

LA CRONICA MEDICA

APARTADO 2563

LIMA — PERU



02487



COMITE CIENTIFICO

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

REDACCION

CARLOS A. BAMBAREN
Director

Luis D. Espejo, Ernesto Ego-Aguirre

AÑO LVI - 1939

La Crónica Médica

AÑO 56 - 1939

Micrométodo para determinar el cloro en la sangre

Por el Dr. MARCO T. ALTUNA TAVERA.

Presento un nuevo método para la determinación del cloro en la sangre, plasma y hematíes.

Reactivos que se necesitan:

- 1).—Nitrato de plata 4,791 grs. por 1,000 de agua destilada.
- 2).—Acido nítrico puro.
- 3).—Permanganato de potasio, solución saturada.
- 4).—Glucosa anhidra.
- 5).—Sulfocianuro de amonio: se pesa 3 grs. y se disuelve en 1,000 cc. de agua destilada. Esta solución hay que hacerla equivalente a la solución de nitrato de plata de manera que 1 cc. de la una sea exactamente igual a 1 cc. de la otra.
- 6).—Alumbre de hierro amoniacal, al 20%.
- 7).—Agua destilada.

Material que se usa:

Tubos de prueba. Pipetas al centésimo y micropipetas al milésimo.

Principio del método.

Se basa en la precipitación del cloro en forma de cloruro de plata por el nitrato de plata, después de haber roto el complejo cloro-albúmina por el ácido nítrico y el permanganato de potasio; el exceso de nitrato de plata se titula con el sulfocianuro de amonio en presencia del alumbre de hierro amoniacal.

Técnica.

Se toman 0,2 c.c. o 0,5 c.c. de plasma, hematíes o sangre total y se coloca en un tubo de prueba, se lava la pipeta con agua destilada para arrastrar lo que haya podido quedarse en ella. Cuando se toman 0,2 de sangre aconsejo usar micropipeta. Se agrega 2 c.c. de solución de nitrato de plata, se deja 5 minutos y se añade 1 c.c. de ácido nítrico puro; se hierve el contenido lentamente hasta que la albúmina sea atacada por el ácido nítrico y convertida en grumos finos; entonces se completa la destrucción de la albúmina mediante la adición, gota a gota, de permanganato de potasio en solución saturada, hirviendo suavemente hasta que se conserve el color del permanganato o los pequeños grumos adquieran el aspecto de concho de vino. Añádase una pequeña cantidad de glucosa anhidra y caliéntese ligeramente obteniéndose la decoloración completa de manera rápida, mostrando 2 partes bien distintas: un precipitado blanco de cloruro de plata y un líquido que sobrenada completamente transparente. Mézclase con todo 0.1 de la solución de alumbre de hierro amoniacal y déjese enfriar o enfríese en un chorro de agua. Se procede a la titulación dejando caer, gota a gota, la solución de sulfocianuro de amonio hasta que se obtenga una coloración rojiza persistente. Una gota en exceso es bastante para provocarla nítidamente.

Cuando se emplee 0.5 de sangre se colocará 3 c.c. de la solución de nitrato de plata.

1 c.c. de nitrato de plata preparado en la proporción de 4,791 en 1,000 de agua destilada equivale a un milígramo de cloro. Como se ha establecido la equivalencia entre el nitrato de plata y el sulfocianuro de amonio, el nitrato de plata combinado en forma de cloruro de plata estará dado por la diferencia entre el que se empleó 2 c.c. menos la cantidad de sulfocianuro gastado, por consiguiente la cantidad de cloro buscada.

Si se ha usado 0.5 de sangre habrá que restar de 3 c.c.

Cálculo: En el caso de que se emplee 0.2 de sangre, la diferencia hay que multiplicarla por 5 y cuando se haya empleado 0.5 la multiplicación se hará por 2. El resultado es expresado en miligramos por 100 c.c. de sangre.

Ejemplo:

	nitrato de plata	sulfocianuro	
Plasma	2	$1,25 = 0,75 \times 5$	0,375 grs.%
En el otro caso	3	$1,25 = 1,75 \times 2$	0,350 grs.%

Las ventajas que se adquieren con este método son las siguientes:

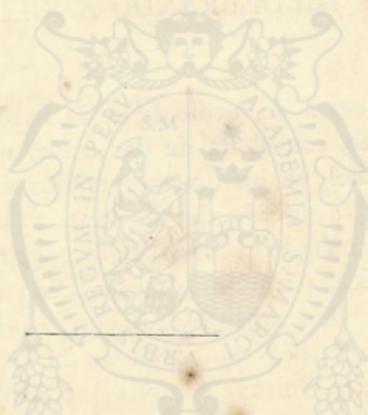
El cloro se encuentra en tres formas en la sangre: libre, combinado con el sodio y el potasio y con la albúmina. Para ser exacto, es necesario poner todo el cloro en libertad, lo que no se consigue sino se hace una destrucción adecuada del complejo cloro-albúmina.

Las cantidades que se usan son pequeñas.

Este método facilita enormemente los cálculos.

El tiempo empleado para su ejecución es relativamente corto y puede satisfacer las necesidades urgentes de la Clínica.

Los instrumentos que se emplean son de uso corriente.



FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

La combustión y distribución del alcohol en el organismo animal

Por el Q. F. HILDEBRANDO ANGELATS AZCARATE.

Desde hace cerca de medio siglo se habían emprendido numerosas investigaciones, con el fin de dar a luz, un método exacto de dosificación de alcohol en los diversos tejidos del organismo.

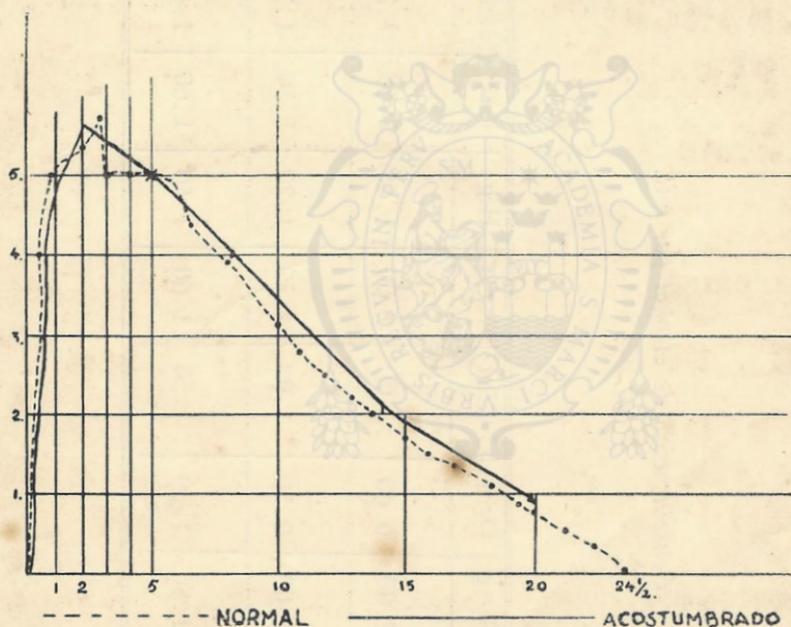
Fué Nieloux, a pedido de Gréhant, su maestro, quien en 1896 dió a conocer un método volumétrico que, por la utilización de la oxidación sulfocrómica, permitía la dosificación de alcohol con un error relativo de 5 por mil aproximadamente (5/1000). Este método fué objeto de severas críticas en razón de la fuerte concentración de la solución crómica; el mismo Nieloux modificó su método en el año 1913, por otro más simple, rápido y económico, desde el punto de vista químico legal. Posteriormente en 1931, Mauricio Nieloux logró reducir el error relativo de su anterior método, por otro mucho más riguroso que los anteriores, pero más largo y menos sencillo por el hecho de usarse aparatos más complicados.

Mis ensayos hechos en el perro demuestran que la combustión del alcohol se realiza de una manera más rápida en el perro acostumbrado que en el que no está habituado. Cuestión que ya ha sido comprobada por investigadores tales como Balthazard, Larue, Lambert, Landé, Pringsheim, etc.

Para mis experiencias he acostumbrado a un perro de trece kilos de peso, de la siguiente manera. Durante diez días adicioné en su comida 2 c.c. de alcohol por kilo de peso, durante 10 días siguientes agregué 3 c.c. por kilo de peso, durante los diez días subsiguientes agregué 4 c.c. y durante 25 días últimos le agregué 5 c.c. de alcohol absoluto; en total el perro absorbió una cantidad total de 215 cc. de

alcohol absoluto en un lapso de 55 días; desde luego después de cada comida el perro presentaba los signos propios de la ebriedad que terminaban en el sueño; después de haber terminado la preparación del animal, sometí al perro a un ayuno de 24 horas y le administré por una sola vez, mediante una sonda, 5 cc. de alcohol absoluto en dilución con agua al 10%, haciendo varios dosajes con intervalos de tiempo; a las 20 horas encontré aún 0.80 c.c. de alcohol por mil en la sangre, pero a las 21 horas el dosaje fué negativo.

El mismo ensayo hice en un perro no acostumbrado, de casi idéntico peso, en las mismas condiciones que en la anterior experiencia y encontré aún a las 24½ horas alcohol en la proporción 0.50 por mil. De acuerdo con los valores encontrados he construído la siguiente curva.



Repartición del alcohol ingerido en los órganos y líquidos orgánicos del conejo.—Para ello he empleado 3 conejos cuyo peso medio era de 3.100 gramos y a los que hice ingerir con ayuda de la sonda 3 c.c. de alcohol absoluto por kilo de peso (desde luego siempre en dilución acuosa); a los conejos los puse 24 horas en ayunas antes de la ingestión a fin de vaciar completamente el estómago, cosa que como se verá después no pude lograr, ya que se halló en el estómago residuos alimenticios. La muerte se hizo por desangramiento y ella fué hecha de hora en hora y con intervalos de 1 a 3 horas después de la ingestión del alcohol; se anotó en cada caso el peso del contenido

gástrico así como la cantidad de orina contenida en la vejiga, después de lo cual se procedió al dosaje del alcohol tanto en la sangre como en la orina, cerebro, riñones, pulmones, músculos e hígado. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Concentración de alcohol por mil.

Cant. de alcohol ingerido	<i>Concentración de alcohol por mil.</i>							Tiempo en h. entre ingestión y muerte	
	Sang.	Orin.	C. Gást.	Cerbr.	Híg.	Riñ.	Musc. Pulm.		
Conejo I 3 cc. en ayunas por kl. de peso.	2.00	0.60	3.00	2.00	1.65	1.68	1.25	1.20	1 hora
Conejo II 3 cc en ayunas por kl. de peso.	2.00	0.50	1.90	1.30	1.20	1.30	1.20	0.99	2 horas
Conejo III 3 cc en ayunas por kl. de peso.	1.80	1.30	1.50	1.60	1.50	1.60	1.69	0.70	3 horas

Los volúmenes de orina correspondientes a los conejos han sido los siguientes:

10 cc. para el I, 10 cc. para el II y 15 cc. para el III; el peso del contenido gástrico ha sido el siguiente:

145 gr. para el I, 150 para el II y 205 para el III.

Según la tabla que acabo de exponer, la repartición del alcohol en las diferentes vísceras está de acuerdo con la ley de la difusión. En el caso del cerebro, vemos que la tasa alcohólica de este órgano se aproxima más que ninguna otra víscera a la tasa alcohólica sanguínea; también vemos que para el pulmón la cifra es menor que para las otras vísceras, lo que está en contradicción con los datos de la clínica, pues el profesor Balthazard, en su resumen de Medicina Legal dice: "un dosaje tanto en la sangre, orina, como en las vísceras de un sujeto de 58 años, de talla 1.62 m. y con un peso de 51 kilos habituado a los excesos alcohólicos, se le encontró la siguiente cifra de alcohol:

Sangre	5.50 cc.
Orina	5.50 „
Contenido gástrico	10.25 „
Cerebro	4.50 „
Bazo	5.00 „
Hígado	4.25 „
Riñones	4.50 „
Pulmones	6.00 „
Corazón	4.25 „
Músculos	4.25 „

Como se ve el dosaje de alcohol en los pulmones era de 6 por mil, mientras que la cantidad de alcohol en la sangre era de 5.50 por mil; desde luego, que estos datos experimentales no pueden ser aplicables sino, para un animal determinado, luego sería imprudente aplicar estos resultados a otras especies y a *foriori* al hombre.

Del cuadro anterior se desprende que la concentración alcohólica de la sangre es siempre mayor que la de la orina y de las vísceras; por ello es la sangre el líquido por excelencia para la determinación de la tasa alcohólica en el individuo.

Como ya he dicho, la discordancia es notoria en la concentración alcohólica de la orina y la sangre; desde luego siempre menor que en la

sangre en el caso experimental de los conejos. Ensayos hechos por Landé, Dervilleé, Godeau, Nicloux y Madame Novicka, han obtenido sobre conejos y sobre individuos, cifras de alcohol urinario unas veces mayores y otras veces menores que las cifras de alcohol sanguíneo.

Los primeros investigadores dicen, que la culpa de esta divergencia es debida a varias causas: Al estado de vacuidad o de plenitud de la vejiga en el momento o tiempo de la absorción. A la rapidez o a la lentitud de la evacuación al exterior del reservorio vesical. A la difusión del alcohol a través de la pared vesical, este hecho está comprobado también por la experiencia de Nicloux y Madame Novicka en conejos, que muestran que la vejiga es permeable al alcohol. El sentido de la difusión depende especialmente del tenor respectivo del alcohol de los dos medios, el pasaje se haría del medio de mayor concentración al del menor concentración.

A esto hay que agregar el factor personal, la concentración de la bebida, etc.

Algunos dosajes de alcohol en la sangre.—Gracias a la ayuda otorgada por mi distinguido maestro el Dr. Carlos A. Bambarén, he podido hacer 64 dosajes de alcohol en la sangre y 3 comparaciones entre la tasa de alcohol en la orina y la del alcohol en la sangre, con los resultados siguientes:

De los 64 dosajes, en tan solo 18 obtuve resultados positivos y las tasas halladas confirmaron en todos los casos el estado de cada uno de los sujetos motivo del dosaje.

1	0.30	por mil	10	0.96	por mil
2	0.56	„ „	11	0.99	„ „
3	0.45	„ „	12	0.58	„ „
4	0.70	„ „	13	0.04	„ „
5	1.15	„ „	14	0.72	„ „
6	0.88	„ „	15	1.20	„ „
7	0.77	„ „	16	0.89	„ „
8	0.85	„ „	17	1.11	„ „
9	0.48	„ „	18	0.98	„ „

Respecto a los dosajes comparativos, los resultados fueron los siguientes:

A. A. V.

Tasa de alcohol en la sangre: 1.98 por mil

orina: 1.37

La última libación fué hecha 5½ horas antes del dosaje. El sujeto declara beber de vez en cuando.

A. F.

Tasa de alcohol en la sangre: 0.90 por mil

“ “ “ “ “ orina : 0.40 “ “

El dosaje fué hecho 5 horas después de la última libación. Bebedor crónico.

H. C.

Tasa de alcohol en la sangre: 4.15 por mil

“ “ “ “ “ orina : 3.34 “ “

El dosaje fué hecho a las 2½ horas después de la última libación.

Todos los dosajes de alcohol en sangre, así como los dosajes experimentales han sido hechos con la técnica de Nicloux, modificada en 1933; si bien es cierto que existe un error relativo del 5 por mil, esta pérdida está compensada con la rapidez, economía y simplicidad del método, ya que para los casos de peritaje, sobre todo, el error antedicho no tendría ningún valor práctico.

