigación, indispensables etc. hacen inconscientemente un gran mal a nuestros país.

ENSEÑANZA PREMEDICA

La enseñanza premédica es la base de la enseñanza que se impartirá en las Facultades. La cultura general debe venir ya preparada antes del ingreso a la Universidad, no se adquiere con algunas conferencias sueltas y tampoco es posible "edificar una cultura general sobre ignorancias particulares" (como decía L. Hauman).

Se discute aún en todas partes si la enseñanza premédica debe ser humanista o científica; en Francia se ha pedido lo primero y el latín se estudia hasta en Rusia. Creo que lo mejor es un bachillerato completo, sin polifurcaciones prematuras. Todo lo que es humano interesa al médico, pues su objeto de estudio y profesión es el hombre, unidad fisiológica y psíquica compleja.

Después del bachillerato conviene una enseñanza previa de Física, Química (en especial la general y orgánica): Biología (citología, herencia, medio, evolución, etc.), lectura de diomas, ejercicios prácticos de matemáticas aplicadas a la medicina. Esto se exige casi todo en los exámenes de ingreso (los cuales deberán implantarse en todas las escuelas médicas del país); sin embargo, creo que sería mejor que se enseñara todas esas materias en forma especial (**práctica y científica**) fuera de la Facultad, reservándose ésta el derecho de inspeccionar la enseñanza y de tomar los exámenes por medio de profesores que no tengan que ver con esa enseñanza o con la secundaria (3).

La selección premédica o preclínica se está haciendo cada vez más severa en todas partes del mundo (Francia, Alemania, etc.), y también en nuestro país.

ENSEÑANZA PRECLINICA O BASICA

La enseñanza preclínica debe ser práctica, dirigida y razonada, usando mucho el coloquio. Debe ser formativa (enseñar a observar y razonar) no solo informativa.

Debe darse en la Facultad, que es donde se cultivan y enseñan las Ciencias y donde se adquiere la cultura general y científica. Se enseñará lo más posible en el hombre vivo y sano, ocasionalmente en enfermos. Desapruebo el método de enviar a los alumnos de primer año a los Hospitales, pues en los nuestros no hallarán disciplina y enseñanza conveniente; los que lo han hecho acabaron habitualmente por ser "ratas de hospital" o "crónicos" rutinarios.

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

La Morfología estudia las formas, su orígen y desarrollo y los factores que los rigen. Considero ideal el sistema de Institutos de Anatomía, en los que, como pasa en Alemania, Bélgica, etc., los profesores conocen y enseñan a la vez la Anatomía, Histología y Embriología. Como no tenemos ese tipo de profesor ampliamente informado, ni el anatómico experimentador, deberemos mantener separadas por ahora la Anatomía de la Histología y Embriología. La Anatomía puede y debe enseñarse en 2 años, inclusive la topografía, según las ideas y prácticas de Avelino Gutiérrez u otras. Debe haber varios profesores auxiliares full time en el Instituto de Anatomía.

La Fisiología puede enseñarse en un año (ventaja la síntesis) o en dos años (ventaja la gradación de una enseñanza muy extensa), pero en este último caso deberán existir trabajos prácticos intensos y exámenes en cada año. En el primero se enseñaría la Fisiología General (incluída la Química biológica estática y mayor parte de la Físico-química y Física biológica). En el segundo año se enseñaría la Fisiología especial (inclusive metabolismo y las regulaciones físicas y la parte de Física relacionada con los sentidos). Todas estas enseñanzas deben darse en un Instituto, con varios profesores auxiliares que dictarán aparte cursos de perfeccionamiento y dirigirán investigaciones (4).

Recordemos la importancia creciente de esta materia. Como dice Newman, toda la medicina debe estar impregnada del espíritu de la medicina preventiva por la Fisiología. Burnet dice que hay un consenso general en que la enseñanza preclínica es el período de la Fisiología.

No tenemos aún enseñanza de Patología General, pero convendrá tender a preparar a algunos especializados en ella, pues es probable que alguna vez se enseñará.

La Anatomía patológica debe recibir un gran desarrollo, tornarse experimental, ampliar su radio social (biopsias, lucha anticancerosa, etc.), funcionar anexa a un Hospital (el Hospital Clínico si lo posee la Facultad) o en relación con todos los de la Ciudad. Es urgente que se dote a este Instituto de recursos y de varios profesores auxiliares full time para dar cursos de perfeccionamiento y realizar investigaciones especializadas.

Las cátedras de Microbiología y de Parasitología deben organizarse como Institutos con profesores y personal full time, recursos para investigaciones etc.

Se impone limitar el número de alumnos a la capacidad docente de las escuelas, para que la enseñanza sea seria y eficaz, práctica, individual y personal, dirigida y razonada. Esta limitación se extiende progresivamente, la han adoptado el Brasil, Chile, Rusia, ultimamente Alemania y aún París, por razones docentes, éticas, económicas, profesionales y sociales bien notorias, algunas de las cuales detallé en un artículo de 1926 y expuse en las discusiones en la Facultad de Medicina de Buenos Aires,

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

que la aprobó (5), aunque fué suspendida por el Consejo Superior.

ENSEÑANZA CLINICA

La enseñanza clínica tiene por base la asistencia diaria al Hospital durante cuatro años. En los Hospitales se darán la enseñanza de base y la especializada, se harán investigaciones.

Es ventajosa la unión de la Facultad y el Hospital clínico, como se hace en Buenos Aires, Rosario y Córdoba. Pero a la Facultad no le conviene dirigir muchos Hospitales o todos los de una ciudad por el trabajo excesivo de su administración y sus complejas responsabilidades sociales y políticas. En cambio debe llegarse a acuerdos que permitan utilizar a todos los Hospitales para realizar la práctica clínica de los alumnos y médicos.

El alumno debe concurrir cuatro años, desde el 3º si hay 6, desde el 4º si hay 7. Es conveniente que realice 1 ó 2 años de internado, con atención de consultorio externo y servicio de auxilios. En el Hospital hará la aplicación de los métodos de diagnóstico y tratamiento, estudiará la evolución y el pronóstico y tratamiento; todo eso en casos individuales.

Al Hospital debe concurrir diariamente para aprender la medicina practicándola. Desde nursing y los menesteres de enfermeros, la técnica semiológica, la anatomía patológica, laboratorio, bacteriología, las aplicaciones de la Fisiología y la Clínica, aprenderá su arte usando los métodos científicos, aplicando lo que estudió en las materias básicas, guiado por quien sea capaz de enseñarle la jerarquía de lo importante y lo accesorio.

Hay que cuidar que se desarrolle en el estudiante una doble personalidad para que sea un verdadero médico, la científica para atender bien a la enfermedad, la humana para que asista al paciente y a la familia con simpatía personal.

Es mejor que las Patologías sean enseñadas por los Profesores de Clínicas, con auxiliares, como se practica en Alemania, España, Inglaterra, Estados Unidos y ahora en Francia.

Conviene utilizar a los agregados y aún a los médicos de los Hospitales capaces para que coadyuven en la enseñanza clínica.

El full time clínico no se plantea aún entre nosotros; podría estimularse los casos que pudieran presentarse. Pero conviene que el profesor de materias clínicas, dedique el máximo de su tiempo y de sus fuerzas a su servicio, lo más posible, no aceptándose que emplee sus fuerzas en atender a dos diferentes hospitales.

La enseñanza debe comprender como métodos principales, por orden de importancia decreciente: visita en la sala, consultorio externo, lección demostrativa para alumnos, lección demostrativa para graduados, conferencias teóricas magistrales (6).

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

El alumno debe examinar primero a los enfermos y dar su opinión, luego sometérsele a un diálogo, por fin explicarle, si se comienza por esto último será un simple receptor pasivo, no adquirirá iniciativa, ni aplomo, ni experiencia.

Al comienzo de los estudios clínicos puede engranarse en formas diversas la Semiología con la Patología general, Anatomía Patológica y la Farmacología. Es imposible evitar que en algún caso coincidan materias, que pudieran escalonarse más lógicamente, una después de otra, si la carrera tuviera más larga duración.

ESPECIALIDADES

Conviene reducir la enseñanza de las especialidades para los alumnos, para no distraerlos de las Clínicas Médica y Quirúrgica. Varios métodos se han propuesto para evitar que las especialidades sobrecarguen al curriculum de base: 1º promoción por certificado del profesor (método delicado y difícil de aplicar); 2º promoción por número de horas de práctica dirigida: 3º no hacer obligatorias a todas las especialidades; 4º agruparlas en un año final; 5º darles un horario reducido que no altere el de las Clínicas médica y quirúrgica, haciendo su enseñanza muy práctica y en los consultorios externos.

Esto no significa reducir la importancia de estas materias. Sus profesores darían cursos de especialización. Por su enseñanza en ambos grados, por su capacidad técnica y profesional, por sus investigaciones, un profesor de una especialidad puede ser la más grande figura de una escuela. Para ello no necesita sobrecargar la enseñanza de los alumnos.

La Clínica médica tiene especialidades importantes; la Pediatría es una parte de ella, de inmenso alcance práctico; la semiología estambién una parte de ellas; otras ramas son especializaciones como la Tisiología y Epidemiología, la Psiquiatría y Neurología etc.

La Clínica quirúrgica tiene una especialidad de gran importancia social, que es la Obstetricia y Ginecología; otras son partes esenciales de la cirugía, como la Ortopedia; hay además otras especializaciones importantes como ser: uroandrología, otorinolaringología, oftalmología; por fin hay otras que pueden y deben enseñarse, sin cátedra oficial obligatoria, para los que deseen aprenderlas (proctología, traumatología, neurocirugía).

La Facultad debe impartir enseñanza seria y regular para los graduados que deseen especializarse en las ramas médicas y quirúrgicas citadas, en Medicina legal, en Higiene, en Radiología, ser laboratoristas, ser bacteriólogos, etc. Pueden otorgárseles títulos y diplomas que acrediten su competencia; pero no es posible que quiera pretenderse prohibir a los médicos prácticos que atiendan a los enfermos de las especialidades.

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

Debe combatirse la especialización prematura, antes de terminar los estudios de médico.

CURSO PARA GRADUADOS

La Facultad debe ocuparse de los graduados como una madre de sus hijos. Como centro de estudios debe mantener la educación del médico y estar vinculada a él para siempre. En ese sentido debe informarle e instruirlo en cualquier momento, puesto que los progresos son incesantes.

Debe haber diversos cursos para graduados: 1º cursos prácticos; 2º cursos de perfeccionamiento; 3º cursos de especialización; 4º cursos para la carrera académia; 5º enseñanza científica.

LOS EXAMENES

Los exámenes deben ser para ayudar a los estudios, no los estudios para exámen. En nuestras Facultades, aún muy escolásticas, la preocupación del exámen oprime al alumno, para aliviarla procura tener más períodos de exámen, con lo que agrava el daño; sin libertad suficiente estudia apresurado en apuntes que responden al programa; el resultado se aprecia en el porcentaje de desaprobados, que alcanza como a la tercera parte del total de examinados en cada materia de los tres primeros años.

La mejora de la enseñanza, que debe ser personal y dirigida, a números razonables de alumnos, reducirá la importancia de los exámenes. Estos serán menos numerosos, habrá pocos desaprobados, la libertad intelectual será mayor, la enseñanza resultará mucho más eficaz, formará al espíritu sin cargarlo solo de erudición o repeticiones.

CONCLUSIONES FINALES

La enseñanza de la Facultad de Medicina debe formar primeramente médicos prácticos, hábiles y experimentados, capaces de pensar, con iniciativa propia, aptos para atender las enfermedades y la salud de la mayor parte de la población del país.

Luego debe darse a estos médicos, si la quieren: 1º enseñanzas profesionales prácticas; 2º especialización profesional: 3º especialización de higienistas o de médicos legistas; 4º conocimientos técnicos para auxiliar al diagnóstico y tratamiento; 5º formación científica intensiva.

Además la Facultad formará el personal auxiliar: enfermeros, masajistas, laborantinas, parteras, personal sanitario y social. Estos cursos son para oficios profesionales y no tienen carácter universitario.

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

La enseñanza por ahora deberá darse en 7 años (podrían quizá ser 6 si los alumnos concurrieran mañana y tarde o si se redujera el número de materias y es ajustara bien el horario).

La enseñanza debe ser práctica, individual, razonada, dirigida, lo que obliga a limitar el número de alumnos a la capacidad docente de la escuela.

La enseñanza preclínica o de las ciencias básicas debe darse en Institutos científicos. Conviene que la Fisiología se enseñe en dos años. Es importante que se estudie bien al hombre normal antes de inciar el estudio del hombre enfermo.

Para el progreso de la Medicina es esencial que los profesores de las materias básicas y sus auxiliares tengan dedicación exclusiva (full time). Además deben dársele medios y recursos para que realicen investigaciones.

La enseñanza clínica debe hacerse en cuatro años de asistencia diaria al Hospital, sí es posible con internado durante uno o los dos últimos años.

La enseñanza debe considerar los tres aspectos de la medicina: curativa, preventiva, preservativa. Debe contemplar todas las necesidades científicas, prácticas y sociales del país.

BIBLIOGRAFIA

Burnet E.— L' enseignement de la Médecine et la réforme des études médicales. Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiene de la Societé des Nations, 1933, vol. 2, Extrait Nº 11.

Newman G.— L'enseignement de la médecine en Angleterre. Bull. Trimestriel de l'Organisation d'Hygiene de la Société des Nations, 1932, 1, Nº 2, 169.

Roussy G.—L'enseignement de la Médecine en France. Bull. Trimestriel de l'Organisation d'Hygiene de la Société des Nations, 1932, 1, No. 3.

Sigerits H. E.— Amerika und die Medizin, 1933, Leipzig, Thieme, ed.

Final Report of the Comission on Medical Education, Office of the Director of Study, New York, 1932.