Si también es cierto que el pasaje del color verde-azul al verde amarillo, término éste que indica el final de la operación, es un poco difícil de ver al principio, no lo es si se siguen las instrucciones del propio Nicloux, quien recomienda para familiarizarse con el viraje del tono azul-verde al verde amarillo, el uso de 6 pares de tubos testigos, el uno azul-verde y el otro verde-amarillo, que correspondan respectivamente a 6 soluciones de alcohol dosificadas exactamente a 2— 1.5— 1.— 0.5 y 0.2 por mil; de esta manera pude darme exacta cuenta del viraje y después de hacer varias operaciones en blanco con diversas soluciones de alcohol y teniendo el cuidado de ponerme en buena luz y mirar el tubo de ensaye contra un papel bien blanco, llegué perfectamente a dosificar soluciones de título desconocido para mí.

Como se vé, pues, con un poco de práctica, el método resulta perfectamente utilizable, ya que como repito permite hacer dosificaciones muy exactas.

El método de Nicloux, da también estas coloraciones con el éter, cloroformo, albúminas, etc., y esto era una grave crítica que se hacía al método, pero hay que tener en cuenta que cuando se trata de esta sustancia la reacción es muy lenta, cosa que también he comprobado. Además, hay que tener en cuenta que casi todos los méto-

dos de dosificación de alcohol tienen este pequeño inconveniente con las sustancias oxidables, ya que se carece de reacciones específicas de alcohol.

Su aplicación químico-legal.

Salta pues a la simple vista la enorme importancia que tiene el diagnóstico bioquímico de la ebriedad en multitud de casos y muy especialmente en lo que se refiere a los accidentes de tráfico. Es un hecho innegable que las muertes causadas por accidentes de tráfico van en aumento día a día, muchas son las causas que originan estos accidentes y entre ellas se encuentra la eventual ebriedad, sea ya del conductor del vehículo o del peatón.

Antiguamente para el diagnóstico de la ebriedad sólo se contaba con los datos clínicos y ellos no podían señalar con precisión el cuadro de una embriaguez, por que su aspecto es polimorfo: el hálito, el desorden de los cabellos y vestidos, la marcha en línea recta, la reacción de Bomberg, la escritura y algunos tests, de acuerdo con la capacidad intelectual del sujeto, no eran datos suficientes seguros para establecer si una persona se hallaba o no bajo la influencia del alcohol, mas al presente contando con una reacción química de la que he hecho mención, el asunto es otro.

Investigaciones fisiológicas hechas principalmente por los profesores Kraepelin de Munich y Aug. Levy, han establecido, que aún dosis de alcohol en principio inofensivas, pueden ofrecer serios inconvenientes para aquellos que tienen que conducir un vehículo, sea un auto, una moto o un tren. En efecto, aún dosis moderadas de alcohol disminuyen la precisión de la coordinación de los movimientos y de las interreacciones orgánicas que ponen en juego la conducción de un vehículo (ojos, manos, pies, etc.). Por otra parte, el alcohol retarda los reflejos que imponen bruscamente los incidentes de la ruta, con ocasión de maniobras de seguridad, tales como un viraje o un frenaje rápidos. Sabemos también que el alcohol debilita las facultades de atención, de resistencia y de sangre fría, tan indispensables al conductor; el alcohol crea en el chofer un estado de euforia y de confianza excesiva que lo hacen subvaluar la dificultad de una maniobra peligrosa o de un viraje preciso; el alcohol lo vuelve menos calmado, más excitable. Kraepelin había demostrado ya que el alcohol a dosis débiles, determina un alargamiento del tiempo de las reacciones psíquicas o psicomotrices; este alargamiento del tiempo de reacción se haría sentir durante mas de 4 horas y él, será mas considerable en los bebedores habituales, cuyo cerebro, sistema nervioso, circulación, vis-

ta y órganos motores están ya mas o menos alterados por el alcohol.

El fisiólogo inglés Vernon Stock, ha analizado bien lo que pasa en un conductor de auto, puesto súbitamente en presencia de un peligro; primeramente se forma sobre la retina una imagen de la relación que existe entre su carro y el obstáculo que se presenta. El nervio óptico la trasmite al cerebro, el cual debe tomar sobre el campo una *decisión*. Esta es comunicada a los centros motores que entran en acción para desencadenar los movimientos susceptibles y hacer frente al peligro; en un sujeto normal, todas estas operaciones se realizan en un cuarto de segundo; este espacio de tiempo se llama "tiempo de reacción". Pues bien, experiencias hechas con alcohol, han probado que el tiempo de reacción es doble o triple cuando el sujeto ha ingerido bebidas alcohólicas, por ejemplo un decilitro de wisky. De ahí resulta que después de haber bebido un poco el automovilista ve el "tiempo de reacción" durar dos quintos, aún tres quintos de segundo en lugar de un cuarto de segundo, que se observa en el sujeto que no ha bebido.

Siguiendo el ejemplo de otros países que marchan a la cabeza de la civilización, como Alemania, Estados Unidos de N. A., Bélgica, Francia, Suiza, Países Escandinavos, etc.; se debe proceder en nuestro país a la determinación de la tasa alcohólica de la sangre en todos los individuos que hayan dado lugar a accidentes de tráfico y sospechosos de estar bajo la influencia del alcohol etílico.

Se podría seguir como pauta para determinar el grado de responsabilidad en los accidentes de tráfico, por ingestión de bebidas alcohólicas, el cuadro establecido por el Profesor Balthazard de la Facultad de Medicina de París o también el cuadro del Profesor Widmarck; debiendo agregar que a mi parecer y en relación con los dosajes que he hecho, la clasificación del Profesor de la Universidad de Lund me parece mas conveniente.

Si bien es cierto que existen dificultades de orden jurídico para la toma de una muestra de sangre, ello podría allanarse, como se ha hecho en los países nombrados, por medio de disposiciones pertinentes ya que antes de nada debemos tener en cuenta la seguridad colectiva.

Algunas consideraciones sobre la aplicación del xantidrol en dosajes de urea

Por el Dr. M. A. GARRIDO.

Después del eminente trabajo de Fosse, sobre el dosaje de la urea sanguínea, por el método del xantidrol, su aplicación ha sido aceptada por todos los Químicos Biólogos, ya que éste es el medio mas seguro y preciso para dicha determinación. Sin embargo, su aplicación ha quedado casi restringida al laboratorio, sin generalizarse en el análisis clínico.

Para la determinación, se sigue la técnica habitual del dosaje al xantridol, y que es la siguiente:

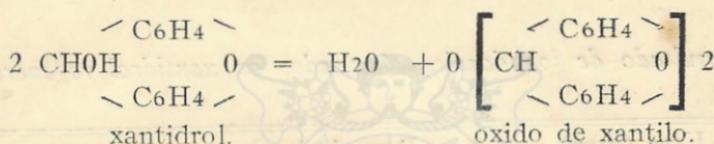
Es una fiola cónica se recibe sucesivamente una parte alícuota de líquido conteniendo urea, el mismo volumen de ácido acético y en fin, una cantidad de xantidrol metílico igual al veinteavo del volumen total. Después de una hora de condensación a la trompa; después de efectuar lavados con alcohol, desecación a la estufa, se pesa el pequeño disco de urea dixantilada directamente sobre el platillo de la balanza de precisión.

Los dosajes efectuados siguiendo esta técnica, nos dieron resultados falsos. En el siguiente cuadro los presentamos simplemente, ya que ellos se pasan de todo comentario:

Solución al:	Urea por litro. (gr.) Teoría.	Peso de Dixantil Urea.	Peso de la urea.
10%	1	0,028.	0,0042.
20%	1	0,028.	0,0042.
30%	1	0,036.	0,0051.

Regeneración del xantidrol

El xantidrol espontáneamente, al aire sobre todo, o en presencia de una ínfima impureza, se transforma en óxido de xantilo:



En éstas condiciones la solución de xantidrol solo puede jugar un rol puramente cualitativo. También Fosse, en las mismas condiciones y con idéntico fin, aconseja hacer una solución al 10% en el ácido acético; o, según Hougounencq, una solución de un gramo de xantidrol por veinte y cinco gramos de ácido acético, a frío y solamente en el momento de su empleo.

En el deseo no solo de pasar del empleo cualitativo al cuantitativo, sino también de recuperar el xantidrol, que regularmente se presenta alterado y por consiguiente de un empleo oneroso, Dantec ha llevado a cabo el estudio sobre la regeneración de este cuerpo.

Tratando en solución acética y metilica, el óxido de xantilo y destilándolo en el refrigerante a reflujo, se verifica la hidrólisis de este producto y se obtiene xantidrol regenerado.

Nosotros hemos efectuado la regeneración de la siguiente manera:

Hemos tomado un gramo de xantidrol alterado (1 Schering-Kahlbaum) lo hemos tratado por 5 cc. de ácido acético y completado a 10 cc. con alcohol metílico puro. Sometido a la destilación con refrigerante ascendente y al baño de maría hirviendo, hemos mantenido la ebullición unos minutos. El óxido de xantilo, completamente insoluble, se solubiliza íntegramente y rápidamente. Terminada la destilación hemos obtenido un líquido amarillento, con el cual hemos efectuado los dosajes como si se tratara de una solución de xantidrol puro.

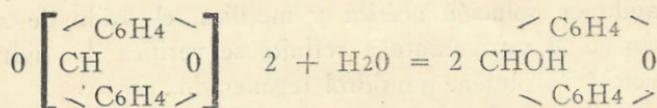
Continuando el estudio de esta regeneración, hemos hecho destilaciones empleando cantidades fijas de xantidrol y de alcohol metílico, pero variando la cantidad de ácido acético. En presencia de 4 grs. de ácido acético, la disolución del óxido de xantilo se efectúa rápidamente, y completamente. Con 3 cc. se obtiene el mismo resultado, pero la destilación tiene que prolongarse. Menos de 2 cc. no hacen posible la disolución, aun cuando fuera ésta prolongada durante cierto tiempo.

Los dosajes han sido efectuados sobre soluciones tipo de urea pura, y el resultado que presentamos en el cuadro siguiente demuestra de una manera rotunda, sobre todo al compararlos a los del cuadro anterior, que la regeneración del xantidrol ha sido efectiva y completa.

Resultado de los dosajes efectuados en xantidrol regenerado

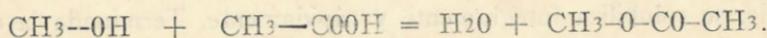
Urea (litro) Teoría	Peso de la Dixantilurea	Peso de la urea
1,15.	0,80.	1,143.
1,15.	0,80.	1,143.
1,15.	0,78.	1,114.

Mecanismo de la reacción.—El xantidrol por deshidratación se transforma en óxido de xantilo. Para su regeneración, es pues necesaria la reintegración de una molécula de agua; reacción que se puede esquematizar por una fórmula inversa a la anteriormente expuesta:



¿Cómo explicar el mecanismo de la reacción?

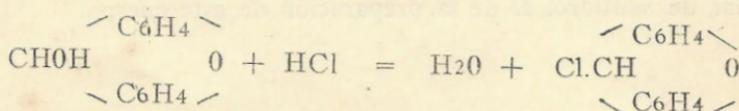
Simplemente lo que se provoca en presencia del xantidrol alterado, es la eterificación del alcohol metílico para el ácido acético:



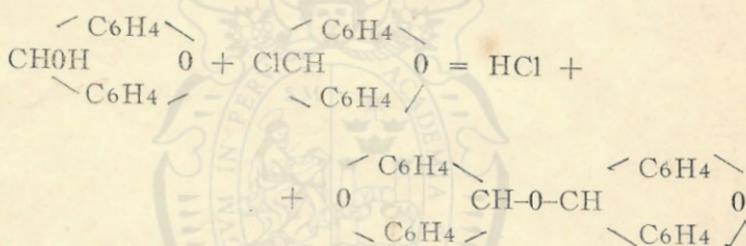
y la molécula de agua obtenida, entra en juego inmediatamente para la transformación del éter-óxido en 2 moléculas de alcohol secunda-

rio. Esta eterificación nos hace comprender igualmente, el por qué del empleo de cierta cantidad de ácido acético necesaria para que la disolución se verifique, cantidad que no puede bajar de la proporción necesaria para la obtención del equilibrio de la reacción, y el por qué del empleo de un exceso de alcohol metílico.

Es necesario el empleo de ácido acético purísimo y cristalizabile; exento sobre todo de cualquier impureza mineral, que haría colorear de rojo la disolución y abandonaría después el óxido de xantilo:



y luego, en presencia de un exceso de xantidrol:



La solución obtenida, después de la destilación, queda generalmente amarillenta, debido a la misma coloración que toma el xantidrol al oxidarse, y también debido a la eterificación misma. Pero éste color no influye en lo absoluto en el dosaje. Si se desea trabajar con una solución límpida e incolora, se puede simplemente decolorar por el negro animal; la solución así decolorada, con el tiempo recupera su primitiva coloración.

Ninguna de las soluciones ha dado enturbiamiento al enfriarse. El xantidrol ha sido indudablemente, íntegramente disuelto y regenerado, ya que no se ha precipitado ningún exceso de óxido de xantilo.

La cantidad de ácido acético y de alcohol empleadas, no influyen en el resultado final del dosaje.

La simplicidad del método es significativa; 1 cuarto de hora bastan al menos experimentado químico, para obtener un xantidrol que dé resultados con un error variado entre el 5% al 10%. Se puede evitar o al menos reducir grandemente el error, titulando la solución obtenida después de la regeneración, con respecto a una solución tipo de urea y de tomar en cuenta en el porcentaje de urea precipitada, en el momento del cálculo de los resultados. A resultados casi iguales

entre solución metélica de xantidrol puro y del regenerado, es preferible esta última operación a la de la preparación del xantidrol: por la brevedad de la manipulación, por la facilidad de no tener soluciones preparadas de antemano, las que se pueden hacer a cualquier momento sin el peligro de partir de un producto impuro; y no solamente por el precio oneroso de la preparación del xantidrol, sino por la economía resultante de su recuperación.

Después de los diferentes dosajes comparativos que hemos efectuado, nos parece conveniente aconsejar el empleo de soluciones regeneradas de xantidrol al de la preparación de este cuerpo.



Reacción cromática para la investigación de sangre en la orina

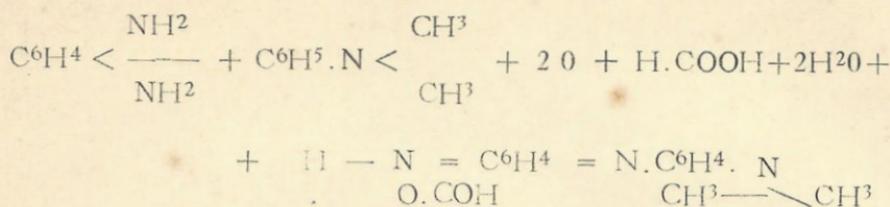
Por el Sr. VÍCTOR INDACOCHEA ZARAUZ.

La hemoglobina de la sangre, puesta en contacto del peróxido de hidrógeno, libera oxígeno nascente. Ha sido esta reacción fundamental la base de innúmeras técnicas para el reconocimiento de la sangre, mediante reactivos indicadores del oxígeno nascente, tales como los procedimientos al Piramidón, Antipirina, Tintura de Guayaco, Benzidina, etc.

El mismo fundamento, me ha servido para idear una reacción cromática en extremo sensible, que acusa fielmente la existencia de trazas de sangre, coloreando el reactivo en color verde esmeralda intenso.

Fundamento.—Son bien conocidos los colorantes quinoimínicos, cuya belleza recuerda la de los trifenilforménicos; y su poder tintóreo a los thvonínicos, pero de escaso poder industrial, por la facilidad con que se hidrolizan, dejando la quinona y amina en libertad.

Ofrecen sin embargo, un gran interés en los trabajos de investigación científica, por la multiplicidad de cuerpos de ellos derivados, como productos intermediarios. He aprovechado pues, la formación del Formiato de Dimetilaminoparaquinondüimida, bello colorante verde esmeralda, que se forma fácilmente en medio ácido, por oxidación de la parafenilendiamina y la dimetilnilina, mediante el oxígeno nascente del peróxido de hidrógeno, puesto en libertad por la sangre. La reacción, se verifica así:



El gran poder tintóreo de este cuerpo, permite poner en evidencia trazas de oxígeno y por ende de sangre.

Elección del ácido con que debe efectuarse la experiencia.—He verificado varios ensayos, con diferentes ácidos, con las concentraciones que a continuación se indican:

Acido sulfúrico puro	97.%
Acido fosfórico (solución).	49.92%
Acido clorhídrico	37.%
Acido acético	90.%
Acido láctico	88.65%
Acido butírico	82.57%
Acido fórmico	25.76%

Inconveniencia del uso de algunos ácidos.—El ácido clorhídrico no puede usarse, por la facilidad con que pone en libertad cloro (oxidante), por reacción con el peróxido de hidrógeno.

Los ácido sulfúrico y fosfórico, aún en pequeña cantidad, colorean también el reactivo en verde, casi instantáneamente, de modo que no pueden usarse.

Las experiencias que realicé con los ácidos láctico y butárico no resultaron satisfactorias; y he llegado a la conclusión práctica, de que es menester un gran exceso de ácido, para producir la coloración débilmente y con auxilio del calor, de manera que prácticamente, resulta inconveniente el uso de estos ácidos: en primer lugar por la dificultad con que se produce la reacción; y en segundo porque resulta demasiado costoso.

Experiencias realizadas con el ácido acético.—El empleo de este ácido, da mejores resultados que los dos anteriores, pero resulta peligroso su manejo, por la proximidad del tiempo de alteración el reactivo, con la de iniciación de la reacción, según puede observarse en los cuadros adjuntos.

Tubo	Reactivo	c.c. A. acético	Ind. de la reac.
1	2. c.c.	1	4 horas
2	2 c.c.	2	3½ horas
3	2 c.c.	3	3 horas
4	2 c.c.	4	2½ horas
5	2 c.c.	5	2 horas
6	2 c.c.	6	1½ horas
7	2 c.c.	7	1 hora
8	2 c.c.	8	1½ horas

Tiempo de alteración del reactivo en estas condiciones:

Tubo	Tiempo de alteración
1	4 horas
2	4 horas
3	3½ horas
4	3 horas
5	3 horas
6	2½ horas
7	2 horas
8	2 horas

De estas experiencias se deduce:

a).—La reacción es prácticamente inconveniente por lo que demora.

b).—El tiempo de iniciación de la reacción, con el tiempo de alteración del reactivo, son muy próximos; y puede fundarse duda en la reacción.

Experiencia con el ácido fórmico.—Los resultados que he obtenido con este ácido, son muy halagadores, como puede verse en los siguientes cuadros:

Tubo	Reactivo	c.c.	A. fórmico	Ind. de la reac.
1	2 c.c.	1		15 minutos
2	2 c.c.	2		12 minutos
3	2 c.c.	3		10 minutos
4	2 c.c.	4		5 minutos
5	2 c.c.	5		1 minuto
6	2 c.c.	6		1 minuto
7	2 c.c.	7		1 minuto
8	2 c.c.	8		½ minuto

Tiempo de alteración del reactivo:

Tubo	Alteración del reactivo
1	4½ horas
2	4 horas
3	4 horas
4	3 horas
5	5 horas
6	2 horas
7	1 hora
8	1 hora

Conclusiones.—De las experiencias realizadas, puedo sacar las siguiente conclusiones:

a).—Debe emplearse para efectuar la reacción 5 c.c. de ácido fórmico de la concentración indicada, por la rapidez de la reacción y la gran distancia del tiempo de alteración.

b).—La reacción prácticamente resulta eficaz, por la celeridad con que se realiza.

c).—Económicamente resulta ventajosa.

d).—No hay lugar a duda, por la enorme distancia de tiempo que existe entre la iniciación de la reacción y el tiempo de alteración del reactivo.

Composición del reactivo.—El reactivo, se compone de dos sustancias:

1.—Parafenilendiamina

2.—Dimetilanilina.

En cuanto a la concentración, prácticamente he deducido que haciendo una dilución de las tres décimas partes del peso molecular de las sustancias que entran en combinación, según la ecuación química descrita, a 50 c.c., se opera distintamente. He aquí la composición del reactivo:

Solución a).—

Parafenilendiamina 0.5 gramos

Alcohol absoluto c. s. p. 50 c.c.

Solución b).—

Dimetilanilina pura . . . 0.8 c.c.

Alcohol absoluto c. s. p. 50 c.c.

Otras soluciones que precisan.—Se necesitan además las siguientes soluciones:

Solución c).—

Agua oxigenada al 6 por ciento.

Solución d).—

Acido fórmico al 27 por ciento.

Modus operandi.—En un tubo de ensayo, se vierten:

solución a)	1 c.c.
solución b)	1 c.c.
Acido fórmico d)	5 c.c.
Agua oxigenada c).	5 gotas.

Hecha la mezcla, se agregan unos 3 c.c. de la orina en que se sospecha la existencia de sangre, se agita y se deja reposar. La aparición de un color verde, indica la presencia de sangre; en caso negativo, queda el reactivo en su primitivo color castaño.

Precauciones que deben tenerse presentes.

a).—El reactivo de parafenilendiamina, se altera con facilidad. Debe prepararse en pequeña cantidad; y guardarse en frascos de color caramelo en sitios apartados de la luz.

b).—El agua oxigenada debe agregarse momentos antes de efectuar el ensayo.

c).—La lectura debe hacerse hasta los 5 minutos.

d).—No debe excederse en la proporción indicada de agua oxigenada, porque la cantidad está determinada experimentalmente; y el tiempo de alteración del reactivo, está en proporción directa con la cantidad de peróxido de hidrógeno.

Sensibilidad de la reacción.—Medio centímetro cúbico de sangre en suero fisiológico en 2.000 c.c. cúbicos, produce la coloración del reactivo, vertiendo 3 gotas.

Glicemimetría

Por el Dr. ISAIAS MENDOZA DEL SOLAR.

La glucosa circulante.—La glucosa circula libremente en la sangre, tanto en el plasma como en los elementos figurados, los que merced a sus membranas difusibles permiten el libre ingreso y egreso de este cristaloides. La relación glóbulo-plasmática en estado normal, es un poco inferior a la unidad; en los diabéticos la acumulación es mayor en el plasma, atribuyéndose esta alteración al disfuncionamiento de las glándulas suprarrenal y pancreática, que por medio de sus hormonas favorecen la exósmosis globular, la primera, siendo el hiperinsulinismo favorable al predominio de la glucosa en los hematies.

Glicemia normal-hipoglicemia-hiperglicemia.—Desde Becquerel y Rodier se han hecho muchos trabajos para conocer la cifra de la glicemia normal, llegando hasta Arthus, Gley, Deuris y sus contemporáneos que la señalan entre 1 y 1,5 por mil. Los doctores Caballero y Suárez de Puga en su tratado "Análisis de la Sangre" (1934), dicen: "toda sangre cuya glucosa esté fuera de los límites de 0.60 y 1 gramos por litro, es patológica. Mayer & Lsnhartz en su obra "Los Análisis Clínicos" indican como normal 1 x 1.000. Muchos otros tratadistas señalan la misma cifra.

En la sangre existe, además, el "azúcar proteídico", que no se encuentra en los líquidos de diálisis ni en los ultrafiltrados sanguíneos; se trata de glucosa unida íntimamente a las proteínas formando parte de su molécula. Las propiedades reductoras aparecerán solamente después del tratamiento hidrolítico correspondiente. Su tasa normal es más o menos equivalente a la del azúcar libre, y para Bierry, Rathery y Bordet es entre 0.60 y 0.80 por mil, y los mismos

dan mucha importancia a la determinación sistemática de ambos azúcares, ya que la elevación anormal del azúcar proteídico será un signo de la perturbación del metabolismo de los glúcidos y de los proteidos; además, se ha comprobado una marcada hiperproteidoglicemia en el cáncer y en la tuberculosis pulmonar.

Umbral de excreción.—Quien determinó por vez primera el umbral de excreción para la glucosa, fué el gran Claudio Bernard, aunque la cifra dada por él resultó exagerada (3 a 4 x 1.000). Trabajos posteriores y de mayor precisión han permitido fijar en 1.80 ese número al que Beaumont y Dedds llaman punto de derrame del riñón, sin que esto quiera decir que es una cifra invariable.

Glicemimetría.—Innúmeras son las técnicas indicadas por los tratadistas para el dosaje de la glucosa sanguínea, métodos macroquímicos, microquímicos y los semi-micrométodos; pero en muchas la dificultad estriba en la mayor cantidad de sangre a tomar; en otras lo largo del proceso, la lectura colorimétrica, etc., etc. Hemos utilizado con buenos resultados el indicado por Hagerdern y Jensen y últimamente el del profesor Lebe Onell de la Universidad de Chile; verdad que en el primero de los señalados la cantidad de muestra es sólo 0.2 cc., pero lo largo del proceso es un inconveniente. La segunda de las técnicas tiene la dificultad de necesitar 2.5 cc. de sangre, lo que la hace impracticable cuando hay que hacer varios dosajes seguidos, al mismo paciente. El método que encuentro adaptable a cualquier circunstancia y que por su pequeña cantidad de sangre a tomar, precisión y simplicidad, es el que a continuación expongo.

Nuevo método de glicemimetría según Crecelios Seigert utilizando el colorímetro de Zeiss Ikon.—La sangre total se diluye en agua destilada y se desalbuminiza por ácido pícrico y se adiciona lejía de soda al filtrado. La glucosa transforma al ácido pícrico en pocrámico (rojo) en presencia del álcali.

La cantidad de pocrámico producido es dosado colorimétricamente en el Zeiss Ikon. La lectura de la gama valorada por igualación del color de la cuba con la solución, da directamente la cantidad de glucosa en miligramos por cien gramos de sangre examinada.

Técnica.—Tómese 0.2 cc. de sangre, bien la capilar o venosa, con los instrumentos de uso; mézclese con 1.8 cc. de agua destilada, añádase 1 cc. de solución reciente de ácido pícrico puro al 1.2% mezclado bien. Fíltrese utilizando el papel de filtro de N° 587 Schleicher & Schüll a Düren, recibiendo el filtrado en tubo graduado en décimas; aumentar el filtrado su décima de solución de sosa cáustica al 20%, hervir en b. de m. 5 minutos exactos; enfriar lo más rápida-

mente posible después de la ebullición; reemplazar la pérdida por evaporación, si la ha habido, por agua destilada; colocar la cuba con la solución en el colorímetro, disponerlo sobre una mesa blanca y frente a una ventana de luz difusa natural o artificial, echar a la izquierda el botón; observar por el ocular presionando, hacia abajo, con la mano izquierda, el obturador; hacer girar el disco ranurado con la mano derecha, mirando siempre por el ocular hasta igualar el color entre el tinte del líquido de la cubeta y el patrón coloreado que gira por medio del disco dentado. Después de la mejor igualación de los tintes de los dos campos, sin mover el aparato, echar a la derecha el botón. Observando siempre por el ocular se apreciará la escala graduada de 30 a 400 miligramos. La lectura dada por la pequeña punta señala la cantidad de glucosa por cien gramos de sangre total examinada.

Precauciones.—La lectura se hará a más tardar media hora después de la ebullición. La iluminación debe ser moderada. Repetir 3 a 5 veces cada lectura y tomar la media. Después de 30 minutos hay fatiga y es recomendable interrumpir la operación por 10 a 15 minutos. Si la cantidad de glucosa sobrepasa los 400 miligramos, repetir la operación diluyendo la solución terminal o tomando nueva muestra de sólo 0.1 cc. de sangre. El resultado final se duplica para obtener la tasa. Si el enfermo fuera acetónémico hervir la preparación antes de añadir la lejía; si hay pérdida se reemplaza por agua destilada.

Causas de error:

- 1) Por utilizar un papel de filtro distinto.
- 2) Por no enfriar la muestra inmediatamente después de la ebullición.
- 3) Por no utilizar los tubos de cristal neutro.
- 4) Por reemplazar la cuba cuadrangular por tubos corrientes.
- 5) Por secar los tubos con alcohol-éter.
- 6) Por impurezas de los reactivos o del agua destilada.
- 7) Por no haber reemplazado la pérdida por evaporación.
- 8) Por deficiencia en el tiempo de ebullición.
- 9) Por imprecisión en los pesos y medidas.
- 10) Por efectuar la lectura colorimétrica con exceso y deficiencia de luz o con los ojos cansados.
- 11) Por no haber eliminado la acetona si la hubiera.

Acción reductora y naturaleza química de la vitamina C

Por el Dr. ALEJANDRO TAPIA FRESES.

Zilva y Bezssonoff establecieron la naturaleza reductora del ácido ascórbico de concentrados obtenidos, a la vez que demostraron que dichos concentrados no disminuían su poder antiescorbútico por eliminación del nitrógeno amídico.

Ryght y Laland pensaron en un derivado de la narcotina, basándose en la presencia de la metil narcotina en los concentrados de vitamina de los jugos de naranjas; estos ensayos fueron posteriormente desechados debido a que se demostró que tanto la narcotina como su derivado metilado carecían de acción antiescorbútica.

Szent Gyorgi, que logró aislar de las cortezas suprarrenales una sustancia cristalizada en fórmula $C_6H_8O_6$, de acción reductora inmediata, sospechó fuera un derivado lactámico del ácido de una cetofurana, dándole el nombre de *ácido hexurónico*.

El ácido hexurónico se presentaba así como un cuerpo de importancia biológica por la reversibilidad de la reducción producida, con acción protectora contra las oxidaciones del protoplasma.

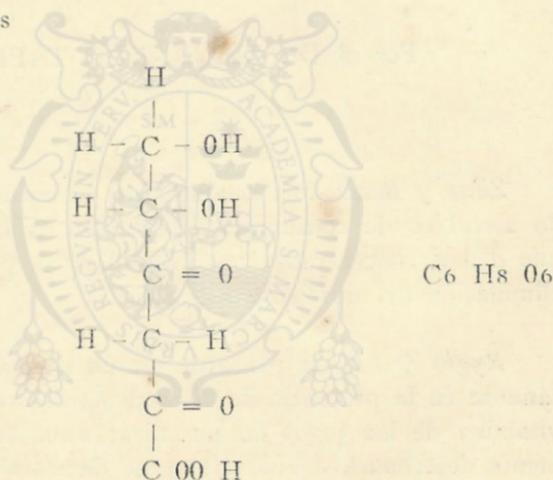
Szent Györgi y Svirbely, basándose en que el ácido hexurónico estaba dotado de acción contra el escorbuto, supusieron su identidad con la vitamina C, y desde aquí data que el referido ácido se conociera con el nombre de *ácido ascórbico o ascorbínico*.