Flexner A.— Medical Education in the United States and Canada, a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teachin. Bull. Number four, New York, 1910; Medical Education, a Comparative Study, New York, 1926; Universities American, English, German, New York, London, Toronto, 1930.

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

SEGUNDA CONFERENCIA PANAMERICANA DE EUGENESIA Y HOMICULTURA

BUENOS AIRES, 12 y 23 a 25 DE NOVIEMBRE DE 1934

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura inició sus labores en la ciudad de Buenos Aires el 12 de noviembre de 1934, conjuntamente con la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana.

Se eligió presidente de la Conferencia, por aclamación, al Dr. Raúl Cibils Aguirre.

El resto de la mesa quedó integrada por los Dres. Alberto Zwanck, Secretario General, y Prosecretarios Dres. Saúl I. Bettinotti y Jorge Figueroa Gacitúa.

El programa de la Conferencia, fué el siguiente:

1º— Informe de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura, sobre su trabajo y en relación con el III Congreso Internacional de Eugenesia.

2º— Informe de las Delegaciones sobre Eugenesia y Homicultura, en cada una de las Repúblicas Americanas.

3º—Valor comparativo de las medidas eugénicas.

4º— La Eugenesia Americana y sus posibilidades.

5º— Estudios de población en relación a un proyecto para la investigación científica de la historia de la población Americana, del Dr. H. H. Laughlin.

6º— La raza andina. Características biológicas del hombre de los Andes.

7º— Ley modelo de inmigración para las Repúblicas Americanas. Condiciones eugénicas exigibles al inmigrante.

8º— Exámen médico prenupcial.

9º— Eugenesia y Maternidad.

10º— Eugenesia e infancia. Código del niño.

11º— El lactario como institución médico-social de previsión.

13º— Esterilización eugénica.

14º— Relaciones de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura, con la Oficina Sanitaria Panamericana. Constitución permanente y reglamentación.

15º— Relaciones de la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura con la Federación Internacional de Organizaciones de Eugenesia.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura aprobó los votos que van a continuación:

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

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura considerando que la Eugenesia debe propender a una educación amplia y desprovista de prejuicios en el sentido biológico Estima que el conocimiento de los fenómenos íntimamente ligados a la conservación de la especie debe iniciarse en el hogar y continuarse en la escuela, de acuerdo con las doctrinas que en cada uno de los países inspiran la educación de la juventud. Considera, demás, necesario incluir el tema de la educación sexual en la próxima Conferencia de Eugenesia y Homicultura. Sostiene que se debe propender por todos los medios educacionales a formar en los padres una conciencia científica sobre estos asuntos.

Estima que se debe crear un consultorio especializado de Eugenesia en cada establecimiento maternal, dentro de cuyo ambiente médico-social, verdadero centro de investigación teórica y de acción práctica, surgirán paulatinamente las directrices más firmes, más sanas y más sabias, aplicables al mejoramiento de la raza.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, ante la posibilidad del traslado de personas de un país a otro del Continente Americano, recomienda a los gobiernos de América que deberán tener presentes las siguientes disposiciones adoptadas en la IV Conferencia Internacional Americana, reunida en la ciudad de la Habana:

"Los Estados tienen el derecho de establecer por medio de leyes las condiciones de entrada y residencia de los extranjeros en sus territorios". "Encarecer que las Repúblicas Americanas que no posean representaciones técnicas para el estudio del inmigrante en el país de origen, así como las que las posean en número insuficiente, aprovechen los servicios de aquellas que las tengan en número suficiente y cuyos funcionarios podrán ser destinados para este fin como representantes ex-oficio de la Oficina Sanitaria Panamericana, sin que esto excluya el derecho que tienen los mismos países de someter al propio inmigrante a las investigaciones que estimen necesarias para resolver sobre su admisión definitiva, de acuerdo con las conveniencias nacionales". "Que los Estados americanos se reserven el derecho de examinar las ventajas de la entrada de la corriente inmigratoria en sus territorios, provenientes de otros continentes, ajustando su modo de proceder a sus intereses económicos, políticos y sociales".

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, considerando que el Código del Niño, recientemente promulgado por la República del Uruguay, cuyos principios después de haber sido comentados ante esta Conferencia, por la Delegación de dicho país y discutidos en distintas sesiones, han merecido un justo voto de aplauso de la Conferencia, se resuelve:

Encargar a la Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura, que, en colaboración con los autores del Código del Niño del Uruguay, estudie los principios contenidos en el mismo, que

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

puedan ser aplicados a otros o todos los países americanos y que así mismo trate de presentar un estudio completo de todas las medidas que permitan, considerando el referido Código el Niño como núcleo, extenderlo hasta comprender lo que pudiera llamarse Código biológico del Hombre, aplicable como medida igual a los países americanos.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura recomienda a los gobiernos el estudio cuidadoso del régimen alimenticio ideal que debe seguir la madre durante el embarazo, y la lactancia del niño, hasta la época del destete, para asegurar a éste su mejor desarrollo físico y psíquico.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura recomienda a todos los países americanos la organización de Lactarios en el tipo médico social ideado y realizado por el doctor Bettinotti, en el Servicio del "Profesor Acuña" de Buenos Aires.

La II Conferencia Pan Americana de Eugenesia y Homicultura considerando que el Excmo. Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto de la República Argentina, incluyó en el proyecto de Ley sobre la Asistencia Social, enviado al Congreso Argentino, temas que tocan de cerca a la Eugenesia y a la Homicultura y teniendo igualmente en cuenta que en la Conferencia Nacional de Asistencia Social celebrada últimamente en Buenos Aires se consideraron tópicos de Eugenesia y Homicultura, formula un voto de aplauso por tales iniciativas que evidencian una orientación de gobierno, concordante con los fines que ella persigue.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura aconseja propender a la formación de asociaciones de padres de familias como un medio de contribuir a la educaión física y moral de los niños.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura ha visto con gran complacencia la defensa que el Código del Niño del Uruguay hace de la familia y desea expresar, al acordar un voto de aplauso para tan beneficiosa gestión de Eugenesia y Homicultura, al recomendación a todas las naciones de América, de intensificar cada vez más la defensa de la familia como unidad de la raza.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura interesada en la preservación de las generaciones venideras, aconseja a todos los gobiernos y municipios que establezcan Consultorios especiales para el exámen **médico pre-nupcial**, con todas las garantías posibles respecto de la capacidad y las condiciones morales de quienes los dirijan. Y que se haga la mayor propaganda po-

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

sible para que todos voluntariamente se sometan a dicho exámen y presenten el documento respectivo.

La II Conferencia Pan Americana de Eugenesia y Homicultura, teniendo en cuenta que, la vacuna Calmette es inócua y resulta eficaz, cuando ante todo, se la aplica en niños no infectados aún y que deben vivir en ambiente infectante, aconseja a los Gobiernos de América, preferentemente, su utilización bajo estas condiciones, sin perjuicio de las medidas sanitarias antituberculosas establecidas por cada país.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura considerando los derroteros que se ofrecen a la investigación bioclínica con los trabajos iniciados por el Profesor Carlos Monge, sobre las condiciones fisiopatológicas de los habitantes que residen en las altas mesetas de los Andes, acuerda tributarle un voto de aplauso por los resultados ya conseguidos y cree cumplir un acto de significación para el futuro desenvolvimiento de estas investigaciones, recomendando la prosecución de los trabajos con los medios más adecuados y concordantes con este estudio de importancia científica, social y eugénica.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura aconseja a todos los gobiernos la conveniencia de la creación de Maternidades o secciones en las ya existentes, destinadas a la asistenia exclusiva de tuberculosas, con el fin de realizar el debido tratamiento de la madre y la inmediata separación del hijo, evitando, de esa manera, la principal causa del contagio postnatal, de origen familiar.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura considerando que las cualidades propias de cada nación y las generales de América están condicionadas por las características y el estado social y sobre todo biológio de su masa pobladora, y que el conocimiento de estas cualidades es esencial para el presente y sobre todo para el porvenir del Continente,

Resuelve:

1º— Que se solicite de la Unión Panamericana, en la forma más respetuosa, que proceda a organizar y mantener en su "Oficina Principal un Instituto de Investigaciones de la Población americana", que se dedicará a dicho estudio en sus aspectos históricos, geográfico, antropológico, estadístico, económico, cultural y eugenésico.

2º— Que se solicite a todos los gobiernos americanos que organicen, igualmente, museos, laboratorios e institutos nacionales para la adquisición y estudio de los antecedentes de población, para su propio país, y que tales institutos nacionales colaboren en el trabajo general del propuesto Instituto de Investigaciones de la Unión Panamericana.

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

3º— Que al hacer, en el futuro, los censos de población, los diversos gobiernos americanos deben procurar establecer registros uniformes en relación con el lugar, sexo, edad, raza, nacimiento, casamiento, datos genealógicos (o de linaje), ocupación, estado económico, estado cultural, idioma, religión y que cada país debe investigar, tanto en Europa como en América, cuando fuéra posible, de los antecedentes de origen de su población respectiva y de su crecimiento por generación.

En caso de establecerse el Instituto proyectado, se propone el siguiente programa de trabajo:

A) Colección y obtención de libros, crónicas, expedientes, manuscritos, tablas, cuadros, mapas y cualesquiera otros datos existentes, al hacerse los primores análisis de las actividades de la población y de los problemas respectivos y al clasificarse, tabularse y hacerse los índices de tales datos o materias bajo las siguientes categorías:

a) Crónica o registro de la población por país, y otras secciones geográficas, por fecha, raza, edad, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad del linaje de la familia.

b) Procesos primarios que determinan las condiciones geográficas.

c) Migración de los diversos países.

I. Inmigración al hemisferio Occidental por fecha, país, orígen, lugar de establecimiento, raza, sexo, edad, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad del linaje de la familia.

II. Emigración del hemisferio Occidental, por fecha, origen geográfico, país, destino, raza, sexo, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad del linaje de familia.

d) Selección matrimonial en cada país americano:

1º Cruce de raza. Por raza, sección geográfica, nivel económico, estado cultural, capacidad de linaje de familia, fecha, dirección del sexo, religión, idioma, ocupación, alcance, fecundidad, cualidad del primogénito.

2º Casamiento y reproducción dentro y entre las diferentes clases de la misma raza. Por sección geográfica, nivel económico, estado cultural, capacidad de linaje de familia, dirección del sexo, religión, idioma, ocupación, alcance, fecundidad, cualidad del primogénito (Hijo).

e) Fecundidad diferencial. Tamaño en poblaciones panamericanas por sección geográfica, fecha, edad de los padres, raza, religión, idioma, ocupación, nivel económico, estado cultural y capacidad de linaje de la familia.

f) Aquellos aspectos de las siguientes fuerzas que influyen en la migración, selección matrimonial y tamaño de familia.

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

1o. Estado económico.
2o. Nivel económico.
3o. Ocupación.
4o. Religión.
5o. Idioma.
6o. Estabilidad gubernamental y política.
7o. Abasto de alimento.
8o. Guerra y conquista.
9o. Enfermedades.
10º Facilidades en los transportes.
11o. Leyes estatuídas que regulan:
a) Migración,
b) Casamiento,
c) Distribución de tierra,
d) Control de los jornales,
e) Impuesto preferencial y subsidio,
f) El control de los nacimientos y esterilizaciones.
12o. Tradiciones y costumbres nacionales.
13o. Constitución hereditaria.
14o. Educación.
15o. Grupos sanguíneos.
16o. Otras fuerzas.

B) Análisis.— El estudio de las materias compiladas o coleccionadas tendrá por base u objeto:

a) El establecer la historia de la población por cada país y sección geográfica de América por generaciones desde su descubrimiento.

Dicha historia será investigada desde su origen, por número, raza, linaje de familia, cualidad y nivel cultural.

b) Para saber en cada país americano y sección geográfica las tendencias de la población corriente en clase y número.

c) Determinar las causas y efectos de los cambios especiales remontándose a su origen y de generación en generación.

d) Formular las leyes que rigen el cambio de población en clase y número.

e) Descubrir el mecanismo o la técnica por medio del cual los países y las comunidades puedan controlar sus futuras poblaciones en relación a números, razas y cualidad del linaje de la familia.

C) Publicación.— Los resultados de tales compilaciones y estudios deben ser publicados de tiempo en tiempo, apropiadamente por cada país americano individualmente, en tal forma que se comprometa a obtener una adecuada presentación y coordinación de los descubrimientos y de asegurar la viabilidad general del trabajo.

D) La diferencia climatofisiológica del hombre en América, en relación con la altitud, será objeto de especial estudio, no

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

sólo en lo relacionado con los datos estadísticos de población, sino en su análisis bioclínico, continuando en esto lo iniciado por el Perú. Se aplicará el mismo concepto a las diferencias climáticas de todo origen.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura emite un voto de admiración por los trabajos relacionados con la población americana, presentados por los Dres. H. H. Laughlin, de Estados Unidos, y C. Monge, del Perú.

La II Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura deja constancia de su aplauso a la obra realizada por el Dr. Raimondi, en la lucha antituberculosa en defensa del niño, aplauso que hace extensivo a quienes lo han apoyado y secundado en tan trascendental y bella obra.

La Sede de la próxima Conferencia, que se realizará el año 1938, será la ciudad de Bogotá (Colombia)

El Dr. Jorge Bejarano fué nombrado Presidente de la Comisión organizadora.

CONSTITUCION DE LA OFICINA CENTRAL PANAMERICANA DE EUGENESIA Y HOMICULTURA

Directores de honor: Dr. Raúl Cibils Aguirre (Argentina). — Dr. Gregorio Aráoz Alfaro (Argentina)

Director: Dr. Rafael Lorié, Secretario de Sanidad y Beneficencia (Habana, Cuba)

Vice-Director: Dr. Carlos E. Paz Soldán (Perú)

Secretarios: Dr. Alberto Zwanck (Argentina). — Dr. Justo González (Uruguay)

Vice-Secretario: Dr. José E. Sandoval (Cuba)

Vocales: Dr. Waldemar de Coutts (Chile). Dr. Jorge Bejarano (Colombia). — Dr. Solón Núñez (Costa Rica). — Dr. Francisco de P. Miranda (México). — Dr. Carlos Diez del Ciervo (Venezuela).

Directores Generales: Dr. H. H. Laughlin, Eugenics Record Office (Cold Spring Harbor Long Island N. York). — Prof. Bernardo Houssay (Buenos Aires) Instituto de Fisiología. — Prof. Carlos Monge (Perú). — Prof. Domingo F. Ramos (Cuba).

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

NOTICIAS

ANIVERSARIO DE DANIEL A. CARRION.— El día 5 de octubre, aniversario de la muerte de Daniel A. Carrión, se efectuaron diversos actos conmemorativos.

La Asociación Médica Peruana "D. A. C." organizó una romería al Cementerio, un acto especial en el Hospital "Dos de Mayo" y en su sede social una sesión solemne en honor del Dr. Ricardo L. Flórez y una comida de camaradería.

En el Congreso, se votó una ley para erigir un monumento a Daniel A. Carrión.

En ese mismo proyecto de ley se ha incorporado un artículo que dispone que la Facultad de Ciencias Médicas se denomine "Daniel A. Carrion".

ASOCIACION MEDICA PERUANA DANIEL A. CARRION.— La nueva Junta Directiva que ha de presidir los destinos en el año 1934-1935, es la que sigue:

Señor Ovidio García Rosselli, Secretario General.

Secretario del exterior, Sr. Juan B. Lastres.

Secretario del interior, Sr. Alfredo D. Curotto.

Secretario de Acción Científica, Sr. Mauricio Dávila.

Asesores: Srs. Enrique González Vera, Alberto Guzmán Barrón y César Gordillo Zuleta.

Secretario de Acción Nacionalista: Sr. Miguel Angel Delgado.

Asesores: Srs. Froilán Villamón, Alberto Sabogal y Jorge de Romaña.

Secretario de Acción Sindicalista: Sr. Guillermo Filomeno.

Asesores: Srs. Oswaldo Dulanto, Alfredo Levy Rendón, Luis Hubner y Ricardo Angulo.

Secretario de Acción Mutualista: Sr. Max Espinoza Galarza.

Asesores: Srs. Gabriel Delgado Bedoya, Ernesto Ráez, Enrique García Calderón, y Octavio Vega Abad.

Secretario de administración, Sr. Enrique Navarrete.

Asesor, Sr. Miguel Cervelli.

Subcomisión de conferencias, Señores: José G. Perea, Alejandro Lengua Romero, Felipe Zúñiga Morote, Aurelio Peralta y Eduardo Higginson.

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

CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA.—Partieron para Buenos Aires, los doctores Carlos Monge, Carlos Enrique Paz Soldán y Luis Vargas Prada, Delegados del Perú a la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reunirá en esa ciudad.

BIBLIOGRAFIA

LOS COMIENZOS DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS por el Profesor **A. Frankel.** —Un vol. de 250 páginas.— **Editores Espasa-Calpe** — Madrid, 1934.

En la presente serie de conferencias puntualizan distinguidos especialistas la manera de enjuiciar el verdadero alcance de los primeros síntomas, más o menos larvados y confusos, de los trastornos crónicos y el valor que para llegar a un diagnóstico más preciso de su sustracto anatómico tienen las diversas pruebas funcionales.

Es, indudable, de gran interés, en estos casos, distinguir los trastornos meramente funcionales, pasajeros y de fácil compensación, de los padecimientos orgánicos en su fase inicial; pues si éstos resultan altamente beneficiados con un tratamiento riguroso, perfectamente justificado, no hay razón para que los primeros se sometan a una terapéutica innecesaria y siempre costosa, máxime en la actual fase de depresión económica. La obra ha sido muy esmeradamente traducida del alemán por el Dr. F. González Azcune.

LOS NIÑOS MENTALMENTE ANORMALES, por el Dr. **Gonzalo R. Lafora.— Espasa-Calpe editores,** Madrid, 1934.

El maestro Lafora ha lanzado a la publicidad la segunda edición de su libro, que lleva por título el epígrafe.

Se trata en el libro en cuestión de conocer y de analizar los distintos sistemas de diagnósticos psico-pedagógicos especiales de los niños mentalmente anormales. Es un análisis tan maravillosamente hecho, que su lectura ni pesa ni empalaga, sino al contrario, vivifica, reconforta, agrada y acaba deleitando al lector.

Desde las pruebas mentales de Terman hasta el de Healy, para los niños delincuentes, pasando por las de De Sanctis, Yerkes, Binet, Irwin Haines, etc., etc., todas están expuestas con sencillez llana, sin eufemismos, a que nos tiene acostumbrados la pluma del maestro Lafora, suprema autoridad en estas cuestiones.

Psiquiatras, médicos generales, maestros, legistas y magistrados, todos encontrarán en sus páginas mucho que aprender.

Dedica el doctor Lafora unas breves páginas a describir la "Demencia precoz" de Kappelin o también la esquizofrenia de Bleuler, la parálisis general juvenil, los anormales afectivos, los perversos sexuales, etc.

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

PRIMER CASO DE GASTRO-ENTERO-COLITIS PRODUCIDA POR EL TYROGLYPHUS FARINAE

Por el Dr. **EDMUNDO ESCOMEL**

El 16 de Noviembre fuí llamado a atender a una enferma atacada de intensa gastro entero colitis, a la que encontré postrada en cama acusando intensos dolores en todo el tubo digestivo, con fatiga, náuseas, diarrea intensa, hipotermia, hipotensión arterial, gran depresión de fuerzas, orina escasa y oscura.

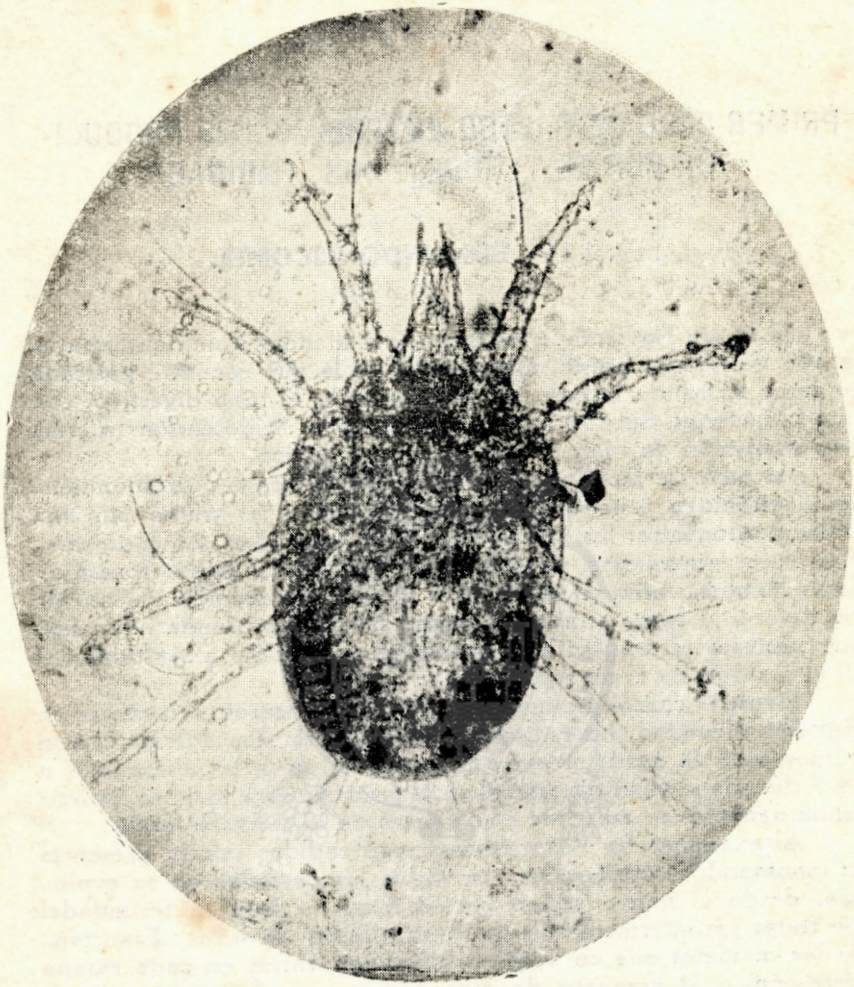
Al tacto se hallaban muy sensibles las zonas correspondientes al estómago, a todo el intestino delgado y al grueso, sin síntomas peritoneales; las evacuaciones eran repetidas, de color amarillo claro, no biliosas, no sanguinolentas y con escaso tenesmo. Estas cámaras variaron entre 5 y 7 al día, con recrudecimiento de los dolores y como síntoma culminante una profunda adimamia que necesitó el empleo de inyecciones de aceite alcanforado al 20% a razón de 5 cc. cada día.

Desde el cuarto día las inyecciones comenzaron a disminuir en cantidad y calidad, las náuseas desaparecieron, los dolores fueron aminorando de modo progresivo hasta volver a la normalidad a los 7 días de intenso tratamiento. A pesar de esta mejoría, la adinamia necesitó ser atendida con esmero en la convalescencia.

Al examinar las heces fuimos sorprendidos por la presencia de innumerables artrópodos en todos los períodos de su evolución, desde el huevo recién puesto hasta la hembra fecundada, con todos los intermediarios de desarrollo en los sexos. Eran tantos los animales que en veces se contaban varios en cada campo microscópico al aumento de 400 diámetros. Se trataba de un articulado cuyo huevo ovalar y con doble envoltura tiene entre 50 y 60 milésimos de milímetro; la ninfa hipogial llega hasta 200 micra. El macho alcanza 350 micra de largo, por 160 de ancho y la hembra ovígera tiene al rededor de 650 de largo por 320 de ancho.

El artrópodo posee un esqueleto quitinoso que lo recubre; su cuerpo consta de dos partes: el cefalotorax y el addomen. De él emergen 4 pares de patas; los dos primeros dirigidos hacia adelante y los otros dos hacia atrás. Estas patas pluriarticuladas se van adelgazando a medida que se aproximan a su extremidad, la que termina en gancho con el que se agarran fuertemente. Se desprenden pelos de las patas; otros más rígidos, mas largos e hirientes emergen del cefalotorax y del abdomen.

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



Tyroghyphus Farinea (Megnin)

La larva es exápoda, a diferencia del animal adulto que es octópodo.

La cabeza es piramidal, corta y desprovista de antenas. Su aparato bucal, robusto y bien conformado.

La forma del abdomen es ovalado en los machos y las larvas; mas voluminoso y redondeado en las hembras.

Ninguno de estos parásitos estaba vivo en las heces.

Por los caracteres señalados el animal en referencia se clasifica en el grupo de los Artrópodos; clase de los Arácnidos, orden de los **Acáridos**, familia de los **Sarcoptideos,** subfamilia de

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

los **Tyroglyfineos**, género **Tyroglyphus**, especie **Tyroglyphus farinae** (Megnin).

El Dr. Angel Maldonado describió este parásito hacen 10 años, habiéndolo encontrado en el azúcar "moscabada" de Lima, presintiendo su acción patógena intestino cutánea, pues en dos cucharaditas del azúcar pudo contar hasta 9,000 parásitos y como éstos poseen pelos rígidos hirientes y las secreciones intoxicantes propias de las aránidos, sus presunciones no sólo se hallan confirmadas por Monier, Castellani Brumpt y otros profesores extranjero, sino también por el caso que acabamos de relatar.

El **Tyroglyphus farinae** se halla en harinas averiadas, quaker descompuesto, azucar moscabada, ciruelas, guindas, pasas, almendras, quesos dañados, etc., y es de ver a los animales defenderse cuando se disuelve en agua una cucharadita de azúcar moscabada, tratando de evitar ahogarse, subiendo a lo largo de las paredes del vaso, haciéndose perceptibles a la simple vista por su número y su desplazamiento.

Nuestro caso fué ocasionado, según relato de la enferma, por la ingestión de pasas que no tenían aspecto de hallarse atacadas por el **Tyroglyphus**.

El parásito descrito es de tallo mayor que el que se ha encondo en algunas harinas del extranjero y aún en el azucar moscabada de Lima, quizá se deba esto a la naturaleza de su alimentación, o sea, pasas en lugar de harina.

Monier ha descrito las irritaciones cutáneas producidas en las manos de los obreros que trabajan con harinas parasitadas por estos arácnidos; escozor e irritación análogos en todo a los que experimentamos con el Dr. Maldonado cuando nos fricionamos las manos con **Sarcoptes scabiei var. auchenia**, los cuales perecen antes de 24 horas en la piel humana, o con arácnidos acabados de emerger de un capullo de la araña venenosa **Mastphora gasteracantoides** de los viñedos de Majes, de Chincha, o Ica y aún de Lima.

Por lo que hace al tratamiento, después de una eliminación de los parásitos por purgante no salino y mas bien aceitoso, se calma la irritación gastro intestinal con pociones anti-ácidas de Carbonato de calcio, Bismuto, opiáceos, dieta exclusiva de hidrocarbonados, usando bebidas emolientes, reposo, bolsa antiflogística abdominal permanente, inyecciones tónicas contra la adinamia profunda y vigilancia repetida de la sereción renal, por el efecto irritativo sobre el glomérulo que poseen algunos tóxicos emitidos por parásitos análogos al estudiado.

RESUMEN

1— La gastro entero colitis por ingestión de **Tyroglyphus** existe en Lima.

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

2— Se caracteriza clínicamente por náuseas y dolores gastro-entero-cólicos, con cámaras repetidas de reacción fuertemente ácida.

Durante el curso de la enfermedad, se desarrolla Adinamia profunda.