Posteriormente *King* y *Waugh*, identificaron definitivamente el ácido ascórbico de *Szent Gyórgi* con la vitamina C.

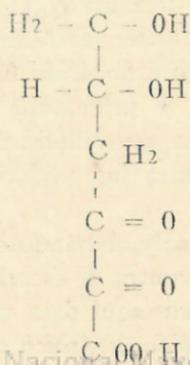
Por vía sintética (*Reichstein-1934*) es posible obtener al lado del ácido ascórbico antiescorbútico, que es levo, otro ácido dextrógiro sin acción biológica. El levo ascórbico sintético corresponde al ácido ascórbico natural extraído de los concentrados de jugos de limones, naranjas y pimientos.

La constitución química de la vitamina C ha sido materia de largas y laboriosas experiencias. *Szent Gyórgi* sostuvo que químicamente era una lactona del ácido glicurónico, y que su fórmula sintética era

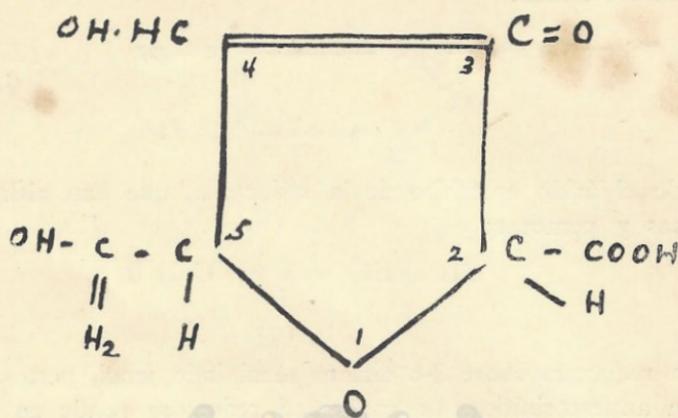
Karrer y sus colaboradores sostuvieron que no había tal forma lactónica y que el ácido ascórbico estaba estructurado con carboxilos, carbonilos y oxidrilos



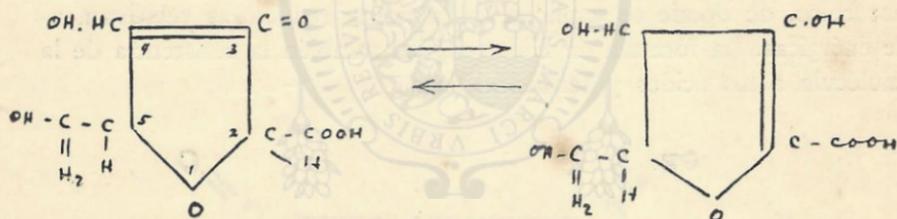
Haworth acepta el carboxilo y los dos carbonilos, pero situados próximamente, lo mismo que los dos oxidrilos:



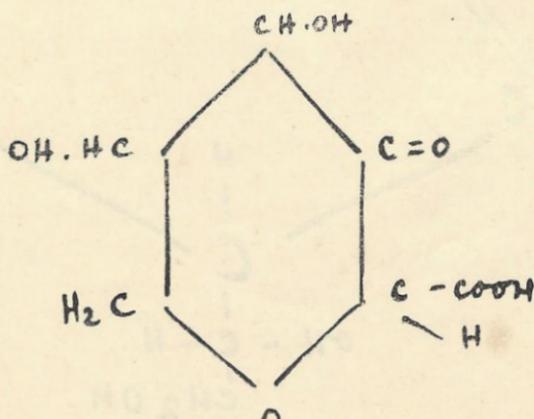
Micheel y Kraft, aceptan una estructura heterocíclica del tipo de las furanosas



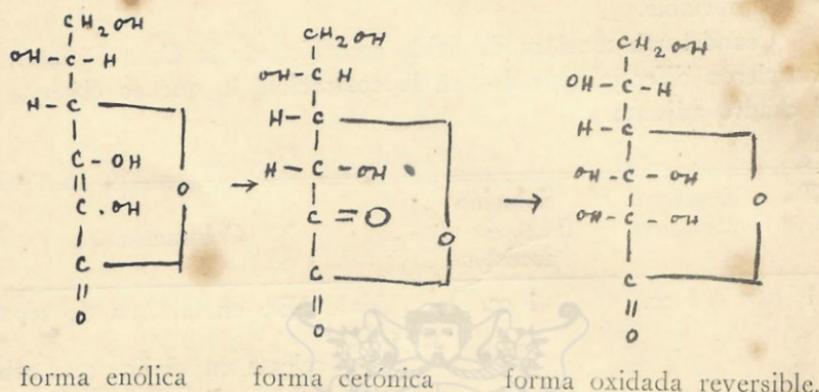
El átomo de hidrógeno del carbono (2) unido a un COOH y muy próximo a un oxígeno, sería el elemento mas lábil y causante de las acciones de óxido-reducción, como indica el esquema:



Al lado de estos esquemas de fórmulas otros han ideado una estructura piránica:



Ultimos estudios han demostrado que el ácido ascórbico no tiene libre el carboxilo, el cual está bloqueado por un puente oxídico, pudiéndose representar bajo dos formas isoméricas: la forma enólica de alcohol terciario y la forma cetónica.



La forma oxidada es reversible, fácilmente los tejidos pueden transformarla a su forma primitiva, siendo muy posible que tenga rol catalítico en los procesos de óxido-reducción que tienen lugar en la célula. Si la oxidación tiene lugar por el oxígeno molecular, el producto no es reversible.

En los jugos celulares de las plantas, la oxidación tiene lugar gracias a los peróxidos y peroxidases, los fenoles existentes serían los catalizadores. Los fenoles se oxidan por los peróxidos y peroxidases, transformándose en quinonas, que oxidan los hidrógenos lábiles de la vitamina C volviendo a su forma primitiva.

El ácido ascórbico puede perder y fijar hidrógeno, hay que considerarlo por tanto, como un transportador y aceptor de H, sufre procesos de oxidación en los distintos líquidos biológicos: suero sanguíneo, líquido céfalo-raquídeo, orina, leche, jugo de frutas, jugo de zapallos, etc., tal oxidación es mas intensa en presencia de cloruro cúprico catalizador, pero el glutatión desempeñando acción anti-oxígeno, inhibe tal oxidación del ácido ascórbico, como lo han demostrado los trabajos de Eleazar Guzmán Barrón y sus discípulos.

Anteriormente en un pequeño trabajo de notas de laboratorio, dimos cuenta de la acción reductora enérgica de la vitamina C sobre el reactivo vanádico.

Cuando una solución muy diluída que contiene vitamina C cristalizada, o soluciones diluídas de productos farmacéuticos que la contienen como Cantán Bayer, Cebión Merck, se hacen actuar sobre

el anhídrido vanádico en disolución sulfúrica, aparece una coloración azul celeste, verde olivo o verde Nilo, debida a fuerte reducción del anhídrido vanádico y formación de compuesto vanadoso. Esta reacción es sensible hasta diluciones de 0,001% de vitamina, usando como cantidad máxima de solución 1 cc., lo que da una sensibilidad muy apreciable.

Usando una muestra de ácido ascórbico de la Casa Grüber, se obtuvieron diferentes grados en la coloración, lo que se observa en el cuadro adjunto.

Nº	Reactivo vanádico	Solución 0.1% de ac. ascórbico	Coloración
1	1 cc.	1 cc.	Verde Nilo en la zona de separación. Azul celeste en el líq. que sobrenada. Verde azulado por agitación.
2	1 cc.	½ cc	Verde Nilo en zona, azul celeste en el líq. que sobrenada. Verde olivo por agitación.
3	1 cc.	0,3 cc.	Verde Nilo en zona azul celeste más débil en el líq. que sobrenada Amarillo verdoso por agitación.
4	1 cc.	0.15 cc	Azul celeste más débil en el líq. que sobrenada, por agitación se conserva el color del reactivo.

La acción del ácido ascórbico sobre el V_2O_5 confirma una vez más el poder reductor de la vitamina C, la que se comportará de modo general como reductor que tiene estructura especial de su molécula.

Por otra parte el grupo funcional CHO de las aldehidas no limita que otros cuerpos, sin tener dicho grupo funcional, dejen de ser reductores.

Glicemia y Lacticemia

Por el Dr. JORGE E. MEJIA G.

El metabolismo hidrocarbonado, en su desarrollo, reúne características de cuya averiguación podemos deducir el estado de las oxidaciones intraorgánicas (1), (2), (3).

Concurren a esto:

- a).—El conocimiento avanzado que poseemos del metabolismo de esta clase de alimentos;
- b).—La sencillez de su constitución química, condicionando lo anterior (4);
- c).—El dominio de técnicas susceptibles de evidenciar tales procesos;
- d).—Los caracteres de la curva glicémica, previa administración de glucosa pura, de glucosa con insulina o de una droga que movilice el glucógeno (5) (6) (7) (8);
- e).—La diferente distribución de la glucosa en la sangre arterial y en la sangre venosa, en relación, se acepta como probable, con la importancia de la masa muscular (9);
- f).—La circunstancia de que la tasa de un producto intermedio, el ácido láctico, puede ser modificada en más, sin previa administración (ejercicios musculares) (10);
- g).—El desarrollo de la curva de glicolisis (11) (12);
- h).—El rol considerable que desempeña la glucosa como combustible celular a través de la circulación.
- i).—La reversibilidad de la misma, ligada a funciones trascendentes. Nos referimos a su capacidad de actuar como glucógeno, glucosa o ácido láctico y viceversa, con definida

función en cada uno de los eslabones. Todo lo cual sugiere a decir que la glucosa circula en permanentemente rectificación anabólica y con un margen relativamente exiguo de desgaste.

La glucosa mas bien circula, que se quema.

Este conjunto conveniente para deducciones, no es ofrecido en la combustión de los prótidos ni de los lípidos. En los prótidos encontraríamos un esbozo de "rectificación anabólica", en el caso del ciclo:

Ornitina, citrulina, arginina, ornitina, etc., pero este ciclo está totalmente localizado a la función ureogénica (13), que solo con mucha desventaja, podría reemplazar al estudio del metabolismo de los glúcidos.

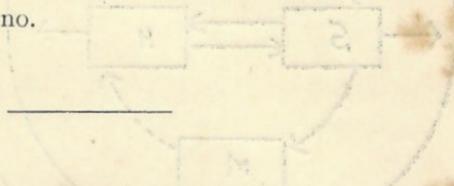
La circunstancia de que en la fórmula de los hidrocarbonados, el C y el O se hallen en proporciones semejantes (por ejemplo $C_6H_{12}O_6$), explica dos hechos evidenciables de su metabolismo, a saber: 1) porqué durante la oxidación de estos alimentos, la proporción de CO_2 formado es exactamente la misma que la del O fijado; así 100 grs. de glucosa, para ser completamente oxidados, requieren 75 litros de oxígeno y dan lugar a la formación de 75 litros de anhídrido carbónico (cociente respiratorio 1) (15); y 2) por qué para producir, verbigracia 100 litros de CO_2 , son los que menos O requieren: en efecto, mientras que las grasas precisan 142 litros de O, los hidratos de carbono, como ya lo hemos visto, solo requerirían 100 litros del mismo.

Este segundo hecho halla su explicación en la pobreza relativa de oxígeno de las grasas en comparación con los hidratos de carbono: un ácido graso, el esteárico por ejemplo, para C_{17} apenas si posee 2 átomos de O. Es por lo anterior que se explica que durante la transformación de los hidrocarbonados en grasas, la captación exógena del O se reduce, desde que, por generarse un cuerpo pobre en oxígeno a expensas de otro rico en el mismo elemento, el abastecimiento en oxígeno, en gran parte, es endógeno, ocasionando su menor demanda del exterior y por lo tanto una elevación de cociente respiratorio (hasta de 1.4).

La influencia del oxígeno estructural, reduciendo relativamente su adquisición del medio externo, sería un argumento en contra de lo que venimos sosteniendo de servirnos del metabolismo de los glúcidos como de un indicador para descubrir alteraciones en los procesos de oxidación. Sin embargo, además de las características propicias ya señaladas, el hecho de ser la glucosa, el principal alimento de ataque

para subvenir las necesidades de la economía lo mantienen en situación preferente para estos estudios.

En este mismo orden de cosas sería interesante averiguar, mediante observaciones comparadas en costa y altura, el mayor o menor tiempo para la formación de cuerpos cetónicos, en sujetos en ayuno hidrocarbonado y mas bien en régimen graso. Si en la altura, realmente las condiciones para la utilización del oxígeno no son tan favorables como en el llano, la acetonuria, verdadero vicio de oxidación, sería mas precoz que en el llano.



La degradación diastásica que sufren los hidrocarbonados en el tracto digestivo, conduce, en último término, a la liberación de la glucosa como elemento absorbible. A partir de este momento, dicho azúcar va a desempeñar un rol preponderante a través del hígado, de los músculos y de la circulación misma, mediante desapariciones y reapariciones—fenómenos de síntesis, hidrólisis, oxidación, etc.—, transformación en ácido láctico con recuperación parcial por acciones reversibles (5/6 en el músculo, según Meyerhoff) (15), etc., que acreditan su investigación como singular en determinaciones que tiendan al conocimiento de la calidad y cantidad de las oxidaciones que en cualquiera circunstancia tengan lugar.

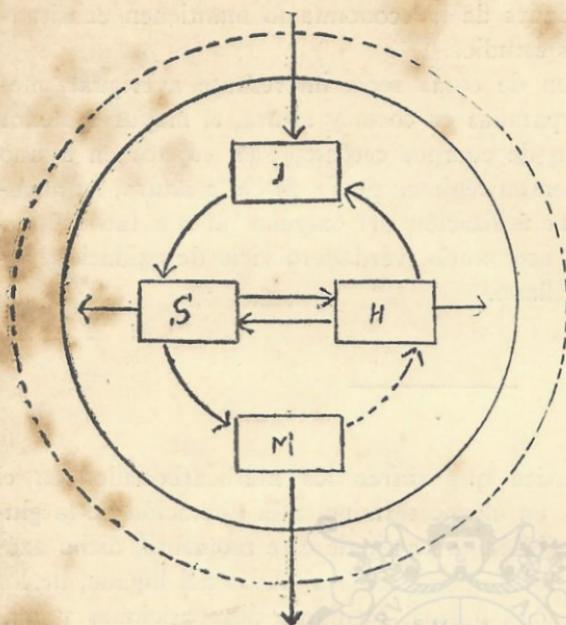
Para evitar referirnos en detalle a las distintas etapas del metabolismo de los glúcidos, la variabilidad funcional de la glucosa, en sus principales momentos, la hemos representado en un esquema, de cuyo análisis puede inferirse la importancia de su rol. En su mitad inferior, puede reconocerse al esquema de Cori:

Glucosa, glucógeno muscular, ac. láctico, glucóg. hepático, glucosa, etc.

Lectura del esquema:

I, representa al intestino y la flecha que incide, representa el aporte exógeno de la glucosa, que una vez absorbida se reparte ya en la sangre —S— contribuyendo a la regulación de su normal de azúcar, y, sobretudo, en el hígado, a donde se almacena en forma de glucógeno.

La integración del hígado por glucógeno, no es exclusivamente exógena: la transformación de las proteínas en hidratos de carbono, constituye la cuota endógena, en parte, de dicha sustancia y en nues-



Circunf.—regulac. neuro-endocrino-vitamínica
 „suministro de oxígeno.

tro esquema se halla representada por la flecha que incide a esta víscera por su derecha. Otra fracción de esta cuota endógena está representada por la procedente del glucógeno de los músculos—M—y que se hace en forma de ácido láctico, que el hígado—H—convierte a glucosa y a glucógeno, respectivamente.

Volvamos a la sangre—S—, que había recibido una pequeña fracción de la glucosa

absorbida. Entre ella y el hígado se establece una doble corriente de intercambio de esta sustancia, constituyendo, debido sobre todo a los distintos aportes que de glucosa recibe el hígado, el intercambio principal para el sostenimiento de la tasa normal del azúcar sanguíneo.

La sangre distribuye este elemento de combustión a toda la economía. Por razones de esquematización y preponderancia, sólo los músculos aparecen en el esquema. Durante el trabajo muscular, va a generarse, a expensas de la glucosa, el ácido láctico, que, en su corriente hacia el hígado, como fracción de su cuota, endógena de azúcar, va a cerrar el esquema.

La flecha que se desprende a la izquierda de S, representa la fracción de glucosa destinada a la formación de grasas.

De M. emerge una flecha que significaría toda la glucosa oxidada que desaparece de la economía.

Este balance complicado del azúcar, siempre urgido por las necesidades metabólicas de los tejidos, es regulado, verosímilmente, por las glándulas de secreción interna, las vitaminas y por el sistema nervioso vegetativo y pensamos, que tal vez este amplio juego regulador a su vez se halle condicionado por el aporte del oxígeno. (16) (17) (18).

Si no podemos arreglar todos los hechos hasta poder afirmar que esta regulación—que en su mayor parte significa distribución distinta—emana de estados microasfíxicos celulares, que movilizan reservas

nutritivas y entre ellas la glucosa, provocan alteraciones en su distribución, podemos al menos admitir, que la disminución del oxígeno actuando sobre los reguladores ordinarios de la glucosa (glándulas endocrinas y sistema vegetativo) alteren su función y aparezcan como consecuencia, cambios en las tasas simples, en las distribuciones—células y humores—y en sus coeficientes.

Los dos círculos, que alternadamente abrazan el esquema, traducen gráficamente lo que acabamos de exponer.

Las funciones registradas en el esquema, pertenecen a acuerdos unánimes de los investigadores, en cambio los procesos en actual discusión en relación con este metabolismo, como por ejemplo la formación del ácido láctico a nivel del pulmón (19), deliberadamente dejamos de consignarlos.

En el problema de la altura, un condicionamiento cósmico—el enrarecimiento del aire, con la disminución de la presión parcial del oxígeno—fué intuído como principal en la formación biológica del hombre del Ande y en los trastornos del que remonta sus cumbres desde el llano. En su evolución a causa concreta, planteó primero, como doctrina, un defecto en la captación del oxígeno, a modo de la anoxia anóxica de Barcroft, (teoría de la impermeabilidad pulmonar de Monge; neumoniosis de Brauer) (20) (21), que fehacientes estudios bien conducidos, como la demostración de mejores saturaciones arteriales de oxígeno en los asoroachados que en los que no experimentan ningún trastorno (22), inhabilitaron en gran parte, dando paso, en segunda intención, a la doctrina de defecto en la utilización del oxígeno a nivel de los tejidos.

Así planteado el problema, hay argumento para deducir que las perturbaciones celulares puedan ser las eficaces en los trastornos variados del soroche y no meros reflejos de la anoxemia primitiva de los centros. Podíamos decir tal vez, que de la teoría central—por definición mas sencilla—hemos llegado a una teoría periférica del fenómeno. Mas bien dicho, la teoría pulmonar de soporte exógeno ha cedido el paso a la teoría tisular, de soporte endógeno.

Barcroft, clasificó las anoxias según que la causa residiera en la dificultad de la oxidación a nivel de los pulmones (anoxia anóxica), en el descenso de la capacidad de la sangre para fijarlo (anoxia anémica) o en la lentitud de la circulación (anoxia estática). Nosotros denominaríamos, anoxia de captación, anoxia de conducción y anoxia de distribución, respectivamente.

Hasta ahora permanece sin equivalente la presunta anoxia de utilización: Barcroft, creó un cuarto tipo que denominó histo-toxica, producida por mecanismos inhibitorios sobre elementos que presiden las funciones de oxidación. Dió como tipo la intoxicación por los cianuros, producida por la inhibición de las oxidasas que fijan el oxígeno en los citocromos, con la perturbación de este momento necesario de la circulación del oxígeno, desde que actúa intermediariamente entre la simple vehiculación del mismo por la hemoglobina y su utilización por las células.

La anoxia de utilización, no será enteramente superponible a la anoxia histo-tóxica, hasta mejor ilustración del fenómeno.

El conocimiento de los citocromos—incluyendo la miohemoglobina—adquirió entonces relieve y, en este sentido, Hurtado (23) ha realizado un magnífico aporte, afirmando que la miohemoglobina crece considerablemente en el diafragma de los animales de la altura.

(Esta constatación nos hace evocar a Hermann, que, puesto a interpretar fenómenos desarrollados en ausencia del oxígeno, pero inexplicables sin él, sugirió que la economía animal poseía moléculas gigantes—que denominó inógeno almacenadoras de oxígeno “intra-molecular” y que lo liberarían a merced de las necesidades. Del inógeno a los citocromos, siglo y medio).

Estos compuestos por su mayor poder de fijación del oxígeno y su carácter de auto-oxidables (fracción b, de Keilin) (24), es posible que, en su aumento, representen el esfuerzo compensatorio del organismo frente a la agresión, primordial bajo todo punto de vista, de la baja tensional del oxígeno atmosférico. Su función efectiva es de difícil discriminación, desde que se halla gobernada por un doble juego de sistemas de oxidasas-deshidrogenasas, a su vez estimulados o inhibidos por factores desemejantes, que contribuyen, aún más, a dificultar su análisis.

Colocados en el presunto terreno de una anoxia de utilización, se encuentra justificado el empeño de hallar trastornos del metabolismo celular, y esperar que, tal vez, el estudio sistematizado de la distribución del ácido láctico y de la glucosa, en condiciones basales, luego de ejercicios standarizados y bajo la influencia de drogas que modifiquen el tono del sistema nervioso vegetativo (19), comparadas con idénticas especulaciones a nivel del mar, formarán un argumento mayor en apoyo de la doctrina tisular.

Esta nota preliminar se refiere a la determinación del azúcar y del ácido láctico a nivel del mar, utilizando la técnica de Miller y Van Slyke, para la glucosa, y la de Friedmann y sus colaboradores, para el ácido láctico.

Método de Miller y Van Slyke para la determinación del azúcar de la sangre (25)

La garantía de un procedimiento analítico, es la suma de las seguridades que ofrecen sus distintos momentos y si a ellos se añaden ventajas económicas, en el sentido de cantidad de sangre, cantidad de tiempo y aún costo, puede estimarse como ideal al tal método.

Una de las ventajas del método que sigue, es el empleo de solo 0.1 cc. de sangre; existen procedimientos, como v.g. el de Folin con la modificación de Malmros (26) (27), que también utilizan solo 0.1 cc. de sangre, pero esta ventaja no es complemento de una serie de seguridades, como en la técnica siguiente:

Reactivos:

a) ácido sulfúrico 18 N: (aprox.)

SO_4H_2 con. (d-1.84) 465 cc.
ag. dest, 535 „

El ácido sulfúrico, para este reactivo como para los siguientes, no debe contener sustancias reductoras y tal cosa debe averiguarse añadiendo a una mezcla de 20 c.. de ácido, 60 cc. de agua destilada, 0.05 cc. de permanganato de potasio n/10, que comunicará al preparado una débil coloración rosa que, a ser satisfactorio el ácido, debe persistir por lo menos 5 minutos.

b) ácido sulfúrico 0,275 N:

SO_4H_2 conc. (d-1.84) 8.8 cc
agua dest. c.s.p. 1000.0 „

c) hidróxido de sodio 1.1 N:

NaOH (q.p.) 44 grs.
ag. dest. c. s. p. 1000 cc.

El hidróxido debe proceder de un frasco recientemente abierto, para evitar en lo posible se humedezca el producto. En caso contrario, debe partirse de una solución concentrada de soda, en la que pre-

picitan los carbonatos y sólo utilizarse para la dilución y la titulación con ácido, en presencia de rojo de metilo como indicador, el líquido que sobrenada.

d) hidróxido de sodio 0.275 N:

NaOH 1.1 N	250 cc.
ag. dest. c.s.p.	1000 ,,

e) sol. ácida de sulfato de cadmio:

$3SO_4Cd.8H_2O$ (q.p.)	13.0 grs.
SO_4H_2 N	65.5 cc.
ag. dest. c.s.p.	1000.0 ,,

El ácido sulfúrico N puede obtenerse, completando hasta 1 litro, 27.5 cc. de ácido sulfúrico concentrado (d-1.84).

f) sol. de sulfato ferroso amónico (sal de Mohr) n/10:

$(SO_4)_2(NH_4)_2Fe$	39.214 grs.
ag. dest.	300. cc.
SO_4H_2 18 N	25 ,,
ag. dest. c.s.p.	1000 ,,

La sal de Mohr, debe ser muy pura y libre de manganeso. Hemos utilizado, con magnífico resultado, la suministrada por Eimer y Amend, de New-York.

g) sol. de setopalina C (indicador):

setopalina C.	0.10 grs.
ag. dest. c.s.p.	100.00 cc.

Este colorante es exclusivamente manufacturado por la casa Ceigy de Basel, en Suiza, y es menester solicitar su envío a ellos, pudiendo ser remitido fácilmente en carta postal.

La solución dura varios meses, sin embargo los cambios mas netos, durante la titulación, se consiguen con soluciones frescas, razón por la cual, hasta habituar el ojo, debe preferírseles al comienzo.

h) sol. stock de sulfato de cerio 0.1377 N:

SO_4Ce anhidro.	110 grs.
SO_4H_2 conc.	35 cc.
ag. dest.	35 ,,

Estos ingredientes son colocados en un *beaker* de 800 cc. Se agita con una bagueta, se calienta y se añade agua destilada, en pequeñas porciones, hasta que prácticamente se disuelva todo el sulfato. Entonces se filtra, se enfría, se completa con agua destilada, a 1000 cc. y se procede a titularla como sigue:

En un *beaker* de 150 cc., se depositan 15 cc. de la sol. stock de Ce, 50 cc. de agua destilada y 3 cc. de ácido sulfúrico 18 N. Desde una bureta calibrada, de 25 cc., se deja caer la solución standard n/10 de sal de Mohr, hasta que la coloración amarilla casi desaparezca. En este momento se añade 8 gotas de solución de setopalina y se continúa la adición del líquido en la bureta hasta que se produzca un viraje, siempre muy neto, del amarillo oscuro, que produjo el indicador al ser añadido, a un amarillo claro y brillante. Anotar exactamente la cantidad gastada de sal de Mohr. Para obtener la normalidad real de la solución de sulfato de cerio (obtenida por pesada en exceso), se aplica la fórmula general para esta clase de cálculos:

$$\frac{\text{cc. sol. St.} \times \text{tit. sol. St.}}{\text{cc. sol. X}} = \text{tit. sol. X}$$

Para efectuar la corrección de la normalidad hallada a la normalidad deseada, se aplicará, en el caso de la solución de sulfato de cerio, la fórmula:

$$\frac{0.1377}{\text{tit. real}} \times 1000$$

la cifra que se obtenga, completada hasta 1000 cc. con agua destilada, nos procurará la solución de sulfato de cerio de título: 0.1377.

i) sol. alcalina de ferricianuro de potasio:

i) sol. alcalina de ferricianuro de potasio:

$\text{Fe}(\text{CN})_6 \text{K}_3$ (q.p.)	5.0 grs.
CO_3Na_2 anhidro	10.6 „
ag. dest. c.s.p.	1000.0 cc.

El ferricianuro de potasio debe ser muy puro y no contener ferrocianuro. Para averiguar si contiene esta impureza se procede así: a 2 cc. de una solución al 1% de la sal, se añade 3 cc. de agua destilada y 1 cc. de una solución de alumbre férrico; no debe desarrollar coloración azul. (28)

Esta solución, guardada al abrigo de la luz, se conserva varios meses.

j) carbonato de bario, en polvo y de la mayor pureza y papel de filtro o algodón, lavados.

Aún los mejores papeles de filtro (el autor recomienda el de Schüll Nº 602), contienen cantidades apreciables de sustancias reductoras. Para eliminarlas, se les mantiene sumergidos (igual que al algodón absorbente) en agua corriente, durante dos días, al cabo de los cuales se les sumerge, sucesivamente, en varios recipientes con agua destilada. Se les seca y se les conserva al abrigo del polvo.

Procedimiento.

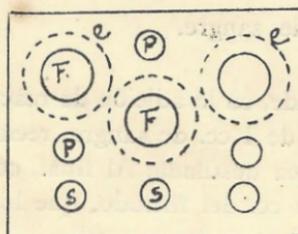
Las determinaciones pueden practicarse, con igual exactitud, sea en 0.1 cc. sea en 1 cc. de sangre. En el primer caso el filtrado y los líquidos de lavado, son empleados, íntegramente, para la titulación; en el segundo caso solo se emplea 1 cc. del filtrado (equivalente a 0.1 cc. de sangre) y el resto puede emplearse para determinar la urea. La variedad con 0.1 cc. está destinada a determinaciones en sangre capilar y la sangre debe ser tomada con pipetas standard, de 0.1 cc. (pipetas de Folin).

A.—Precipitación de las proteínas:

a) con 0.1 cc. de sangre (microprecipitación)

Se coloca, en un tubo de prueba, 4 cc. de la solución del sulfato de cadmio, se vierte en ella 0.1 cc. de sangre, enjuagando varias veces la pipeta con la misma solución de cadmio del tubo. Se agita hasta que la mezcla adquiera un color oscuro y solo entonces se añade 2 cc. de la solución de hidróxido de sodio 0.275 N. Se agita y se coloca el tubo en el baño maría hirviendo, durante 3 minutos (Es de advertir que siempre que se utiliza el b. m. es preciso colocar los tubos en una gradilla apropiada que pueda ser sumergida en el agua del baño y que después pueda servir para transportar los tubos, a fin de enfriarlos, a un lavatorio lleno de agua corriente). Enfriar y añadir 0.30 grs., aproximadamente, de carbonato de bario en polvo. Obturar el tubo con el pulgar y sacudir fuertemente durante 10-12 segundos. La mezcla es entonces filtrada a través de un pequeño papel de filtro o algodón lavado y el líquido es recibido en un tubo de 50 cc. de capacidad. El residuo del filtro es lavado tres veces con 4 cc. de agua destilada, cada vez, recibiendo siempre el líquido en el mismo tubo.

Es conveniente, sobre todo cuando se trabaja en serie de 10 determinaciones o más, disponer de una gradilla conveniente, en la que se correspondan uno tras de otro, los tres tubos de una misma determinación (el de la sangre, el de la precipitación y el del filtrado) y a donde, cómodamente, tal como indica la figura, puedan colocarse, sin obstáculo, de una vez todos los embudos necesarios:



- s) tubo que contiene la muestra de sangre, cuando se le obtiene por punción venosa,
 - p) tubo de la precipitación,
 - f) tubo que recibe el filtrado y los líquidos de lavado, y
 - e) contorno de los embudos, que así alternados, no se obstaculizan unos a otros.
- b) con 1 cc. de sangre (macroprecipitación):

A 8 cc. de la solución de sulfato de cadmio, contenidos en un tubo de prueba, se añade 1 cc. de sangre oxalatada, obtenida recientemente y se agita hasta el oscurecimiento de la mezcla, añadiéndose luego, 1 cc. de la solución de soda 1.1 N y 0.30 grs. de carbonato de bario. Agitar, obturando con el pulgar y centrifugar brevemente, a fin de facilitar la filtración siguiente, que, como en el caso anterior, se practica a través de un filtro lavado. Separar a un tubo de 50 cc. de capacidad, 1 cc. del filtrado (que equivale a 0.1 cc. de sangre) y añadir, para terminar en condición semejante al primer caso, 14 cc. de agua destilada.