4— El diagnóstico solo puede establecerse por la comprobación de los **Tyroglyphus** en las heces.

5—El tratamiento estriba, ante todo, en la eliminación de los parásitos por purgante no irritativo, especialmente por la ingestión de 150 a 200 gramos de vaselina líquida, por la desinflamación laudanizada consecutiva, régimen hidrocarbonado exclusivo y reconstituyente de las fuerzas perdidas.

6— Los **Tyroglyphus** actúan tanto por acción de presencia, cuanto por los venenos irritantes que estos arácnidos poseen.

7— Esta comprobación puntualiza un nuevo párrafo en el complicado capítulo de los trastornos digestivos de la capital peruana.

SEGUNDO CASO AUTOCTONO DE FIEBRE EXANTEMATICA OBSERVADO EN LIMA

Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina

Por los Drs. JUAN VOTO BERNALES y CARLOS A. BAMBAREN

Es innegable el interés que prestan numerosos investigadores al estudio de los procesos morbosos febriles exantemáticos, pudiendo afirmarse que en la actualidad, pasado el trabajo tesonero de Noguchi sobre la fiebre amarilla, solo el estudio de las Brucellosis iguala al de las Rickettiosis.

En nuestra América, San Pablo y México, rivalizan con Túnez, el Centro Africano de donde salieron en los primeros lustros de este siglo las mas notables investigaciones sobre el tifus.

La doctrina clásica, sostenida entre nosotros, que el tifus exantemático es propio y exclusivo de nuestra sierra, se ha mantenido como verdad irrefutable. Solo el año pasado Carlos Monge presentó un caso de esta enfermedad, adquirido o autóctono de Lima.

Hoy agregamos una segunda observación, semejante a la anterior, que intitulamos **fiebre exantemática,** en vista de las particularidades que ha ofrecido el enfermo .

El caso es el siguiente:

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

Isidro S. de 48 años de edad, ingresa a la sala Odriozola del Hospital "Dos de Mayo" el 19 de junio de 1934.

Lugar de nacimiento: Ica.— Procedencia: Lima.

Tiempo de enfermedad: 12 días.— Ocupación: sastre.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: Grippe— Neumonia— Paludismo. No ha tenido verruga.— Niega enfermedades venéreas.

En los últimos años no se ha movido de Lima, ni aún de paseo. Vive en la calle Penitencia. Hace seis meses estuvo alojada en su casa, durante cuatro días, una señora en estado de embarazo, procedente de Lauca (cerca de Chosica).— Niega otro contacto con personas procedentes de la sierra.

Su mujer viva, es sana; ha tenido cuatro hijos vivos y sanos. Ningún hijo ha muerto. No ha tenido abortos.

Enfermedad actual: Hace doce días, estando en condiciones de aparente salud y cuando iba a comenzar su trabajo, siente escalofríos, a los que sigue fiebre continua (39°5.—39°7) y cefalalgia que persiste hasta la fecha. No acusa náuseas, ni vomitos. En los días sucesivos obnubilación del sensorio, delirio e insomio. No suda. Constipación algunos días y otros, 1 cámara al día. Anorexia. Bastante sed. No acusa otros síntomas fuera de emitir Orina de color oscuro.

Se le diagnostica en la calle Grippe.

Ingresa con exantéma distribuído en toda la superficie del cuerpo, de cuya aparición no se ha dado cuenta. Tiene hipo frecuente y adinamia. No se queja de dolores.

Exámen clínico: 20 de junio de 1934.

Desarrollo: Proporcionado. —Actitud: Decúbito dorsal activo. Estado de la nutrición: buena.

Facies característica: Estuporosa (facies tífica).— Adinamia.

Piel y ciatrices: Exantema generalizado, constituído por máculas rojizas que no desaparecen por la presión, no muy aisladas unas de otras, confluyendo algunas.

Tipo morfológico: picnico.

Cráneo — Mesocefálico.— No hay exantema en la cara.

Cuero cabelludo.— Bien implantado. — Grandes entradas fronto-parietales. Ligera calvicie en el occipuccio.

Ojos.— Con motilidad normal.

Párpados: En la mucosa palpebral se aprecian tres puntitos rojos, semejantes a las manchas que Libman ha señalado en la endocarditis de evolución lenta.

Conjuntivas: hiperhémicas.—**Visión:** Buena.

Pupilas.— Ligera miosis.

Conjuntivas: hiperhémicas.— **Visión:** Buena.

Boca: Seca.— Saburra en el centro de la lengua.— Aliento de mal olor.— No se aprecia nada particular en las paredes de la boca. No hay signo de Koplik.— No puede sacar la lengua completamente.

Dientes: en no muy buen estado de conservación.

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

Olfación: Dice que no percibe bien los olores.
Audición: Hipoacusia.—Acufenos.
Cuerpo tiroides: No se palpa.
Axilas: Secas.— **Sistema piloso:** Escaso en el tórax.
Pulmones: Normales.
Tipo respiratorio: Abdominal.— Tos y espectoración: No hay.
Pulso: Pequeño, regular, depresible, 120 pulsaciones por minuto.
Corazón: Tonos apagados.— Taquicardia.
Sistema linfático: No se palpan ganglios superficiales, ni abdominales.
Abdomen.— Aspecto general: Abovedamiento constitucional.

Palpación: nada notable.— Percusión: Timpanismo. Al presionar el punto epigástrico se provoca hipo. No se palpa el hígado; el límite superior se ncuentra entre la 5a. o 6a. costillas.

No hay dolor cístico. Espacio de Traube: Ocupado por el Bazo, según lo comprobó la percusión. Hay anorexia y constipación desde hace tres días.

Orina en regular cantidad, de coloración oscura.

Adinamia que le dificulta sentarse en la cama.

Reflejos abdominales abolidos, lo mismo que los Cremasterianos.

Reflejos rotulianos, disminuídos.

Hay Hipo expontáneo y provocado.

Se da cuenta de lo que se le dice, pero las respuestas son con alguna dificultad en la expresión.— Se aprecia obnubilación del sensorio.

Insomnio.— El delirio es onirico.

La evolución y tratamiento fué el siguiente:

20 de Junio.— Investigaciones solicitadas: recuento celular, hematozoario de Laveran.— Hemocultivo.— Reacción de Mooser.— Reacción de Weil-Félix con Proteus X 19.
Tratamiento: 1 gramo de adrenalina por vía oral, tres veces en 24 horas. Purgante.

21 de Junio.— El estado general ha empeorado.— Adinamia.— Hipo frecuente.— Obnubilación del sensorio.— 40 resp. al minuto.— Tos ligera.— Pulso 140 por minuto. 38o2.-1 deposición.— Oliguria. Ataxia lingual.— El exantema se ha hecho mas intenso.— Adrenalina 1 gr. tres veces en el día.

22 de Junio.— Pulso muy depresible, muy pequeño, casi incontable a causa de su poca tensión (se cuentan más

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

o menos 152 pulsaciones). — Disneico (44 resp.) Cianosis de la cara y de las uñas. Sideración profunda.— Tonos del corazón apagados. Lengua ligeramente húmeda, saburral.— El sujeto tiene el psiquismo alterado, aunque entiende lo que se le pregunta.— El hipo frecuente y cierta dificultad en la expresión, le impiden contestar bien a las preguntas.— Suda. Abdómen mas abovedado.— Timpanismo.— El exantema ofrece mayor intesidad, algunas máculas son de color negrusco.— Ligerísimo edema en las piernas.— No hay tos.— Oliguria.—Ligero trismus.—Deliró la noche anterior. Hay obtusión mental.— Estupor.— Indiferencia.— Estertores crepitantes, diseminados, finos de base a vértice en el pulmón derecho; en el lado izquerdo en menor cantidad.— Ataxia lingual.— Tratamiento: suero glucosado por hipodermoclisis 500 gr.; Digitalina XXV gotas n'm. Poción: Citrato soda. Extt. fl. quina y kola.

La tensión arterial, apreciada en este estado que puede calificarse de preagónico, fué: Mx. 12. -Mn. 8. — Ind. 2.

A las 11 y 30 a. m. entra en gravedad y cae en coma.—Expele por la boca saliva espumosa y fallece a hs. 2.50 p. m. del día 22 de Junio, es decir, a los 4 días de su ingreso al servicio.

Las investigaciones de Laboratorio, fueron las que siguen:

Análisis de orina.— Lo único anormal fué urobilina, descubierta por medio del análisis espectral, cilindros granulosos escasos y algunos leucocitos.

Análisis de sangre.— El dosaje de urea practicado el mismo día del fallecimiento, arrojó la cifra de gr. 2.29 por mil.

La reacción aglutinante con el Proteus x19, procedente de Santiago de Chile, dió resultado negativo.

El hemocultivo, fué, igualmente negativo.

Las reacciones aglutinantes con bacilo de Eberth y paratíficos, fueron igualmente negativas.

El recuento celular comprobó: Hematíes 4.440.000.— Leucocitos 7,100.— Polinucleares neutrófilos 88%.— Monocitos 2%.— Linfocitos 10%.— El hemograma demostró que predominaban los polinucleares segmentados en proporción de 53%, que había neutrofilia con fuerte desviación regenerativa, Aneosinopenia, Linfopenia y Monopenia.— Se encontraron también Células de irritación 1%.

La inyección intratesticular en un cui, de sangre proveniente del enfermo, no dió reacción de Mooser.

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

La autopsia realizada el 23 de Junio suministró los siguientes datos:

Aspecto general: Líquido sanguinolento por las fosas nasales. Livideces cadavéricas. Facies cianótica. Manchas equimóticas acentuadas en el cuello, miembros superiores y dorso del tronco, donde han reemplazado al exantema. El exantema de la cara anterior del abdomen y piernas casi no se aprecia. Pupilas midráticas. Panículo adiposo abundante.

Abdomen: Abovedado, timpánico. Asas intestinales distendidas por gases. No se aprecian anormalidades. **Vejiga:** no distendida (poco antes de morir se le hizo cateterismo para análisis de orina). **Bazo: grande y friable.** Al corte: anémico. **Hígado y vías bíliares:**— Vesícula retraída, pequeña esclerosada. No hay adherencias. Contiene un cálculo grande. El color del hígado es ligeramente rosado. Al corte: anémico; friable.— **Ganglios mesentéricos:** no se aprecian. Riñones: en las celdas renales se encuentra una gruesa capa de grasa. Las cápsulas de ambos riñones tienen infiltración grasosa. Riñones de tamaño normal. Al corte: no se aprecia particularidad alguna. Las cápsulas suprarenales se han fundido en medio del magma adiposo del polo superior del riñón.

Tórax — Pulmones: el derecho con ligeras adherencias a la pared. Congestionado de vértice o base (hepatización roja). Al corte ofrece resistencia. Pulmón izquierdo congestionado en su lóbulo inferior, sin adrerencias.

Corazón: algo aumentado de volúmen; en sístole; no ofrece lesiones macroscópicas de miocarditis.

Sistema nervioso:— Meninges con vasos ingurgitados. **Cerebro:** la superficie del cerebro aparece fuertemente congestionada. **Cerebelo:** congestionado. Al corte: los hemisferios cerebrales sembrados de un punteado hemorrágico. Se aprecia pequeños coágulos, inmediatamente por encima de los tálamos ópticos y a nivel de los núcleos de la base. En el cerebelo, se aprecia igualmente al corte, un punteado hemorrágico. Se hizo frotis del hígado, bazo, riñón y cerebro y de líquido céfalo raquídeo, sin que el Laboratorio del Hospital haya comunicado los resultados de las investigaciones miscroscópicas.

Se remite al Laboratorio, para su examen histopatológico, las siguientes vísceras: cerebro, riñón, hígado y bazo.

Es indudable que el enfermo ofreció un cuadro morboso, en el cual predominaron los siguientes síntomas: fiebre, exantema maculoso y obnubilación mental.

La fiebre fué permanente desde que ingresó al Hospital, descendiendo el día que se agotó el poder defensivo de su organismo al fallecer.

El exantema revistió caracteres maculosos; las máculas a medida que los días trascurrieron, cambiaron de color; de rojas que fueron al principio, se tornaron luego de color de vino, llegando algunas a presentar un tinte negrusco,

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

La obnubilación mental fué evidente. En los dos primeros días el enfermo podía suministrar datos personales y enumerar la evolución cronológica de su enfermedad; después se exteriorizó confusión mental, que en las noches se acompañaba de delirio y por último fué imposible que respondiese al interrogatorio, pues, sus contestaciones mas que con palabras se hacían con gestos y ademanes, es decir, que el lenguaje superior fué reemplazado con la expresión mímica.

En el día que precedió al deceso, la indiferencia, el estupor, eran las manifestaciones con las cuales mantenía su contacto con los demás, si esta forma negativa puede servir de medio de conexión con el ambiente; por lo menos era la exteriorización de su obtusión mental.

Como se ha dicho las aglutinaciones con el Proteus X 19, cepa de Santiago de Chile, resultaron negativas, los mismo que el infarto testicular del cuy inoculado con la sangre del enfermo.

Por todos estos hechos el caso referido se diagnosticó como de **fiebre exantemática,** nombre consagrado por Pierí con la publicación de su libro el año pasado en París.

La denominación es feliz, porque no prejuzga nada y permite mantener las ideas ortodojas que dominan entre nosotros sobre la no presencia del tifus exantemático en la costa del Perú.

En efecto, fuera del caso de Monge y del nuestro, no se ha registrado en el Perú, casos de fiebre exantemática, autóctonos de Lima o de la costa.

Las comprobaciones de Weiss que han demostrado la presencia en el cerebro de las ratas de Lima, del Virus murino, permite, sinembargo, sospechar que sea posible la aparición de casos de tifus de ese orígen en los habitantes de nuestra capital.

Cada día se demuestra mas la frecuencia con que el virus exantemático vive en las ratas. Bruynoghe y Jadin aislaron de un lote de ratas capturadas en un vapor que procedente de Alejandría llegó a Anvers, un virus que ofrecía los caracteres del tifus murino (Societé Belge de Biologie— 29 de Abril de 1933). En Casablanca, Noury, Blanc, Baltazard y Fischer, pusieron en evidencia el mismo virus en las ratas de esa ciudad. Brumpt, sostiene que en París existe el virus murino, no obstante los resultados negativos que Ch. Nicolle, ha alcanzado en sus investigaciones; se basa para ello en las comprobaciones de P. Lepine, quien ha demostrado que en Atenas las ratas presentan el virus del tifus exantemático murino, en ciertas épocas y en otras nó. Según este autor el tifus murino, es una epizootia epidémica, que produce inmunidad en los animales que la sufrieron; para que la epidemia reaparezca es necesario que sean numerosas las ratas no inmunes de las nuevas generaciones. Durante el período interepidémico, las pulgas conservarían el virus y no podría demostrarse la presencia del virus en el cerebro de las ratas.

Elena Sparrow sostiene que la trasmisión de rata a rata, del tifus murino de Méjico, sólo puede explicarse por la

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

intervención de las pulgas, ya que cuando se ponen en contacto ratas sanas y ratas infectadas, muertas o vivas, el virus pasa a las sanas como lo comprueba la presencia de aglutininas específicas en la sangre, que aparecen como si se hubiesen hecho inoculaciones con ese virus en la cavidad peritoneal de esos roedores.

Todos estos hechos de la patología animal, permiten afirmar que es posible observar casos humanos de tifus exantemático en ciudades donde no existe el piojo blanco, trasmisor indiscutible de la enfermedad, desde las experiencias de Ricketts.

Los casos humanos de estas localidades serían de tifus producido por el virus murino.

La falta de las reacciones biológicas, podrían hacer pensar en que es inexacto el diagnóstico del caso estudiado.

En efecto, la sangre del enfermo no aglutinó al Proteus X 19, ni determinó el fenómeno de Mooser, pero la negatividad de las reacciones puede explicarse pensando que la familia Proteus de Félix es muy numerosa y que existen variedades diagnósticas regionales. El Proteus X 19, utilizado para su aglutinación por el suero del enfermo, provino de Santiago de Chile, donde se cultiva el Proteus del Virus del tifus exantemático clásico, por eso tal vez, no fué aglutinado por el suero de la sangre del enfermo observado.

Se puede, acaso, explicar la ausencia del fenómeno de Mooser, teniendo presente que todas las inoculaciones con virus de tifus exantemático, no son positivas en cuanto a las reacciones que producen; muchos animales no exteriorizan los síntomas del tifus después de la inoculación, pero son capaces, sinembargo, de infectar a otros animales, cuando se efectúan inoculaciones en serie, se dice en estos casos que la reacción ha sido inaparente.

Los casos de tifus inaparente no pertenecen exclusivamente a la patología experimental, son también del dominio de la patología humana.

Afanassieva y Tretjak de Kiew, al estudiar una epidemia de tifus en un Hogar Infantil, han comprobado que la reacción de Weil-Félix era positiva en muchos niños sanos, que vivían en la Institución donde se desarrolló la epidemia y en otros antes de exteriorizar los síntomas de la dolencia. Además, en aquellos que no tuvieron la sintomatología del tifus, hubo un grupo de 22 sujetos en los cuales la aglutinación del Proteus X 19, repetida varias veces, comprobó que a medida que los días pasaban las aglutinaciones aumentaban su título aglutinante; de 1/50, llegaron a 1/800 a los dos meses de seguirse la observación. Estos casos eran evidentemente de infección inaparente, pues, con su sangre, Afanassieva y Tretjak, lograron producir tifus experimental en cuyes, conservando el virus poder patógeno que fué disminuyendo, poco a poco, en el curso de pasajes en serie. Estos autores sostienen que los seres humanos afectos de infección inaparente, son "portadores de virus" sólo durante tres semanas.

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

RESUMEN

1o.— Se presenta el segundo caso autóctono de fiebre exantemática comprobado en la ciudad de Lima.

2o.— El caso fué grave; terminó con la muerte.

3o.— Las reacciones aglutinantes con un Proteus X 19, procedente de Santiago de Chile, donde reina el tifus clásico, fueron negativas.

4o.— También fué negativa la Reacción de Mooser (Reacción de Mooser inaparente?)

5o.— Como en Lima se ha comprobado la presencia de virus exantemático murino en las ratas (Weiss), es posible calificar el caso descrito como de Fiebre Exantemática, producida por virus murino y trasmitido por pulgas.

LA FRENICECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

(Continúa)

Por el Dr. O. HERCELLES GARCIA

COMO ACTUA LA FRENICECTOMIA Y CUALES SON LAS CONSECUENCIAS ANATOMOCLINICAS QUE PRODUCE

Se ha creído que la frenicectomía y el neumótorax actuaban de la misma manera, no habiendo una diferencia de naturaleza sino de grado; pero con los conceptos fisio-mecánicos de Parodi, ha tenido que convenirse, que hay una verdadera diferencia en la acción, aceptándose que en el neumotórax se reduce la distención estática, mientras que en la fenicectomía se actúa sobre la distención dinámica; en la frenicectomía se suprime esencialmente la expansión inspiratoria, obteniéndose así, la detención dinámica; se produce solo ligera detención estática, dependiente de la ascención del diafragma, que es muy variable y se influye sobre el trofismo del pulmón.

J. Carle, ha hecho ver claramente que cuatro fuerzas actúan sobre el diafragma; dos a dos en sentido opuesto, manteniéndose así el equilibrio entre ellas; ellas son, de una parte, el tono diafragmático y el peso de la masa abdominal, que actúan de arriba abajo; y de otra parte la elasticidad pulmonar y el tono de las vísceras abdominales, que se trasmite por intermedio

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

de la masa abdominal y su contenido gaseoso, llevando hacia arriba la cúpula diafragmática. Ahora bien, al hacerse la frenicectomía, el tono muscular del diafragma se pierde, y deja entonces de existir este equilibrio.

F. Dumarest y F. Lefevre para darse cuenta, del mecanismo como la frenicectomía, paralizando el diafragma, modifica las condiciones estáticas del pulmón, reflexionan sobre la manera como un hilo elástico respondería a la tracción sobre una de sus extremidades, y tratan luego, de relacionarla con lo que pasará con el pulmón en la frenicectomía, y dicen, que así como la tracción ejercida sobre una de las extremidades, se trasmite hasta la opuesta, en la frenicectomía la atracción vertical del diafragma, repercute sobre el vértice del pulmón y la base, y de ahí su eficacia tanto en las lesiones de base, como del vértice. La tensión no se trasmite íntegramente de una extremidad a otra del hilo elástico, si éste es muy largo sus efectos se agotan progresivamente y no llegan a hacerse sentir en la extremidad opuesta; la tracción ejercida sobre una de sus extremidades trasmitidas hasta el otro extremo, en caso de ser el hilo corto, se deja sentir, pero disminuída, pues hay que restarle la fuerza absorbida por la resistencia a lo largo del hilo. Esta última noción, es también aplicable al pulmón y de aquí que se deje sentir mejor esta fuerza en el centro del pulmón que en la periferie, pues en ésta última, es frenada mayormente por los músculos expiratorios.

Como el pulmón no es una superficie lineal sino un volúmen elástico, tendremos que convenir, que las fuerzas de tracción o de presión que se ejerzan, actuarán trasmitiéndose según las direcciones ortogonales que constituye el block pulmonar. Según Lefevre, al pulmón es un rombo, al realizarse una tracción en dirección vertical, se produciría una tracción tanto en este sentido, como en la dirección trasversal. La frenicectomía al soltar el pulmón de la atracción diafragmática permite la retracción de una lesión ulcerosa, no solo en el sentido vertical, sino en todas las direcciones, a condición si, que ella esté rodeada de una cantidad suficiente de parénquima elástico sano, en sus diferentes caras.

El resultado inmediato mas aparente a la frenicectomía es la inmovilización y ascenso del diafragma.

La ascención del diafragma, que puede afectar modalidades diversas, está dada por la intervención de la caja toráxica, y de la presión abdominal, y así tenemos:

A)— **Teoría de la atracción intra-toráxica.**— F. Mas, partiendo de las ideas de Parodi, sostiene, que la elasticidad pulmonar está regida por dos fuerzas antagónicas, y que es la tensión de constitución, que está en estrecha relación con la resistencia del continente, que hará elevar el músculo atónico hasta que esta tensión quede satisfecha, no observándose esto, hasta que no haya una retracción total del pulmón. Según esta teoría, el

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

grado de colapso será tanto mayor, cuanto mayor sea el poder de esclerosis cicatricial retráctil. Si el pulmón está sano, el hemidiafragma no sube después de la frenicectomía, pues el equilibrio se mantendrá, gracias a las dos fuerzas existente, que son, la una, la elasticidad de retracción, y la otra, la de distención; si el pulmón está enfermo, hay la pérdida de la capacidad de distención y aumento de la capacidad de retracción, que influirá cualquiera que sea la topografía de la lesión pulmonar.

Trouya y Magni, hacen ver que en algunas formas de tuberculosis pulmonar, la fuerza retráctil se encuentra aumentada, manteniéndose el equilibrio tóraco-pulmonar, gracias a que la pared toráxica cede, teniéndose así los casos que se presentan en los fibro-tórax, donde se ve desplazamientos del mediastino con acercamiento e imbricación en muchas veces de los arcos costales, produciendo la disminución muy marcada de la capacidad toráxica, debido a que la caja toráxica se ha visto obligada a reducir su perímetro para alojar a ese pulmón que se ha vuelto mucho más pequeño. El proceso retráctil que tiene a cerrar las lesiones, se ve favorecido por la frenicectomía.

F. Dumarest y P. Lefevre afirman que en los casos de lesiones fibrosas o lesiones densificadas extensas, en que ha habido, ya antes de la frenicectomía una ascensión amplia del diafragma ésta produce una nueva ascención, si se conservaban los movimientos diafragmáticos.

Luego, dicen, que si la ascención del diafragma es el resultado mas aparente de su parálisis, no es el único. Un hecho secundario importante, es el descenso de las costillas inferiores y el estrechamiento de la base del tórax, produciéndose así a este nivel, una detención en todas las direcciones con el consiguiente reposo de las lesiones del lóbulo inferior. Esta detención no queda localizada solo a la base, sino que se extiende a todo el pulmón, conforme ya lo ha demostrado Parodi, es decir, siguiendo todas las direcciones. Desgraciadamente esta detención no es siempre durable al nivel del torax superior, allí, el movimiento de expansión costal, tiende a exagerarse después de la frenicectomía en ciertos casos, explicable esto, teniendo en consideración que en el pulmón se operan normalmente dos fuerzas contrarias, una en la base que va hacia abajo, y otra en los vértices que se dirige hacia arriba y afuera, estando compensadas al estado normal; mas la supresión en la frenicectomía de la fuerza de la base que, se dirige hacia abajo, hace que las fuerzas antagónicas se ejerzan de manera más eficaz. Es conforme a esto, que Dumarest y Lefevre, hacen ver la importancia capital del papel de las adherencias pleurales en el resultado de la frenicectomía para las lesiones del lóbulo superior: y así dicen que la existencia antes de la operación, de una sínfisis apretada se opondrá en cierta medida a la dilatación post-operatoria del segmento superior y será, por lo tanto, favorable al éxito terapéutico; en cambio si esta

Universidad del Perú. Decana de América

sínfisis se produce solamente en los meses que siguen a la operación, ella fijará el lóbulo pulmonar en expansión, haciendo, en caso que las lesiones sean de vértice, que el traumatismo inspiratorio sea llevado al máximo y el resultado de la frenicectomía no habrá sido sino disminuir la función de una base sana y aumentar el traumatismo a nivel de la lesión.

Los mismos autores distinguen los efectos de la frenicectomía en los torax alargados y estrechos y en los anchos y cortos en que a veces por sus características acentuadas hacen que la mecánica sea diferente en cada uno de ellos, sosteniendo que en los enfermos de torax largo, en que la excursión diafragmática es amplia, la parálisis será seguida de una detención elástica importante; en cambio, en los torax anchos y cortos la respiración costal es a menudo predominante, siendo el diafragma casi inmóvil, debiendo en estos sujetos esperarse un resultado menos eficaz de la frenicectomía. Con este último argumento ellos afirman, que en las mujeres, en las cuales la respiración costal predomina sobre la diafragmática de una manera evidente, las modificaciones que origina la frenicectomía en la mecánica respiratoria, serán menos importantes, pues, dicen que en las mujeres la función dinámica del diafragma no existe, obteniéndose por lo tanto solo una detención estática mas o menos pequeña por la ascención del diafragma, detención esta incapaz de modificar de manera eficaz, el régimen de tensiones elásticas del pulmón; y como la frenicectomía actúa sobre todo por la detención dinámica, la eficacia será en estos casos muy relativa.

B).— **Intervención del abdomen.** — Lefevre dice, que el empuje abdominal es muy variable, y que habiendo con Bernou medido las presiones intra-rectales, que varían con el tono de la pared abdominal, la conformación de los sujetos y sobre todo con la posición vertical u horizontal, siempre ha obtenido presiones positivas; haciéndose sin embargo la pregunta de ¿si no es probable que al nivel del diafragma, la presión pueda ser negativa en la posición de pié? equilibrándose así al estado normal, la atracción toráxica, y oponiéndose a la ascención del diafragma.