B).—Obtención de los blancos:

- a) para 0.1 cc. de sangre:

Se utilizan los mismos reactivos, en idénticas proporciones, con excepción de la sangre. Cuando se utiliza el algodón para filtrar, es conveniente prescindir de la solución de cadmio, por que el hidróxido de este metal, formado en contacto de la soda, dificulta la filtración y, por otra parte, este reactivo no influye en el resultado final. En este caso para la obtención del blanco, se procede así:

2 cc. de NaOH 0.275 N
 2 „ „ SO₄H₂ „
 14 „ „ ag. dest.
 0.30 grs. „ CO₃Ba,

y se sacude fuertemente, se centrifuga y se filtra el líquido que sobrenada, recibiéndolo, totalmente, en un tubo de 50 cc.

b) para 1 cc. de sangre.

También en este caso se procede, en la adición de reactivo, como cuando se precipitan las proteínas de 1 cc. de sangre, reemplazando únicamente a ésta, con 1 cc. de agua destilada. Al final, como entonces, se separa a un tubo de 50 cc., 1 cc. del filtrado, que luego se completa con 14 cc. de agua destilada.

Un blanco sirve para todos los análisis que se practiquen simultáneamente.

C.—Reducción del ferricianuro:

Como término del momento anterior, en cualquiera de sus variantes, tenemos sendos tubos que contienen el filtrado desproteinizado, correspondiente a 0.1 cc. de sangre y cierta cantidad de agua destilada que aproximadamente lo completa a 15 cc.

Una determinación de azúcar comprende dos tubos: uno el de la sangre y otro el del blanco: a cada uno de ellos, se adiciona 2 cc. de la solución de ferricianuro, se facilita su mezcla suavemente y se les lleva al b.m.h., durante 15 minutos, al cabo de los cuales se les enfría 3 minutos al agua corriente.

D.—Titulación:

Inmediatamente antes de proceder a ella, añadir a cada uno de los tubos, 1 cc. de ácido sulfúrico 18 N y 7 gotas de la solución del indicador y luego dejar caer, desde una microbureta calibrada, una solución de sulfato de cerio de título 0.002754, obtenida en el momento, como sigue:

Aspirar, con una pipeta de Ostwald, 2 cc. de la solución stock de sulfato de cerio y depositarlos en una fiola calibrada de 100 cc., añadir cierta cantidad de agua destilada, luego 5 cc. de ácido sulfúrico 18 N y completar hasta 100, con agua destilada. Esta solución, siempre destinada a ser utilizada inmediatamente, sufre disminución en su poder, aún conservada en refrigeradora.

La setopalina comunica al líquido una coloración amarillo dorada, de tono bajo, que la solución de cerio, en el momento crítico, va a modificar nítidamente al amarillo oscuro, instante en el que se practica la lectura en la bureta. A pesar del título de la solución, (0.002754) es una gota mas añadida desde la bureta, la que repentinamente produce el cambio de tono.

E.—Cálculo:

Primero se procede a la titulación del blanco y, la cantidad obtenida, se añade al tubo de la sangre. Se vuelve a nivelar la bureta al 0, para poder practicar con comodidad y de manera directa la lectura posterior. Existen microburetas que presentan graduación sobre el 0, en este caso se carga la bureta exactamente disponiendo sobre el 0, los décimos y centésimos determinados en el blanco. En cualquiera de los casos el cálculo se practica, teniendo en cuenta que cada 0.01 de la bureta, consumidos, equivalen a 0.01 grs. de glucosa, por litro o a 0.001 grs. por cien.

Teoría, ventajas y control del método.

A.—Teoría:

a) La sangre es desproteinizada con hidróxido de cadmio, en medio ácido. El hidróxido se genera en el momento, a expensas del sulfato de cadmio y del hidróxido de sodio. La acidez, conveniente, tiende a aproximar a las proteínas a su punto iso-eléctrico, facilitando así su precipitación.

b) El exceso de cadmio, es removido por la agregación del bario, que va a dar lugar a una sal insoluble, que luego se elimina durante la centrifugación o la filtración siguientes. La eliminación del cadmio, que constituye una modificación de los autores de la técnica, es menester, para que en el desarrollo posterior, no interfiera con la titulación. La remoción total del cadmio se reconoce por que al retirar el tubo del b.m., permanece trasparente.

c) El azúcar contenida en el filtrado desproteinizado, reduce el ferricianuro a ferrocianuro.

d) El ferrocianuro formado, es titulado con sulfato de cerio, en presencia de un indicador de oxidación-reducción, la setopalina C.

B.—Ventajas.

a).—De las tres cualidades de los azúcares que posibilitan sendas técnicas para su determinación, a saber: 1) su poder reductor;

2) su actividad óptica y 3) su fermentación, sólo esta última es considerada como patognomónica, desde que la reducción y la actividad óptica, son cualidades generalizadas a muchos componentes de la sangre. Por esta razón para apreciar la bondad de un método de precipitación, se le juzga determinando la coincidencia de las cifras halladas mediante la determinación del azúcar por fermentación con levadura y mediante la estimación de los cuerpos reductores por el método que se preconiza. La perfecta coincidencia de las cifras, acredita que el método de precipitación empleado, ha eliminado todas las sustancias reductoras que no sean glucosa. La precipitación con el hidróxido de cadmio, propuesta por Fujita e Iwatake, consigue este ideal, reduciendo a prácticamente cero, el material reductor no fermentable, lo que hace considerar a éste, como superior a los métodos de desproteínización de Folin y de Somogyi (con hidróxido de zinc) (29) (30). Miller y Van Slyke, han encontrado que para sangres, cuya urea no sobrepasa 0.45 grs. 0%, la diferencia entre la glucosa determinada por fermentación y esta misma determinada por su método, alcanza a lo mas a 0.0015 grs. %.

Esta ventaja del procedimiento, se debe a que el hidróxido de cadmio elimina sobre todo el glutathion de la sangre.

b).—La clásica reducción del cobre ha sido reemplazada por la reducción del ferricianuro. No constituye una innovación desde que el método bastante vulgarizado de Hagedorn y Hensen, lo utiliza (31). La novedad y con ello la precisión del método, radica en que mientras que Hagedorn y Hensen determinan el ferricianuro no reducido, en el método de Miller y Van Slyke se determina directamente el ferrocianuro formado, reemplazando un dato indirecto que significa doble probabilidad de error y límite estrecho en las determinaciones, por un dato directo y un límite amplio para apreciaciones elevadas de azúcar (hasta de 8 grs. 9/100), que constituyen su mejor garantía.

El ferrocianuro formado, no es fácilmente reoxidable, como sucede con los compuestos de cobre u otros metales pesados reducibles.

Otra rectificación al método de Hagedorn y Hensen, es que mientras en éste la cantidad de ferrocianuro reducido no es exactamente proporcional al azúcar, en el método de Miller y Van Slyke, sí lo es debido a la posibilidad de emplear exceso de ferricianuro.

Por último, el método de Hagedorn y Hensen, usando la desproteínización zincica, insuficiente para eliminar los cuerpos reductores no fermentables, arroja cifras superiores a la realidad en 10 y hasta 30 miligramos por cien.

c).—El título adecuado del standard de sulfato de cerio, a donde cada 0.01 cc. equivale a 0.01 grs. de glucosa (o a 0.001 grs. %),

presenta la doble ventaja: 1) de ser diluido, sensibilizando la apreciación en cantidad; y 2) ser titulado de tal manera que el cálculo puede ser hecho directamente por la lectura de la microbureta.

La precaución de la determinación de los blancos, elimina toda la reducción no específica debida a los reactivos y al papel de filtro, desde que, el valor hallado en ellos, es previamente adicionado a los demás tubos, con el objeto de neutralizar tal error. La lectura definitiva se practica sin tener en cuenta dicha adición.

d).—No se requiere, para una determinación, mas que 0.1 cc. de sangre, fácil de obtener por picadura del dedo o del lóbulo de la oreja.

e).—Como es método titrimétrico, en el que al final va a estimarse un producto formado por la reacción entre el azúcar de la sangre y un reactivo añadido en exceso, sólo precisa dos mediciones exactas: el décimo de la sangre y la cantidad de sulfato de cerio consumido en la titulación.

f).—Una serie de 10 o mas determinaciones, puede ser llevada a efecto en menor cantidad de tiempo que con cualquiera otra técnica.

C.—Control.

Mejor control que la determinación del azúcar, en soluciones de concentración conocida, es el procedimiento que consiste en añadir, a una muestra de sangre cuyo tenor en glucosa se ha determinado, una cantidad conocida de esta sustancia y comprobar si, por una subsiguiente determinación, se le halla exactamente adicionada a la tasa primitiva de la glucosa de la sangre. La sustracción de la cifra inicial de glucosa, de la glucosa total de la segunda determinación, se denomina glucosa recuperada y es, alrededor de ella, que se establece el juicio acerca del rigor del procedimiento.

En tres determinaciones de esta naturaleza, hemos hallado los siguientes resultados, que como se verá señalan un error despreciable:

	gluc. basal.	gluc. añad.	gluc. total.	gluc. recup.	error%
Nº 1	83	10	91	8	—2.2%
Nº 2	90	15	102	12	—2.9%
Nº 3	88	20	107	19	—1.0%

Observación.

La sangre, a menos de estar fluorurada, no puede guardarse. Una vez en contacto con el cadmio, no es conveniente esperar, para

proseguir la técnica, mas de dos horas, a causa de que, la hidrólisis de las proteínas, incrementa su poder reductor. Una vez obtenido el filtrado debe seguirse de una vez hasta el final sin interrupción, pues, no es susceptible de ser conservado.

Método de Friedmann, Cotonio y Shaffer, para la determinación del ácido láctico en la sangre. (32) (33) (19) (14)

Desde que Frei, en 1885 y Berlinerblau, en 1887 (34), señalaron el ácido láctico en la sangre del perro y del hombre, respectivamente, se han sucedido hasta la fecha, buen número de métodos con mayor número todavía de modificaciones de cada uno de ellos, que dicen, claramente, de la dificultad de conseguir una determinación exacta de esta sustancia.

Los diversos métodos propuestos, ya ponderales, volumétricos o colorimétricos, se basan, todos ellos, en la oxidación del ácido láctico, sea a aldehído, sea a ácido acético; divergen en la forma de medir el compuesto formado: mientras que los métodos colorimétricos determinan el aldehído merced a la coloración roja que desarrolla en presencia del veratrol, (35) los métodos volumétricos, a su vez divergen, según determinen el oxidante en exceso no utilizado en la transformación del ácido láctico a ácido acético (Klau Hansen y Otto Jervell) (11) o determinen, previa fijación del aldehído en bisulfitos, ya sea el bisulfito libre no utilizado (Clausen), ya el bisulfito combinado, como en la técnica que vamos a describir. Todavía podemos añadir que Jerusalem propuso recibir el acetaldehído en una solución alcalina de yoduro de potasio, determinando luego el yodo no transformado en yodoformo.

J. Dulcy (1935), refiriéndose a la exactitud de los métodos de apreciación del ácido láctico, dice: "no existe ninguna reacción específica que permita afirmar que lo que se dosa no es sino ácido láctico y que se dosa todo el ácido láctico".

Reactivos:

a) tungstato de sodio al 10%

b) ácido sulfúrico n/12:

$S_4O_{10}H_2$ conc. (d-1.84) 2.4 cc.
ag. dest. c.s.p. 1000.0 „

c) sulfato de cobre (q.p.) al 10%

d) hidróxido de calcio purificado (en polvo)

e) mixtura manganeso-sulfúrica:

SO_4Mn (q.p.)	50.0 grs.
ag. dest.	100.0 cc.
SO_4H_2 conc. (d-1.835)	77.5 cc.
ag. dest. c.s.p.	500.0 cc.

si no se dispone de ácido sulfúrico de esa densidad, debe calcularse el equivalente, en centímetros cúbicos, a 142.5 grs. Si el reactivo precipitara ligeramente no tiene mayor importancia.

f) permanganato de potasio n/10 (aproximadamente):

MnO_4K (q.p.)	1.55 grs.
ag. dest. c.s.p.	500.0 cc.

g) bisulfito de sodio al 1% (debe renovarse cada 2 semanas).

h) bicarbonato de sodio purificado (en polvo).

i) ácido acético al 3%:

CH_3COOH	15 cc.
ag. dest. c.s.p.	500 cc.

j) yoduro de potasio el 10%

k) sol. standard de yodato de potasio	0.005 N:
IO_3K (q.p.)	0.3566 gras
ag. dest. c.s.p.	2000.0000 cc

La pesada de esta sal debe ser muy rigurosa y la fiola que se emplee para hacer la solución, debe ser exactament calibrada.

l) sol. de tiosulfato de sodio n/10:

$\text{S}_2\text{O}_3\text{Na}_2$ (q.p.)	13 grs.
ag. dest. c.s.p.	500 cc.

Esta solución debe conservarse evitando el anhídrido carbónico del ambiente.

m) sol. de tiosulfato de sodio 0.002 N:

$\text{S}_2\text{O}_3\text{Na}_2$ n/10	10 cc.
ag. dest. c.s.p.	500 cc.

Como el título de esta solución se altera es menester rectificarla cada 10 días, en la forma siguiente:

Se deposita en una copa, 2 cc. de la solución standard de yodato, 3 cc. de yoduro de potasio a 10 cc. de agua e inmediatamente antes de la titulación, 2 cc. de ácido acético al 3%, que comunicará a la mezcla una coloración amarilla. Se deja caer el tiosulfato, desde una bureta, hasta amarillo pálido, se añade 1 cc. de la solución de almidón (véase p.) y se continúa la adición del tiosulfato hasta ligero tono azul, anotando exactamente la cantidad gastada. El título se calcula mediante la fórmula:

$$\frac{\text{cc. } 10 \text{ } _3\text{K} \times \text{tit. } 10 \text{ } _3\text{K}}{\text{cc. thío.}}$$

cc. thío.

que simplificando, resolviendo el numerador, se reduce a dividir 0.01 entre el número de cc. de tiosulfato consumido en la titulación.

n) sol. de yodo 0.05 N:

I	(q.p.)	3.17	grs.
IK	,,	13.00	,,
ag. dest. c.s.p.		500.00	,,

Si el yodo no se disolviera, se puede seguir añadiendo yoduro de potasio, hasta su completa disolución.

o) sol. de yodo 0.002 N:

sol. I 0.05 N	10	cc.
ag. dest. c.s.p.	250	cc.

Se le debe conservar en frasco oscuro y su título debe ser rectificado diariamente, como sigue:

Depositar en una copa, 5 cc. del tiosulfato titulado, 10 cc. de agua y 4 gotas de la solución de almidón, añadir luego, desde una bureta, la solución de yodo hasta muy ligero tono azul, anotando la cantidad gastada. Su título se calcula mediante la fórmula:

$$\frac{\text{cc. thío} \times \text{tit. thío.}}{\text{c.c. yodo}}$$

c.c. yodo

p) solución de almidón:

A 50 cc. de agua destilada, en plena ebullición, añadir 5 grs. de almidón soluble; dejada en reposo la solución, utilizar solamente el líquido que sobrenada. Renovarla cada 5 días.