Bernou, Signerelli, Sayago, Lewis y otros, sostienen, como valor fundamental la presión abdominal; en relación con estas ideas, Signerelli recomienda regímenes copiosos a base de alimentos fermentescibles para aumentar la tensión abdominal por los gases intestinales; Bernou y Sayago, recomiendan usar fajas neumáticas abdominales, idea ésta que comparte Dumarest, para las enfermas en que hay relajamiento de la cintura muscular. También hay quienes indican posiciones en cama especiales después de la frenicectomía, para los enfermos, sobre todo, de paredes musculares flácidas e hipotónicas; y esta recomendación la hacen desde que Berthou, en 1925, dijo que la aparente falta de ascención del hemidiafragma, con magníficos resultados clínicos, era quizá imputable a que el exámen se hace en posición vertical,

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

impidiéndose así, en muchos casos, ver la ascención real, la cual era manifiesta al tomar la posición horizontal, y así teniendo en cuenta que en la cura del enfermo, la cama y el "chaisse longue", son momentos prolongados en su vida diaria, se explicará que el diafragma está ascendido en la mayor parte del tiempo.

Félix y Mattei, citan el caso de un enfermo operado en Leysin en 1929, sin obtener casi resultados favorables un año después, en el cual la cura de declive instituída en el segundo año, hizo desaparecer una lesión ulcerosa con expectoración bacilífera a los pocos meses.

La argumentación teórica en que se basa esta recomendación para la posición declive, está fundada de una parte, en que ella hace pesar las vísceras abdominales sobre un diafragma inerte e inamovible; y por otra parte en la compresión que ejercerá sobre la pared osea y el mediastino, que se opondrán así a la expansión pulmonar, reduciendo al mínimo la capacidad del hemitórax y el volúmen del pulmón.

Dumarest, Desjacques, Berard, Gómez, Trudeau y otros recomiendan la posición declive en que los miembros inferiores están colocados unos 25 cm. mas arriba que el resto del cuerpo, diciendo que así se ejerce una mayor presión. Esta recomendación declive, no es aceptada por Lavendier y Jasienski, quienes dicen que si de la posición vertical a la horizontal se obtiene efectos mejores, no se gana nada de la declive a la horizontal; y para aseverar sus puntos de vista, presentan un enfermo que tenía a la vez un neumotórax de la base y una parálisis hemidiafragmática, en el que se han hecho las medidas comparativas de la presión gaseosa en las diversas posiciones, y así, la posición horizontal había influenciado la presión intra-pleural de menos 2 a más 8, pero esta presión de mas 8, a consecuencia de una inclinación de 25° no había pasado a mas 9, mientras que la posición vertical la redujo a cero.

Modificaciones de la función del pulmón.— Una reducción inspiratoria, es, para algunos, la consecuencia mas eficáz de la frenicectomía, pues ella permite poner en descanso un órgano que está en constante función, evitando así una de las causas fundamentales de la gravedad de la tuberculosis pulmonar. Por otra parte, el relajamiento del eje vertical, que conduce a una paralización en todas las direcciones, explica el éxito del caso presentado por Morín, en que un enfermo que tenía una gran caverna que se mantenía abierta por una gruesa brida, curó rápidamente después de la intervención.

Modificaciones de volumen del pulmón.— La elevación del diafragma lleva consigo una disminución consiguiente del pulmón correspondiente, que va acentúandose consiguientemente con la elevación progresiva del diafragma y con la acción retrác-

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

til del tejido pulmonar; lo que se comprueba clínicamente porque la inspiración se hace por la parte superior del tórax, y el abdomen no refluye sino que es mas bien aspirado en este tiempo, el murmullo vesicular disminuye y radiológicamente se comprueba la desaparición de la sombra pulmonar. Ahora, en lo que a la reducción del pulmón se refiere, ella varía de sujeto a sujeto, oscilando entre 1|6 a 1|4.

Modificaciones de la circulación del pulmón.— La reducción funcional respiratoria lleva a una reducción de la circulación sanguinea y linfática, que explica así los buenos resultados de la frenicectomía como hemostática. Siguiendo la ingeniosa hipótesis de Richaelli de Milán, diremos que los felices efectos del método colapsoterápico, se deben por una parte a que la corriente linfática vectora de diseminacionces bacilares, es influenciada en sentido inverso a su dirección natural, pues, la inspiración que lleva a la diseminación de lesiones alrededor de la región hiliar, al ser paralizada por la frenicectomía, se consigue hacer otro tanto paralizando igualmente esta diseminación, siendo tanto mas radical, cuanto esta supresión sea lo más completa.

Bruns, Schizno-Kuma y P. Courmont, en sus estudios de la circulación sanguínea en el curso de la colapsoterapia por el neumotórax sostienen que la velocidad de la corriente sanguínea, está en razón directa del volumen ocupado por el pulmón, y que está disminuida en razón del grado de colapso. Otros, sin embargo, sostienen que a la frenicectomía sigue un estado congestivo del pulmón y que es el factor del éxito terapéutico, pues ella produce una extravasación de suero y glóbulos sanguíneos en los alveolos y tejido intersticial, que contribuye a la esclerosis de las lesiones; queriendo aseverar este punto de vista, presentando los casos de hemorragias comprobadas después de la frenicectomía. Sergent, dice que se produce un éxtasis de la mecánica circulatoria, que está en relación con un refluio de los gruesos troncos venosos o con modificaciones vaso-motrices originadas por el arrancamiento de los filetes simpáticos. Belli dice que la excitación del cabo distal del frénico del cuello, mientras no modifique en nada la presión arterial del gran círculo, determina pocos segundos después una disminución del volúmen del pulmón, que se prolonga durante augún tiempo hasta la cesación del estímulo para ir después hacia un lento y gradual retorno al volúmen normal.Pero él dice que sin embargo de la realidad de esta experimentación, no es posible asegurar con certeza si el pulmón sufre modificaciones de volúmen, enseguida que se corta el frénico; habiendo mas bien que invocar, la vasodilatación del parénquima pulmonar, como una de las causas de los beneficios terapéuticos de la frenicectomía.

No podríamos terminar este punto, sobre las modificaciones que se operan en la circulación del pulmón, sin antes decir que la frenicectomía produce alteraciones manifiestas en el dominio del aparato circulatorio, cuya naturaleza no está todavía bien precisa-

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

da; y que Parodi, ha demostrado que cada hemidiafragma es adherente a una u otra aurícula, que se dilatan a cada descenso de él. produciendo modificaciones que no son las mismas en la frenicectomía que en el neumotorax, y diferentes, igualmente, según el lado operado.

Modificaciones de orden nervioso.— Ellas se operan por la obligada simpatectomía que lleva el arrancamiento del nervio.

Bonafé en su contribución al modo de acción de la frenicectomía, hace valiosas adquisiciones de interpretación, en lo que al papel del sistema simpático se refiere, y que vamos a tener en consideración en esta exposición.

La frenicectomía va acompañada de arrancamiento de fibras simpáticas, a punto que provoca en ciertos casos, el síndrome de Claudio Bernard Horner; alteraciones vaso-motoras en los miembros superiores, en el cuello y la cara, seguidas algunas veces de edema y que ha sido observada especialmente por Cordier; habiendo éste y Jacques, querido relacionar la presentación de estas alteraciones— pasajeras por lo demás— con un mayor éxito terapéutico de la frenicectomía, diciendo que estas sirven, en muchos casos, para presumir una excéresis bastante importante de filetes simpáticos, que contribuirán a una mejor acción terapéutica.

Bonafé dice que la excéresis de las fibras simpáticas, tiene consecuencias pulmonares directas sobre la acción circulatoria vaso-motriz, secretoria y trófica, explicando así el hecho de que en algunos enfermos rápidamente y sin mayor ascenso ni inmovilización del diafragma, se hayan obtenido resultados favorables sorprendentes, y que hacen ver que no eran debidos a la acción mecánica de la frenicectomía. Dice también haber podido observar después de la frenicectomía pousse congestivas o edematosas de la base del pulmón; lo mismo que brotes evolutivos a nivel de las lesiones, tomados por pleuresía y crisis de asma típica; explicando estas complicaciones por un desequilibrio vago-simpático, desencadenado por la simpatectomía concomitante, que ha sido llevada a cabo con la frenicetomía; habiendo en algunos casos llegado a ser fatal este desequilibrio vago-simpático, como lo aseveran Berard, Dumarest y Desjacques, queriendo explicarlo como una excesiva excéresis simpática.

Curiosa es una observación que presenta Bonafé, que le sirve para demostrar practicamente la doble acción de la frenicectomía, o sea la mecánica y la nerviosa, y que vamos a reproducirla dentro de este trabajo. Un enfermo al que se le ejecuta una frenicectomía y que no ha sido seguido ni de parálisis ni de elevación del diafragma, pero en el que se ha obtenido todos los resultados clínicos de una eficaz frenicectomía, y que aún ha presentado inclusive disnea post-operatoria; indica Bonafé que tres meses después que se practicó una nueva exploración operatoria, para constatar si se había extirpado el frénico o no, comprobóse entonces que el nervio no había sido tocado en la anterior in-

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

tervención, haciéndose de inmediato una frenicectomía real, sin obtenerse posteriormente ninguna acentuación ni otro resultado clínico benéfico, consiguiéndose solo la ascención e inmovilización del diafragma. Este hecho, le sirve para ver e interpretar que en el primer caso se actúó sobre un grueso filete anastomótico con el simpático, y que hizo así sentir su acción benéfica sobre el enfermo por la simpatectomía; haciéndose la pregunta, si el efecto benéfico fundamental de la frenicectomía se deberá principalmente a la simpatectomía que lleva consigo la excéresis del nervio.

(Continuará)

Cátedra de Criminología
Profesor Dr. Carlos A. Bambarén

ESTUDIO DEL NIÑO EN ESTADO DE PELIGRO

(Continuación)

Por el Dr. JULIO ALTMANN SMYTHE

Viviendas estrechas y antihigiénicas. — Gran verdad la formulada por Nauman: "La historia de los pueblos ha de decidirse en las habitaciones de los niños".

Porque, en realidad, la habitación, la vivienda, en forma directa o indirecta, influye en la plasmación física y espiritual del niño. Es regla inobjetable, casi sin excepción, que de habitaciones estrechas y anti-higiénicas no podrán esperarse resultados satisfactorios para el desarrollo normal, tanto físico como espiritual, del menor que allí vive. Y estas generaciones anormalmente desarrolladas, por razón natural, han de traer miles de complejos problemas de difícil solución a los gobiernos, los cuales, por incapacidad o decidia, esperan que el tiempo, con su trascurrir eterno, los resuelva de cualquier modo, sin pensar que en realidad lo que sucede es que estos graves y trascendentales problemas se hacen cada vez más complicados y su solución se aleja, por cada día que pasa, aún más.

Nuestras clases pobres viven, en muchas ocasiones, peor que animales. El salario que ganan es reducidísimo, no pudiendo hacer mayor gasto en el pago de sus viviendas. Este hecho se agrava al considerar que la familia obrera es, generalmente, prolífica, existiendo algunas que tienen ocho o más hijos. No es extraño, pues, que en una sola habitación, reducida y mal aereada, vivan diez o más personas, en promiscuidad repugnante y vergonzosa.

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

Ejerciendo el cargo de Juez de Paz del Callao, durante el año 1928, nos hemos encontrado con el terrible y entristecedor espectáculo de ver en una sola habitación a 12 personas, entre ellas tres niños enfermos de grippe, tirados sobre inmundos colchones que descansaban en el suelo de ladrillos, húmedo y sucio. En estas condiciones, preguntamos: ¿es dable esperar generaciones capaces de representar una fuerza útil para la nación? El Estado, no obstante que conoce de sobra estos hechos, nada hace todavía para mejorar la suerte de estos niños, que se debaten, sin esperanzas, en ese medio miserable.

Las habitaciones de las familias de nuestras clases proletarias están amontonadas en los llamados "callejones" o casas de vecindad. Ahí ha de desarrollarse la gran masa de la población infantil de nuestras principales ciudades, en lugares en los que no existen suficientes servicios higiénicos, donde hay tan solo dos o tres "botaderos" para una enorme población, y, en fin, en donde las viviendas están construídas con materiales de ínfima clase—en su mayoría de quincha y barro— con piso de ladrillo o simplemente de tierra endurecida, en donde abundan, por tal motivo, los roedores y toda clase de insectos.

En tal medio no es posible pensar en recato, en decencia, ni, aún, en pudor. Verdaderamente constituye un milagro que nuestros niños puedan vivir en tales sitios y no adquieran hábitos aún peores que los que presentan. V. M. Villavicencio en su libro "Algunos aspectos de nuestra sociología criminal", publicado en 1930, dice: "Una familia que vive en un callejón, por ejemplo, sometida a todas las angustias derivadas de contingencias económicas; rodeada de un ambiente moral peligroso; sin tiempo ni medios para embellecer el espíritu, con sanas diversiones; sujeta a la presión del factor imitativo, en un medio donde los maleantes se imponen por su desenfado y audacia, al fin, y al cabo terminará por menoscabar su moralidad. Y cuando la honestidad se quebranta; cuando los ideales se derrumban; cuando la razón de vivir radica en el mendrugo, fácil es suponer como las mentalidades frágiles, el espíritu de los niños, toma, sin escrúpulo, la senda del vicio y del delito".

En un ambiente así es lógico que no se encuentre ningún aliciente para permanecer en él. El niño huye de su vivienda en pos de lugares más atractivos, en los que pueda gozar de algunas comodidades, de luz, de aire, de espacio, de sol. De ahí que vivan estos menores el mayor tiempo de sus días en las calles, en los terrenos baldíos y en las plazas, lejos de toda vigilancia cariñosa y unidos a heterogenea población, entre la que no faltan personas de instintos perversos, iniciados ya en los más repugnantes vicios y en los hábitos menos recomendables, que constituyen maestros de maldad y de prácticas depravadas. Y, de esta suerte, van adquiriendo estos niños las tendencias más peligrosas, que los conducirán, tarde o temprano, por el sendero

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

del delito y del vicio, sin que tengan, jamás, alguna oportunidad de poder escoger mejor camino. ¿Es posible aceptar el calificativo de "culpable" para estos menores, sumidos en la desgracia por culpa de la misma sociedad, contra la cual reaccionarán mañana?

Monseñor Gustavo J. Franceschi, llevado por su espíritu altruista y por su misma profesión, ha tenido oportunidad de estudiar profundamente el problema que nos ocupa. Dice a este respecto: "Pensad simple y sencillamente en esto: tomad un obrero modesto, hombre de 25, 27, 28 años, que se enamora de una niña que tiene 17, 18, 20 años. Son aveces parejas que nosotros vemos, esos jóvenes que esperan a alguna niña a la salida de un taller. Algunos claman grandemente contra esto: yo no digo que apruebe todas estas cosas— sobreabundan los gavilanes— pero también me digo: ¿Qué salones tienen para tratarse, donde pueden verse? Se casan, tienen que ir a habitar a un conventillo. ¿Qué intimidad existe, que delicadeza? Si hay una palabra que no cabe aplicar a una habitación de conventillo, es ciertamente la palabra nido. Aquello entonces, es rudo, los contactos son brutales; se grita en la puerta, se cocina en el patio, se ve toda suerte de espectáculos, se oyen frases soeces.... Qué amor, que amistad puede haber allí! Pensad en ese hombre que vuelve después de sus horas de trabajo y entra a una habitación que es comedor y que es **office**, y que es dormitorio, y que es **todo**... Poca luz, poca ventilación, la puerta constantemente abierta... .qué queréis que sea de ese joven matrimonio?".

"La palabra **hogar** es una palabra hermosísima: el hogar es calor y es luz; pero es calor y es luz íntimos, y allí, lo repito una vez más, no hay nada de eso. Nace un niño; este niño a los tres o cuatro años, antes quizás, comenzará a corretear por el patio, encontrará chicos que ya no lo son tanto, muchachos, muchos de ellos terriblemente desviados, más bien pervertidos. ¿Cómo queréis que a esa criatura de cuatro o cinco años se le aparte de todas las compañías peligrosas? ¿Cómo queréis que se le preserve de una perversión completamente precoz, ¿Quién, señoras y señores, puede comprender el daño que hace el sucedáneo del patio: la calle?"

Y lo que afirma Monseñor Franceschi de los hogares proletarios argentinos puede ser perfectamente aplicable a los peruanos; no hay diferencias y si las hubieran, los nuestros serían los más trágicos, los más peligrosos para el desarrollo normal de los menores, los más antihigiénicos, en fin, los más inconvenientes para que nuestros niños pobres adquieran honorabilidad, decencia, bondad y buenos hábitos.

Son muchos los casos de padres pobres intachables, cariñosos, perfectamente morales, los cuales se ven impelidos al incumplimiento de sus sagrados deberes paternales, por la miseria de salario que perciben y por los medios de vida que tienen

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

que soportar por esta causa. ¿Cómo pedir a un hombre que permanezca en su hogar, junto a sus hijos— cuando éstos no han salido a la calle o a otros sitios— si todo en él es repulsivo y tedioso? ¿Con qué derecho se puede obligar a un obrero a permanecer en un sitio que tiene de hogar tan solo el nombre, después de un trabajo agotador, en el taller o en la fábrica? La cantina, el bar, tiene más atractivo, sin duda, para él. Ahí, por lo menos, encontrará luz, música, amigos, que lo harán olvidar por breves instantes la brega dura y esforzada que ha tenido que soportar durante el día.

Los niños, con tal ejemplo, lógicamente siguen estos hábitos, y la calle, con sus múltiples peligros, será la madrastra de ellos. En este ambiente no puede esperarse sino que los menores, que así se desarrollan, sean carne de vicio y candidatos seguros a la delincuencia.

Los callejones, además, están situados, muchas veces, en lugares inconvenientes, vecinos a cantinas, a lenocinios y a bares de dudosa reputación. ¡Qué ejemplo recibirán esas criaturas, de vecindad tan poco recomendable!

Siendo la vivienda el primer problema económico del obrero, es imposible que éste eliga mejor sitio en donde desarrollar sus actividades familiares. Y en esos cuartuchos insalubres, viviendo en la más indecente promiscuidad, mal alimentados, sin pudor de ninguna clase, recibiendo ejemplos que averguenzan a toda la sociedad civilizada, los niños proletarios, por razón lógica, tendrán que adquirir la tendencia delictiva.

Incuestionablemente lo dicho no admite discusión alguna. El doctor Honorio Delgado, en un artículo sobre "La higiene mental de la familia" se refiere a la influencia malsana de las condiciones adversas en la formación personal del niño, en los términos siguientes:

"....en un hogar en donde los padres carecen de limpieza en lo físico y en lo moral, o (aunque sea uno solo) tienen caracteres impulsivo o defectuoso, en donde las relaciones conyugales son frecuentemente hostiles, con tensiones y rozamientos ostensibles, donde los niños son mimados con exceso o tratados con injusticia y violencia, ahí se formarán seres con espíritu torcido, predispuestos a los conflictos anímicos, al parasitismo, a los vicios, a la delincuencia y a las enfermedades nerviosas y mentales".

Ignorancia y falta de educación de los padres.— No basta procrear a un ser para ser digno del calificativo de padre. Es necesario, además, saber plasmar su espíritu dentro de conveniente orientación, cuidar de su salud física y psíquica, dar buenos ejemplos para que los imite, etc. La misión de los verdaderos padres es, pues, difícil.

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

En nuestro medio, hombres y mujeres, carecen de toda educación que los capacite para cumplir medianamente bien su rol de padres. Entre nuestras clases proletarias— que forman la mayoría de la nacionalidad— la ignorancia es supina, en lo que a este respecto se refiere. Así que la completa indiferencia que denotan en el cuidado de sus hijos es algo completamente natural en ellos.

La ternura, tan necesaria para el alma sensible del menor, es generalmente desconocida en el hogar proletario. Seguramente muchos padres sienten profundo cariño por sus hijos, pero juzgan que es demostrar un sentimentalismo inapropiado y ridículo darlo a conocer en forma objetiva. Otros, por el contrario, llegan al extremo opuesto y no es raro que los engrían demasiado. Todo ello como resultado de la ignorancia en la que están sumidos.

La clase más tradicionalista es la proletaria, la humilde, la pobre. Es un fenómeno que se observa en todos los pueblos de la tierra.

Las clases aristocráticas son conservadoras por conveniencia, pero a veces, cuando un ideal superior las domina, suelen llegar a ser revolucionarias, en su más elevada acepción. Las clases asalariadas siempre son conservadoras y lo son porque son ignorantes. El conservadorismo y la ignorancia— cuando no interviene la conveniencia— son inseparables. De allí que, también, nuestras clases pobres sean conservadoras, de un conservadorismo ultramontano, hasta que la educación e instrucción las transforma. La gente del bajo pueblo, cuando es ignorante, jamás es revolucionaria: tan solo es dada al bullicio y al motín, al asalto y al crímen. Porque, hay que convenir, tan solo el alma superiormente estructurada es capaz de sentir nobles ideales de mejoramiento social.

De allí que en los hogares de la clases proletarias subsistan aún todos los métodos de antaño en lo que se refiere a la educación de los menores. No llegan a imaginarse nunca que por el amor y la ternura pueden mejorar a un niño díscolo o de tendencias peligrosas. Creen, como las personas del pasado, que el castigo es el medio más apropiado para transformar al menor que no corresponde a lo que ellos llaman "bueno". Y es entonces que menudean las frases fuertes e hirientes, los gritos, los golpes y los encierros. No se preocupan de investigar las causas de la nerviosidad o rebeldía del muchacho; no se les ocurre que éstas puedan tener por causas motivos que están fuera de la voluntad del menor. Conservan todavía la creencia que existe el libre albedrío en todos los hombres y que una actitud inconveniente se debe a un deseo malsano y voluntario del individuo, aunque sea éste un niño.

Además no se cuidan de no dar mal ejemplo a sus hijos. Se embriagan ante ellos, riñen, lanzan las más groseras expresio-

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

nes, ejecutan los actos más obscenos, y, aún, realizan el coito delante de sus menores hijos que, aunque aparentemente dormidos, vigilan todos los movimientos y actitudes de sus padres, sin llegar a comprender la terrible siembra que están realizando en esos instantes.

De todo ello no es posible culpar a los padres. En realidad estos no tienen culpa alguna. Es la ignorancia en la que están sumidos la única culpable de tanta monstruosidad, de la que es directamente responsable la Sociedad que tal cosa permite.

Aunque los factores orgánicos son de mucha importancia en la producción del estado de peligro de la infancia, es indudable que durante la gran guerra ésta acreció debido a los factores no orgánicos, sino, especialmente, a la indiferencia y al mal ejemplo de los padres. Estos— con una educación superficial— debido a la conmoción producida, flaquearon en lo que atañe a sus sentimientos más elevados y se pervirtieron, adquiriendo vicios que antes no tenían, que los alejaron del hogar y de sus hijos. La indiferencia, la dureza y la corrupción se complementaron para producir los efectos que todos conocemos.

Indiferencia, dureza y corrupción reinan en los hogares proletarios peruanos. Solo exepcionalmente es dable encontrar en ellos algo de ternura inteligente, de moralidad y de interés. ¿Qué causas más poderosas puede tener este hecho, que la ignorancia y la mala educación de nuestras clases pobres?

La observación directa de los hogares proletarios, nos ha permitido clasificarlos así:

1º— Hogares pobres, pero en donde no falta ternura y comprensión.

2º— Hogares pobres, en los cuales la dureza de trato es frecuente, llegándose a veces hasta la maldad, y

3º— Hogares pobres, en los que además de las circunstancias anotadas, prima la corrupción.

Y hemos podido comprobar que los del primer grupo corresponden a los que presentan un índice de educación más elevado, mientras que los del último son hogares integrados por personas de una ignorancia crasa. Lógicamente que tratándose de personas que no ostentan anormalidades notables, en lo que a su salud mental se refiere, puesto que, en los casos psicopatológicos, más o menos graves, la regla enunciada suele romperse.

Juzgamos que es medida altamente recomendable, intensificar la educación de los mayores, dada la influencia que ejercen sobre los niños, de manera directa o indireta. Y, sobre todo, darles una eduación que los capacite, dentro de lo posible, para cumplir con la misión de la paternidad o maternidad, en la forma más eficaz y conveniente. Sin nociones claras de su responsabilidad y de las posibilidades educativas sobre sus hijos, es imposible que el hombre o la mujer cumpla con la misión que le

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

corresponde, de manera inteligente. El primer punto que debe resolverse en lo que se refiere a la educación de los menores, es justamente la educación de los mayores.

(Continuará)

ELOGIO DEL DOCTOR CARLOS MONGE

Hecho en la Academia de Medicina de Buenos Aires

Por el Dr. BERNARDO A. HOUSSAY

Nuestra Academia de Medicina celebra hoy una reunión memorable, porque tiene la honra de recibir al Presidente de la Academia de Medicina de Lima, que nos trae los saludos cordiales de la docta corporación que dirije. Por una feliz coincidencia el ilustre colega es además profesor de la Universidad de San Marcos, creada por un Real Decreto del Emperador Carlos V dado en el año 1551, e instalada en 1574.

Muchos preclaros ingenios del Perú, cuna de oradores e intelectuales, han llegado ya antes de hoy a Buenos Aires. La urbe porteña acogió con simpatía la visita de varios eminentes médicos de Lima o Arequipa, como Ribeiro, Escomel, Paz Soldán Bambaren, Almenara, Weiss y otros, que nos aportaron su ciencia y su amistad.

Pero no habíamos tenido aún el privilegio de recibir a Monge. Hace un año que se había decidido incorporarlo a nuestra compañía, sin que entonces se supiera que hoy tendríamos la honra y el placer de escucharlo, lo que debemos a la feliz circunstancia de que preside la delegación peruana a la Novena Conferencia Sanitaria panamericana.

Carlos Monge es profesor de Clínica Médica de la histórica Facultad de Medicina de Lima a la que el insigne Hipólito Unanue diera vida y tradición desde 1811.

La formación médica de Monge ha sido metódica y progresiva. Primer alumno de su curso en el bachillerato y doctorado, recibió como Premio una bolsa de viaje a Europa, donde estudió dos años (1911 y 1912), graduándose en la Escuela de Medicina tropical de Londres en 1912.

De 1909 a 1919 fué ayudante y luego jefe del laboratorio del Hospital Militar. Profesor de Patología Médica en 1919, de Clínica Médica en 1930, Presidente de la Academia de Medicina de Lima desde 1933.

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

Tiene inteligencia rápida y penetrante, juicio certero, es enérgico aunque sonriente, de observación precisa, dialéctica rica en recursos, lenguaje sobrio y elegante, por lo que no puede sorprendernos el justo prestigio de que goza y el singular acierto con que aborda todos los asuntos.

Su atención se ha concentrado sobre los problemas médicos mas genuinos y característicos del Perú, que ha sabido discernir con singular acierto: leishmania, verruga, patología y fisiología de las alturas. Fuera de ello ha escrito sobre el bocio endémico y sobre los primeros casos de Sprue, de encefalitis letárgica, de tifus autóctono comprobados en Lima.

Sus importantes trabajos sobre la Leishmaniosis americana han contribuído, junto con los valiosos aportes de otros médicos peruanos (Escomel, Batistini, Weiss), a enriquecer la nosografía médica con importantes progresos.

Con sus colegas de la escuela médica peruana (Barton, Gastiaburu, Arce, Rebagliati, Odriozola, Weiss, Mackehenie, etc.) ha contribuído a estudiar la enfermedad justamente llamada de Carrión, en homenaje al heroico estudiante peruano que se inoculara voluntariamente y demostrara así que la fiebre de Oroya y la verruga peruana son dos etapas de una misma enfermedad. Monge estudió especialmente el sindrome hemolítico y la anemia de tipo pernicioso de las formas agudas o graves.