Procedimiento:

A.—Precipitación de las proteínas:

depositar en un tubo grande centrífugo:

2 cc. de sangre total o plasma

2 cc. de la sol. de tungstato y

16 cc. del ac. sulf. n/12,

agitar fuertemente y centrifugar durante 15 minutos.

B.—Precipitación de los hidratos de carbono:

Verter a un tubo todo el líquido que sobrenada y añadir 0.8 cc. de la solución de sulfato de cobre y, aproximadamente, 1 grs. de hidróxido de calcio en polvo. Agitar y dejar en reposo por lo menos durante 30 minutos, al cabo de los cuales, centrifugar a alta velocidad el tiempo necesario para provocar una buena sedimentación (alrededor de 20 minutos).

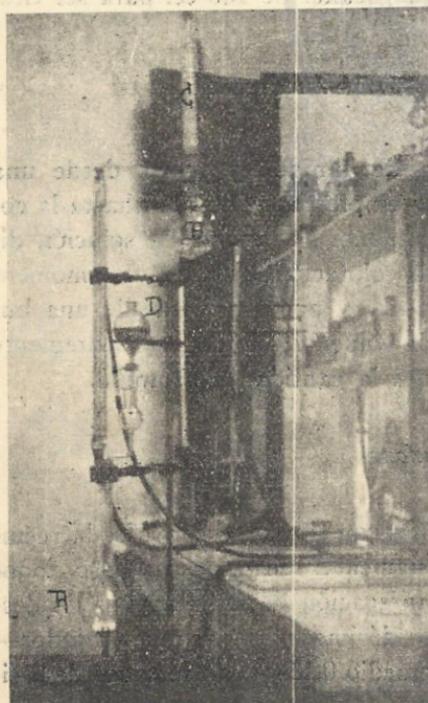
C.—Oxidación.

Este momento de la técnica tiene lugar en el dispositivo que muestra la fotografía.

En el balón de Jena A., de 500 cc. se depositan 10.5 cc. del líquido que sobrenada de la segunda centrifugación, 10 cc. de la mixtura manganeso-sulfúrica y 80 cc. de agua destilada. Se añade además un poco de talco para regularizar la ebullición.

En el matraz B, de 150 cc., 20-30 cc. de agua destilada.

Luego de asegurarse que las distintas conexiones del aparato están bien ajustadas, se inicia el calentamiento del balón de la oxidación y se pone en acción la corriente de agua del refrigerante, y la trompa de agua, que va a levantar el líquido del matraz B, al tubo C, lleno de perlas de vidrio.



Conseguida la ebullición se le mantiene algunos minutos, al cabo de los cuales se retira el mechero y se desconecta el matraz B. Se arroja su contenido y se le carga con 4 cc. de la solución de bisulfito al 1% y 15-20 cc. de agua destilada; se vuelve a conectarlo y se prosigue la ebullición. A partir de este momento se deja caer, gota a gota (de 30-35 gotas por minuto), una solución de permanganato preparada en el momento, diluyendo 2 cc. de la solución n/10 con 98 cc. de agua destilada, desde el tubo de bromo D, merced a una abertura conveniente de su llave.

El líquido, en ebullición lenta, debe permanecer la mayor parte del tiempo incoloro, solo al final, aproximadamente de los 15 a 20 minutos, cuando la oxidación ha concluido, comienza a adquirir una coloración bruna, que atestigua un ligero exceso de permanganato, siempre necesario.

Una vez interrumpida la corriente de permanganato, se continúa a la ebullición de 3 a 4 minutos más, a fin de favorecer la fijación del posible aldehído que ocupe la luz del aparato.

Se desconecta el matraz B y se lavan las perlas de vidrio con 35 cc. de agua destilada, en porciones de 5 cc. cada una. El bisulfito mas el agua de los lavados, se vierte en un beaker de 100 cc. para ser titulado.

D.—Titulación:

Adicionar 1 cc. de la solución de almidón y luego, desde una bureta, añadir, sin anotar la cantidad empleada, yodo n/10 hasta la coloración azul; dejar caer luego, igualmente sin anotar, la solución diluída de thiosulfato hasta muy ligera coloración azul. En este momento añadir bicarbonato de sodio en polvo y por último, desde una bureta calibrada de 10 cc., dejar caer la solución diluída y recientemente titulada de yodo. Anotar exactamente la cantidad consumida.

E.—Determinación del blanco:

Semejante operación a la realizada con sangre, es practicada reemplazando ésta con agua destilada y siguiendo luego, paso a paso, todos los tiempos de la técnica, desde la agregación de los reactivos de desproteinización hasta su titulación. Los décimos y centésimos gastados—nosotros hemos encontrado como promedio 0.13—, son restados de la titulación de la sangre.

F.—Cálculo:

Conocida la lectura de la bureta, para calcular la cifra del ácido láctico, los autores dan la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{cc. iodo añad.} \times \text{tit. iodo}}{0.002} \times 0.09$$

que da el contenido de esta sustancia en 1 cc. de sangre.

Nosotros hemos construido una tabla, que reduce el cálculo a una sola multiplicación, en que se establece, frente a los distintos títulos posibles del yodo, la cantidad de ácido láctico por 100 cc. de sangre que corresponde al consumo de 1 cc. de yodo. De esta manera bastará, para resolver el cálculo multiplicar la lectura de la bureta por la cifra que se halle frente al título correspondiente al yodo empleado:

Tabla para el cálculo del ácido láctico

Valor de 1 cc. de yodo consumido, en miligramos por cien o centigramos por mil de ácido láctico:

título	mgrs. % cgrs. o/oo	título	mgrs. % cgrs. o/oo	título	mgrs. % cgrs. o/oo
0.00210	9.45	0.00180	8.10	0.00150	6.75
0.00208	9.36	0.00178	8.01	0.00148	6.66
0.00206	9.27	0.00176	7.92	0.00146	6.57
0.00204	9.18	0.00174	7.83	0.00144	6.48
0.00202	9.09	0.00172	7.74	0.00142	6.39
0.00200	9.00	0.00170	7.65	0.00140	6.30
0.00198	8.91	0.00168	7.56	0.00138	6.21
0.00196	8.82	0.00166	7.47	0.00136	6.12
0.00194	8.73	0.00164	7.38	0.00134	6.03
0.00192	8.64	0.00162	7.29	0.00132	5.94
0.00190	8.55	0.00160	7.20	0.00130	5.85
0.00188	8.46	0.00158	7.11	0.00128	5.76
0.00186	8.37	0.00156	7.02	0.00126	5.67
0.00184	8.28	0.00154	6.93	0.00124	5.58
0.00182	8.19	0.00152	6.84	0.00122	5.49

Si suponemos que el consumo de la bureta ha sido de 2.1 cc. de iodo 0.00196, la operación del cálculo se reduce a multiplicar 8.82 por 2.1, obteniéndose el número de miligramos por cien o de centigramos por litro de sangre. En este caso 17.5.

Teoría, ventajas y control del método:

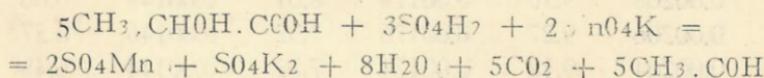
A.—Teoría:

a) la sangre es deproteinizada por el ácido tungstico, formado por la acción del ácido sulfúrico sobre el tungstato de sodio, en vez del ácido tricloroacético.

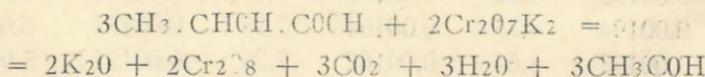
b) los hidratos de carbono y otros cuerpos reductores son separados por el método de Van Slyke, mediante el sulfato de cobre y el hidróxido de calcio (28). La eliminación de la glucosa se comprueba porque al añadir a 1 cc. del filtrado una gota de una solución alcohólica de alfa-naftol al 14% y luego, en zona inferior, ácido sulfúrico concentrado, no aparece el anillo violeta que señala la positividad de la reacción.

La importancia de este momento de la técnica no sólo estriba en la remoción de la glucosa, sino que el ácido úrico en los $\frac{2}{3}$ de su total es igualmente removido, salvando de esta manera, al método, de otro factor posible de error. (Algunos autores prescinden de esta recomendación) (37).

c) el ácido láctico es oxidado a aldehído acético, de acuerdo con la siguiente ecuación:

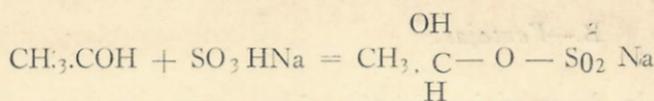


(Cuando se emplea el bicromato de potasio, la oxidación da lugar a la formación de ácido acético:



esta ecuación es la que se utiliza en la técnica de Otto Jervell), (11).

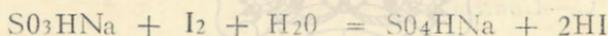
d) el aldehído es fijado por una solución de bisulfito, dando lugar a la formación de etanol-sulfonato-sódico, según la ecuación:



e) el bisulfito no utilizado por el aldehído, es neutralizado mediante la agregación de iodo n|10 y el exceso que pudiera producirse, a su vez se neutraliza exactamente, añadiendo la solución diluída de thiosulfato.

f) el bisulfito combinado con el aldehído es luego liberado por la acción de un álcali, el bicarbonato de sodio y por fin titulado mediante una solución de yodo de título conocido;

g) en la titulación cuando al bisulfito liberado se le añade yodo, se le oxida a bisulfato, merced a que el iodo descompone el agua aprovechando la energía de la oxidación:



h) la ecuación anterior nos va a orientar en la deducción del factor 0.09, que utiliza el autor para el cálculo. En efecto: una molécula de ácido láctico origina una molécula de acetaldehído y subsiguientemente una molécula de tanol-sulfonato-sodio; hasta aquí la relación de causa a efecto es de 1 a 1. Durante la descomposición del etanol-sulfonato-sódico, igualmente, por cada molécula de este cuerpo, se va a liberar una de bisulfito, que, como evidencia de ecuación final, en su oxidación requiere dos átomos de yodo. Es decir que, uniendo los dos extremos de la cadena, podíamos decir que una molécula de ácido láctico es igual a dos átomos de yodo, que expresado en cifras sería, ateniéndonos al peso molecular del ácido láctico:

$$90 = 2 \text{ átomos de yodo}$$

lo que expresa que si en una técnica de determinación de ácido láctico se empleara una solución normal de yodo, en la titulación de 1 cc. de sangre, cada cc. del yodo equivaldría a 45 grs. de ácido láctico por litro. Sustituyendo una solución normal por una 0.002 normal hallaremos que la equivalencia determinada este caso, para cada cc. de yodo es 9 centígramos de ácido láctico por litro. Como la fórmula del cálculo de los autores se refiere a la obtención de una cifra que corresponde a 1 cc. de sangre el factor se convierte en 0.09 milígramos.

B.—Ventajas:

a) la desproteinización túngstica se comporta como mas real que la desproteinización tricloroacética que se utiliza en el método de Jervell. En efecto, las determinaciones utilizando el ácido tricloroacético, arrojan cifras mas elevadas de ácido láctico, sin corresponder, en verdad, este exceso, al ácido láctico; este hecho tal vez se deba a que la precipitación túngstica tiende a eliminar a los polipéptidos de la sangre (36).

b) la apreciación de la tasa del ácido, se hace por titulación directo del bisulfito combinado, con lo que la técnica gana en precisión frente a aquellas que se detienen en averiguar qué cantidad de un reactivo, añadido en exceso, no ha reaccionado con los productos de oxidación del ácido láctico. De esta manera el método de Friedmann, reduce el error posible a un mínimo porcentaje.

C.—Control:

a) hemos podido disponer para el control del procedimiento, de una sal de ácido láctico, el lactato de sodio, obtenida por el mismo Friedmann y que gentilmente nos proporcionara el doctor Guzmán Barrón. Las determinaciones practicadas con esta sal, nos aseguraron un rendimiento de 97% en ácido láctico y por lo tanto una suficiente precisión del método;

b) conectando un matraz, en serie con el matraz del bisulfito, hemos podido apreciar, titulando el contenido de ambos, que ni aún vestigios de aldehído acético logran franquear el primer matraz y ser recogidos por el agregado;

c) la determinación doble del ácido láctico en una misma muestra de sangre, repetidas veces nos ha proporcionado resultados idénticos; en casos desemejantes, el mayor registrado, fué de 0.3 cc. de yodo 0.00192 N, lo cual traduce una diferencia de sólo 0.0008% entre ambas determinaciones.

Observaciones.

El bisulfito y el agua que lo diluye, no deben, al ser levantados por la fuerza de la trompa, sobrepasar el límite superior de las perlas de vidrio, a fin de evitar posibles escapes del acetaldehído;

Es fundamental que, durante la operación, la trompa de agua funcione ininterrumpidamente, pues cualquiera falla de la misma sig-

nifica el escape por el tubo del balón de oxidación destinado a la entrada del permanganato.

La titulación del bisulfito puede sin ningún temor ser reservada hasta el día siguiente.

Determinaciones practicadas.

Hemos dosificado en un grupo de sujetos la glucosa y el ácido láctico, con el interés de establecer las medidas normales de estos componentes de la sangre. Como ya lo hemos dicho, estos datos no son sino premonitorios de investigaciones mayores encaminadas a sorprender posibles variaciones de estos elementos, en las células y en los humores del hombre del Ande.

La sangre de 60 sujetos normales ha sido examinada con este objeto, determinándose la glucosa en 52 y el ácido láctico en 23 de ellos. Las características biológicas pertenecientes a este grupo, son las siguientes:

Raza:	blanca	27 (45%)	Ocupación:	soldados	29 (50%)
	mestiza	33 (55%)		estudiant.	30 (50%)
Sexo:	masculino	54 (90%)	Geografía:	serranos	28 (46%)
	femenino	6 (10%)		costeños	32 (54%)
Edad:	17 — 22 años	49 (82%)			
	28 — 33	„ 10 (16%)			
	65	„ 1 (2%)			

Nada hay que señalar en lo que se refiere a alimentación, constitución ni hábitos especiales.

Las muestras de sangre fueron tomadas por la mañana, en ayunas, con previo reposo de media hora y sin ligadura. Las manipulaciones de la técnica siempre han seguido de inmediato a la obtención de las muestras a fin de evitar el fenómeno de la glicolisis con el consiguiente descenso de la glucosa y el aumento del ácido láctico (fenómeno que nunca es proporcional). En los raros casos en que la extracción de la sangre se practicó lejos del laboratorio, usamos el fluoruro de sodio, como anticoagulante y antiglicolítico.

A fin de evitar la larga lista que forman las distintas determinaciones, vamos a presentar su detalle señalando únicamente el número de casos que oscilan entre determinado límite: 4 (miligramos por ciento o centigramos por litro) para la glucosa y 1.5 (en la misma forma), para el ácido láctico, esta separación o intervalo de clase,

es la misma que nos ha servido de base para la expresión estadística de los resultados (38).