Su orientación más reciente es quizás la mas notable de su obra médica. Al observar algunos casos graves de eritremia intensa, con dolores, sopor y tendencia al coma, pensó hallarse en presencia de casos de la enfermedad de Vaquez-Osler. Pero a los pocos días el paciente parecía resucitado, despierto y ágil, andaba sin bastones, sentía un gran bienestar. Notó que dichos enfermos padecían los trastornos en las alturas, mejoraban en el llano y volvían a enfermarse con el ascenso. Esa eritremia de las alturas con pérdida de aclimatación es llamada hoy enfermedad de Monge, como acertadamente propuso Roger, en lugar de enfermedad de los Andes como la designó antes Monge, ya que es probable que se hallará en otras regiones montañosas habitadas del Asia o del Africa.

De la Patología pasó a la Fisiología y de esta a la Etnología. Si la enfermedad de Monge es una claudicación del estado de aclimatación a las alturas, era preciso estudiar a este con la debida atención. Consultando las obras respectivas se apercibió pronto de que la mayor parte de los autores, en especial en las expediciones científicas mas modernas, han estudiado las modificaciones fisiológicas durante el ascenso o el descenso (puna de bajada de Ducceschi) o en cortos períodos de vida en las alturas....

Pero el problema más importante está en conocer en que consiste la aclimatación de las poblaciones indígenas de la sierra, adaptadas desde hace siglos y por generaciones, a la vida en las al-

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

turas. Allí donde aún hoy se respeta a la Pachamama y a Coquena, deidades vengativas que pueden traer el soroche o mal de puna y que con ello protegen a sus cerros y dificultan la invasión de los europeos los que en esas tierras no pueden aventajar aún a las razas indígenas y desalojarlas como pasó en nuestras tierras llanas.

Esas razas autóctonas aclimatadas, cuyo estudio nos ofrece problemas etnográficos y fisiológicos fascinadores, fueron un tiempo el imperio más poderoso y de civilización mas adelantada que ha visto la América del Sur y no sabemos si algún día no renacerá alguna nueva historia soberbia de su actual quietud, mansedumbre y atraso.

Los estudios de Monge y de sus discípulos han ído dándonos frutos y prometen abundante cosecha. Han merecido aplauso en las Facultades de Medicina de París, Roma y Turin y sus libros en castellano y francés han llamado mucho la atención de los entendidos. Es considerado como autoridad en la materia, como lo prueba el hecho de habersele encargado la redacción de los capítulos de Climato-fisiología y climato-patología de las alturas en el Traité de Climatologie et Biologie Médicale que acaba de aparecer en París.

Desde 1926 puede decirse que Monge ha creado ya, con sus expediciones científicas, el Instituto de Biología y Patología del hombre de los Andes, el cual con el nombre de Departamento de Biología y Patología Andina acaba de declarar en organización la Facultad de Medicina de Lima. Es de desear que los hombres de estudio de Sudamérica podamos ir a estudiar allí, por las condiciones privilegiadas de altura elevada, clima benigno y confort moderno, como no las ofrece ningún otro Instituto análogo del mundo.

La nación peruana está estrechamente unida a la nuestra por lazos tradicionales de historia y de afecto, los cuales nunca se han debilitado en esta tierra Argentina. Desde que San Martín proclamó en 1821 la independencia del Perú, con Hipólito Unanue como Ministro, siempre nuestros corazones han querido a esa tierra legendaria y gloriosa, cuna de la mas importante civilización indígena sudamericana, madre de tantos hijos ilustres en las letras, las artes y las empresas de la voluntad y la inteligencia.

Profesor Monge: en nombre de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires me es grato presentaros el saludo de bienvenida, para honrar en vuestra persona ilustre a los médicos de vuestro país, a la Facultad y a la Academia de Medicina de Lima.

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

NOTICIAS

VOTO JUSTICIERO AL SERVICIO DE SANIDAD MILITAR

En la sesión celebrada por la Academia Nacional de Medicina el 2 de diciembre, se aprobó la siguiente declaración:

La Academia Nacional de Medicina, atenta al prestigio de la profesión médica peruana y a la necesidad de velar por el buen nombre de las instituciones sanitarias del país, acuerda, en vista de las expresiones últimamente vertidas, manifestar que el Servicio de Sanidad Militar cumplió sus funciones en el Nor-Oriente, mostrando abnegada devoción patriótica, que siempre ofrenda el gremio médico peruano en el desempeño de sus labores.

RECUERDO DEL DR. HERMILIO VALDIZAN

Por iniciativa de la Sociedad Peruana de Psiquiatría se llevó a cabo el 26 de Diciembre, una serie de actuaciones recordatorias del quinto aniversario de la muerte del Dr. Hermilio Valdizán.

Fueron oradores Baltazar Caravedo, Honorio F. Delgado, Juan Francisco Valega y Juan B. Lastres, quienes, desde su punto de vista personal, elogiaron la obra desarrollada por este infatigable trabajador científico que supo hacerse corifeo de muchos esfuerzos dignos de grata remembranza.

Muy justa y merecida esta glorificación del Dr. Valdizán, el primer historiador de nuestra medicina nacional.

BIBLIOGRAFIA

HORMONAS, VITAMINAS Y FERMENTOS, por G. Barger, H. Von Euler, R. Willstätter.— **Espasa Calpe, editores. S. A.**— Un tomo de 175 págs.— Madrid, 1934.

En la Universidad de verano de Santander se dictó un curso de hormonas, fermentos y vitaminas, que constituyen esta publicación.

El profesor Barger se ocupa de las hormonas.

El distinguido profesor tiene indiscutida autoridad en este grupo de substancias, conceptuadas como mensajeros químicos,

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

porque en su patria fueron descubiertas y en ella se siguen la tradición de cultivar la sutileza y la finura del espíritu inglés para enfrentarse con los misterios de toda clase.

El mismo profesor Barger se ocupa del cornezuelo de centeno.

El segundo grupo de conferencias son del profesor H. von Euler, quien trata las cuestiones vitamínicas con la maestría de un biólogo.

La exposición metódica simultáneamente en los aspectos químico, biológico y médico de las vitaminas, culmina en el relato de sus esfuerzos personales atinentes a la reductona, equiparable al ácido ascórbico y aislada de varios carbohidratos aldehídicos y acetónicos por tratamiento alcalino, concediendo siempre preferente atención a los problemas suscitados por la medicina en este aspecto y a los resultados obtenidos en cuanto puedan basarse sobre ellos aplicaciones de interés para la terapéutica.

El grupo final de lecciones es del profesor Willstatter, quien trata en forma magistral de sus estudios relativos al aislamiento de las enzimas, a la medida de su actividad y a la interpretación posible del mecanismo de sus acciones. La obra de este profesor ha sido expuesta en pocas páginas con la tendencia de que sea asequible a personas poco versadas en problemas de tanta magnitud como los fermentos.

PATOLOGIA POSTURAL, por el Dr. Roberto Novoa Santos.— Un volúmen de 240 págs.— **Espasa-Calpe, editores.— Madrid 1934.**

Es el libro póstumo del célebre profesor Nóvoa Santos. El mismo autor, en su prólogo, nos habla del interés práctico de los complejos reaccionales ortogenéticos de carácter patológico, pues resulta evidente que el estudio de las alteraciones en el ajuste de las funciones circulatorias y de otros mecanismos funcionales a los cambios de posición del cuerpo, particularmente al adoptar la actitud erguida, colma todo un capítulo de la Patología médica.

Nóvoa Santos se ocupó de este asunto durante muchos años, así es que el material clínico que logró reunir fué copioso, y le sirvió de base para escribir su notabilísima obra, que aparte de su valor emocional, por ser la última voz del gran clínico desaparecido, su valor científico es considerable, abriendo nuevos horizontes en estos estudios patológicos.

Estudia, entre otros asuntos, la ortoposición, posición de reposo e hipnosituación; modificaciones funcionales que ocurren en los cambios de posición en los individuos sanos; significación biológica de la posición ortótica y de la posción de decúbito; el tipo constitucional ortótico y el lugar que ocupa en la sistemática tipológica; sistemática de los complejos sintomáticos ortogenéticos, etc.

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

El libro lleva un bellísimo y emocionante prólogo de Gregorio Marañón, verdadera biografía de Nóvoa Santos, escrita en ese estilo único, tan sereno y sugeridor, del gran maestro.

EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EN LA PRACTICA MEDICA GENERAL, por el Dr. Harry Beckman. —Un volúmen de 1036 páginas.— **Espasa-Calpe, editores.**— Madrid 1934.

Harry Beckman, profesor en la Marquette University de Milwaukee, Estados Unidos, ha escrito "el libro de Terapéutica probablemente más práctico de los que hoy existen".

Así decía **The Journal of the American Medical Association,** el periódico médico más prestigioso de los Estados Unidos, al hacer la crítica de la edición inglesa de esta obra. Y añadía:

"Está dividido en enfermedades infecciosas y parasitarias, perturbaciones alérgicas y enfermedades de los varios sistemas del cuerpo. Incluye también intoxicaciones, una sección especial de quemaduras, obstetricia y un cierto número de sujetos misceláneos. El material se da en forma práctica inmediatamente aplicable a la cabecera del enfermo.

El libro ha adquirido una gran popularidad, cosa de esperar dado su carácter práctico y su gran utilidad".

Este libro no se ocupa más que de **tratamiento**. El Dr. Beckman discute el tratamiento que el médico ha de escoger, planear y aplicar en su consulta o a la cabecera de sus enfermos.

Habla en términos prácticos: enfermos, prescripciones, regímenes, medicamentos, cuidados de las enfermeras, etc.

Hay en este libro cientos de recetas, transcritas con todo detalle y con datos acerca de las cantidades y modos de administración.

En los casos en que la dietética tiene importancia se describe el régimen adecuado.

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

INDICE DE MATERIAS

Asistencia Hospitalaria.— Apreciaciones sobre 105
A propósito 188
Anécdotas médicas 211

Bibliografía ... ... 108—349—412—446—478—505
Balneario medicinal de Huacachina 257

Cincuentenario de La Crónica Médica 5
Cabos sueltos 9
Código de Menores 147
Centenario de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima 314

El maestro Leonidas Avendaño 182
Eugenesia.— Singnificado y alcances de la 351
Eugenesia y recién nacido 354
Eugenesia y Educación sexual 359
Eugenesia y profilaxia del niño en estado de peligro 363
Eugenesia y certificado médico prenupcial 368
Eugenesia y Sociología indígena 371
El menor en estado de peligro ... ... 305—325—396—496
Enseñanza de la Medicina.— La 453
Elogio del Dr. Monge 502

Fiebre exantemática observada en Lima 482
Frenicectomía en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar ... 269—298—319—392—417—489
Fiebre Ondulante de Lima.— Bacteriología de la 447

Gastro enterocolitis producida por el Tyroglyphus farinae 479

Hematonefrosis.— Un caso de 111
Homenaje de la Academia Nacional de Medicina al Dr. L. Avendaño 206
Homenaje del Hospital Arzobispo Loayza al Dr. L. Avendaño 234

Juicio pericial y de peligrosidad 165
Jubileo del Profesor Avendaño 151

Leucocitolisis polinuclear en el esputo, sintoma precoz de la tuberculosis pulmonar 14

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

La personalidad moral del maestro Avendaño 186
La perspectiva diaria 240
Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social 343

Malformacones congénitas del aparato digestivo del recién nacido ... 383
Medio siglo 3

Niño indígena peruano 427
Narcolepsia o sindrome de Gelineau 41
Nipiolología en marcha 64
Noticias ... ... 150—277—314—348—379—477
Novena conferencia sanitaria Panamericana 273

Oftalmia purulenta del recién nacido 32
Opiniones sobre el Dr. Avendaño 191
Oportunidades profesionales en el campo de la Sanidad 279
Olaechea Abel S. (Necrologia) 332

Personal de redacción de La Crónica Médica desde 1884 a 1933 67
Patología clínica de los tuberculos cuadrigéminos 153
Prensa Médica francesa 274
Primera Jornada peruana de Nipiología 345
Pardo Figueroa Estanisloo (Necrologia) 376

Ramón y Cajal Santiago 415

Semiotica endocrina 121
Sindrome de Schickelé 117
Sindrome icterohemorrágico del recien nacido 247
Se prohibe la venta de muestras de medicinas 314
Sindrome enterohepático y enterorenal ... ... 405—439
Segunda Conferencia Pan Americana de Eugenesia y Homicultura . 470

Tuberculosis renal.— Observaciones sobre 18
Traumatismo del raquis cervical 53

Vida y obras de Ramón E. Ribeyro 71
Villarán Carlos (Decano) 375

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

INDICE DE AUTORES

Avendaño Leonidas ... ... 5—105—241
Altman Smythe Julio ... ... 305—325—363—396—496

Bambaren Carlos A. 3—53—147—332—351—368—376—415—482
Bello Eduardo ... ... 9—182
Braune Alejo S 121
Bermann Gregorio 165

Castex Mariano R. 153
Camauer Armando F. 153

Chaves Velando Luis A. 359

Delgado A. Julio M. 371

Ego Aguirre Ernesto ... ... 32—188—247—354—383
Escomel Edmundo ... ... 14—257—479
Espejo Luis D. ... ... 41—186
Eyzaguirre Rómulo 64

Gonzalez Galvan José M. ... ... 405—439

Hercelles García Oswaldo ... ... 269—298—319—392—417—489
Houssay Bernardo ... ... 453—502

Ismodes Dulanto Carlos 447

Jimenez José B. 117

Morales Macedo Carlos 18
Merino Reyna Amador 427

Olaechea Abel S. 71

Telles Oscar 279

Vilches Martinez G. ... ... 405—439
Voto Bernales Juan 482

Wieland Fernando 111

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

3532

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