Las cifras que aparecen en la primera columna pueden leerse indistintamente como centigramos por mil o como miligramos por cien; la segunda columna señala el número de casos correspondiente:

cgrs. $\frac{g}{100}$ o mgrs. %	n ^o	
8.0 — 9.5	2	media: 12.5 \pm 0.30
9.6 — 11.1	4	desv. standard: 2.2 \pm 0.21
11.2 — 12.7	6	
12.8 — 14.3	6	coef. variación: 17.6%
14.4 — 15.9	3	
16.0 — 17.5	1	
17.6 — 19.1	1	(Cifras del ácido láctico)

Cifras de la glucosa:

cgrs. $\frac{g}{100}$ o mgrs. %	n ^o	
72 — 76	2	
77 — 81	12	
82 — 86	17	media: 83.9 + 0.78
87 — 91	11	desv. standard: 8.3 + 0.55
92 — 96	6	
97 — 101	1	coef. variación: 9.9%
102 — 106	1	
107 — 111	1	
112 — 116	1	
Total: 52		

Con excepción de un caso, el de 65 años de nuestro registro de edad, los resultados son homólogos e indiferenciables en lo que se refiere a las características biológicas que señalamos: ninguna distinción es susceptible de afirmarse basados en la raza, sexo, edad, procedencia, etc.

La excepción a que nos referimos, arroja 1.15 grs. $\frac{g}{100}$ de glucosa y 0.179 grs. $\frac{g}{100}$ de ácido láctico, constituyendo nuestras cifras mas elevadas y pertenecen a una señora que desde hace mas de 8 años, sufre de hipertensión habitual. Laubry (39) (40) (41) nos dice, refiriéndose al substracto humoral de la hipertensión, que la glucosa tiende a ascender aún sin elevarse la urea y en lo que se refiere al ácido láctico afirma que aumenta con la edad.

Esta última explicación tal vez sirva igualmente para justificar nuestra media, mas bien baja, de 0.125 grs. $\frac{g}{100}$, en relación con algunas estadísticas extranjeras. Esto no quiere decir que nues-

tras cifras sean excepcionalmente bajas, pues hay autores que señalan medias de 0.10.

La conclusión de reposo previo, por el descanso del músculo, influencia decisivamente la determinación del ácido láctico y si pensamos que muchas veces se descuida esta precaución tal vez nos expliquemos las cifras elevadas de algunos autores.

En lo que se refiere a la glucosa, nosotros creemos que las cifras que sobrepasan el gramo, ya significan discreto aumento de este componente de la sangre.

Para justificar el nivel inferior del azúcar, no es menester sino recordar que el método utilizado es mas específico de la glucosa, en relación con los demás métodos que mas bien dosifican las sustancias reductoras de la sangre, puesto que, desde el momento de la desproteinización, se eliminan cuerpos como el glutethion que pueden significar errores apreciables en la expresión final de las cifras.

La media de 0.839 grs. $\frac{9}{100}$ de glucosa, que hemos hallado, está colocada mas bien en el mínimo tolerable del amplio límite de la normalidad clásica de esta sustancia, de 0.80 a 1.20 grs. $\frac{9}{100}$.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Gradwohl*: "Blood and Urine Chemistry"—C. V. Moby, St. Louis. 1932.
- 2.—*Peters and Van Slyke*: "Quantitative Clinical Chemistry" (Interpretations)—William ann Wilkins, Baltimore. 1936.
- 3.—*J. Tannhauser*: "Tratado de Metabolismo"—Labor, Madrid. 1932 (trad.)
- 4.—*Polonovski et Lespagnol*: "Chimie Organique Biologique"—Masson, París. 1934.
- 5.—*M. Labbé*: VI, "Les syndromes hépatiques" (Techniques de Laboratoire appliquées aux maladies de l'appareil digestif et de la nutrition: M. Labbé, H. Labbé et F. Nepveux—Masson, París. 1932).
- 6.—*D. Nicholson M. D.*: "Laboratory Medicine"—Lea and Febiger, Philadelphia. 1936.
- 7.—*M. Brule et T. L. Althausen*: Exploration fonctionelle du foie par divers procedés d'épreuve de la fontion glyco-regulatrice—"La Presse Medicale" N° 9. 1932.
- 8.—*Novoa Santos*: "Patología General" T. I.: El Eco de Santiago. 1932.

- 9.—*Jiménez Díaz*: "Lecciones de Patología Médica". Editorial Científico Médica, Barcelona. 1936. (T. II).
- 10.—*D. B. Dill*: "The economy of muscular exercise". Physiological Reviews, Boston. 1936.
- 11.—*J. Dulcy*: "L'acide lactique dans le sang et les humeurs". Tesis. Montpellier. 1934.
- 12.—*J. Wajzer*: "Analyse de l'effet glycolytique de l'adrenaline". Bull. de la Soc. de Chim. Biol. t. XX, N° 6. 1934.
- 13.—*Best and Taylor*: "Physiological Basis of Medical Practice". William Wood, Baltimore. 1937.
- 14.—*L. Corona*: "Química normal y patológica de la sangre". Imprenta Universitaria, Chile. 1937.
- 15.—*P. Rondoni*: "Tratado de Bioquímica". Labor, Madrid. 1935 (trad.).
- 16.—*W. Falta*: "Tratado de las glándulas de secreción interna". Labor, Madrid. 1936.
- 17.—*P. Boulanger*: "Les recétes reserches sur la chimie des vitamines B". Bull. de la Soc. de Chim. Biol. t. XX N° 5. 1938.
- 18.—*H. Warembourg et M. Polonovski*: "Hyperglycemies de surcharge et d'adaptation". La Presse Medicale N° 31. 1938.
- 19.—*A. Baisset, L. Bugnard et J. Rogeon*: "Recherches sur le teneur du sang en acide lactique". Bull. de la Soc. de Chim. Biol. t. XX N° 1. 1938.
- 20.—*C. Monge*: "Les Erythrémiés de l'altitude". Masson, Paris. 1929.
- 21.—*Jiménez Díaz*: "Lecciones de Patología Médica". t. I. Editorial Científico-Médico, Barcelona. 1936.
- 22.—*E. S. Guzmán Barrón, D. B. Dill, H. T. Edwards and A. Hurtado*: "Acute mountain sickness; effect of amonium chloride". The Journal of Clinical Investigation, vol. XVI, Julio, 1937.
- 23.—*A. Hurtado, A. Rota, C. Merino y J. Pons*: "Estudios de miohemoglobina en la altura". Actualidad Médica Peruana, N° 8, 1936.
- 24.—*D. Keilin*: "Le mécanisme de la respiration intracellulaire". Bull. de la Soc. de Chim. Biol., t. XVIII, N° 1, 1936.
- 25.—*B. F. Miller and D. D. Van Slyke*: "A direct microtitration method for blood sugar". The Journal of Biological Chemistry, vol. 114, N° 3, 1936.
- 26.—*L. F. Joudonais, M. D.*: "Standardization of the Folin-Malmros micro blood sugar method for capillary and venous blood". The Journal Laboratory and Clinical Medicine, N° 8, 1938.

- 27.—*Kolmer and Boerner*: "Approved Laboratory 'Technic'". Appleton, 1931.
- 28.—*Peters and Van Slyke*: "Quantitative Clinical Chemistry" (Methods). William-Wilkins, Baltimore. 1932.
- 29.—*Grandwohl*: "Clinical Laboratory Methods". C. V. Mosby, St. Louis, 1935.
- 30.—*Lucchi*: "Ricerche sul contenuto in acido lattico del siero si sangue". Giornale di Clinica Medica, fascicolo XI, 1934.
- 31.—*E. Meyer y H. Lenhartz*: "Análisis Clínicos". Labor, Madrid. 1936. (trad.)
- 32.—*Friedmann, Cotonio and Ph. Shaffer*: "The determination of lactic acid". The Journal of Biological Chemistry, vol. 73, 1927.
- 33.—*J. Outeiriño N. y M. H. Sotelo*: "Método preciso para la dosificación del ácido láctico en la sangre". La Medicina Ibera, N° 117, 1931. Madrid
- 34.—Citado por *J. Dulcy*.
- 35.—*Mendel-Goodscheider*: "Determinación del ácido láctico en la sangre". Klin. Woch, N° 31, 1925 (traduc. del Ing. Sr. Gmo. Felsh).
- 36.—*R. Goiffon et J. Spaey*: "Méthode colorimétrique de mesure des polipeptides su sserum". Comptes rendus des séances de la Soc. de Biol., N° 7, 1934.
- 37.—*J. Folch Pi*: "Trabajos de la Soc. Biol.". Barcelona, N° 16, 1934.
- 38.—*P. R. Hawley*: "Statistical Methods" (de Laboratory Methods of the United States Army), por J. Stevens Simmons. Lea and Febeger, Philapelpia, 1935.
- 39.—*Enríquez, Lafitte, Laubry et Vincent*: "Tratado de Patología Interna". Salvat, Barcelona, 1934. (trad.)
- 40.—*J. Malmejac*: "Hypertension et troubles du métabolisme des glucides". La Presse Medicale. N° 48. 1938.
- 41.—*Warembourg et Linquette*: "Hypertension arterielle paroxystique, spasmes vasculaires et hyperglycemie". La Presse Medicale, N° 30, 1938.

Causas de error en la investigación de sangre en ciertas orinas, por el reactivo de Thevenon y Rolland

Por el Dr. MIGUEL NORIEGA DEL AGUILA.

Los reactivos que comunmente se emplean para el reconocimiento de la sangre en la orina, en las heces y otros líquidos del organismo son muy conocidos, y entre éstos los más utilizados son sin lugar a duda la reacción de Meyer a la fenoltaleína y la de Thevenon y Rolland, prescindiendo de la reacción a la tintura de guáiyaco, a la de la fluorescencia, bencidina y otros, porque los dos reactivos primeramente indicados a su facilidad de preparación unen que los reactivos utilizados son muy comunes, pero ninguno de estos reactivos es, como se sabe, específico de la sangre; otros muchos cuerpos pueden dar reacciones similares y en especial todos los cuerpos que poseen oxidasas. En este concepto se ha tratado de establecer las normas en las cuales estos reactivos pueden estar libres de un error de interpretación; con respecto al reactivo a la fenoltaleína se han hecho estudios comparativos muy interesantes, como son, su grado de sensibilidad en el sentido de que hasta qué punto una reacción negativa puede indicar ausencia de sangre, tanto más cuanto que la sensibilidad de la fenoltaleína es mayor que el de la tintura de guayaco y otros reactivos; se ha podido establecer así y hemos comprobado que la sangre diluída en medio orgánico (en las orinas, heces, etc.) es menor que cuando la misma proporción de sangre se diluya en el agua destilada o en solución fisiológica, sin embargo, la sensibilidad del reactivo es bastante grande y se puede reconocer todavía diluciones de sangre hasta 20 mil.

En cuanto a su especificidad también se han hecho estudios para descartar las causas de error en que se puede incurrir empleando el reactivo de Castle Meyer en la investigación de sangre en los líquidos del organismo. Entre éstos se puede citar los ácidos fuertes que aún diluídos ejercen una acción reductora y de allí que pueden entorpecer la reacción; muchos compuestos químicos también pueden impedir la reacción roja que debe dar este reactivo; es bien conocido el caso de las sales cúpricas y precisamente se puede emplear para el reconocimiento de esta sal, lo mismo la formación de pigmentos anormales en ciertas enfermedades por insuficiencia del funcionalismo de la célula hepática pueden dar reacción positiva, de modo pues que en el caso de reactivos a la fenoltaleína se han hecho estudios que permiten eliminar las causas de error.

Tratándose en cambio del reactivo de Thevenon y Rolland, apesar de haber indagado prolijamente los trabajos que puedan haber al respecto de las causas de error que puede dar este reactivo en la investigación de sangre en la orina, no me ha sido posible encontrarla y, sin embargo, es un hecho que ciertas orinas de débil densidad y de poca acidez pueden dar una reacción positiva sin contener sangre.

De modo pues que si sólo se hace la investigación por este reactivo y no se recurre al auxilio del microscopio o al espectroscopio se puede dar un resultado falso. Entre varias muestras de orina examinadas por el suscrito, dos ofrecieron esta característica, una de ellas que entre otros productos anormales encerraba pequeña cantidad de glucosa 5 por mil y una densidad de 1,010, tratada por la solución alcohólica de piramidón y continuando la visión de los otros reactivos daba el tinte violáceo de las orinas conteniendo sangre; pero se había notado que el color aparecía antes de la adición del agua oxigenada, lo que demostraba que habría otro cuerpo oxidante en la orina. Examinado el frasco se pudo comprobar que había contenido las soluciones ahora tan corrientes de hipoclorito que se expende en el comercio con diferentes nombres (solución de Dakin, Zonite) y productos a base de hipoclorito que son buenos antisépticos y a los cuales se debe la reacción azul violácea que da el reactivo de Thevenon y Rolland. Debo hacer notar que si a las orinas normales cuya densidad es por término medio 1,017 a 1,020 con su reacción ácida normal, se le añade cierta proporción de hipoclorito, en presencia del reactivo mencionado no se presenta la coloración azul, porque el oxidante es neutralizado inmediatamente por las sales de la orina, se necesita, por lo tanto, que la orina reúna determinadas condiciones para que la reacción se produzca. En las orinas normales es necesario

añadir una fuerte proporción de hipoclorito para que la reacción se haga positiva, depende además de la estabilidad en armonía a su modo de preparación de las soluciones comerciales de hipoclorito para que la reacción en la orina se presente positiva.

Conclusión

Existen orinas de poca concentración, que cuando han recibido para conservarlas hipocloritos alcalinos comerciales, pueden dar reacción positiva con el reactivo de Thevenon y Rolland sin contener sangre.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

DIRECTORIO PARA EL AÑO 1939

Presidente, doctor Carlos A. Bambarén; **Vicepresidente**, doctor Porfirio Martínez La Rosa; **Tesorero**, doctor J. Suárez Guiulfo; **Secretario General**, doctor Carlos Burga Larrea; **Secretario Letrado**, doctor Fernando L. Castro Agusti; **Secretaria de Actas y Archivo**, doctora Susana Solano; **Bibliotecaria**, señorita María J. Alvarado Rivera.

Vocales: señora Margarita M. viuda de Campo Plata (**Comité de Práctica de Servicio Social**); señora Laura Sánchez Lagomarcino de Blancas, (**Comité Permanente de Propaganda de la Cruz Blanca**); señorita Angélica Arce (**Comité Permanente de Ropero del Pobre**); doctor Manuel Salcedo (**Comité Permanente de Eugenesia y Biotipología**), doctor Rómulo Eyzaguirre (**Comité Permanente de Nipiología y Paidología**), doctor Carlos Yori (**Comité Permanente de Higiene Escolar**), doctor Luis A. Cháves Velando (**Comité Permanente de Higiene Urbana y Rural**), doctor Eladio Lanatta (**Comité Permanente de Ayuda al Canceroso**); doctor Guillermo Fernández Dávila (**Comité Permanente de Ayuda al Palúdico**), doctor Gregorio Monge Otayza (**Comité Permanente de Ayuda al Tuberculoso**), doctor W. F. Molina (**Comité Permanente de lucha contra el alcoholismo**).

Doctor Juan Otero (**Comité Permanente de Higiene Dental**); doctor Fernando L. Quevedo Lizarzaburu (**Comité Permanente de Protección a la infancia en estado de abandono y peligro moral**); doctor Luis N. Sáenz (**Comité Permanente de lucha contra los estupefacientes**); doctor Abelardo Raymond (**Comité Permanente de Profilaxis Antivenérea, Educación y Reforma Sexual**); doctor Emilio Trigoso (**Comité Permanente de Legislación Social**); doctor Luis G. Monge (**Comité Permanente de Orientación Profesional y Psicotecnia**); ingeniero señor Emilio Harth Terré (**Comité Permanente de Propaganda de la Casa Mínima**); doctor Walter M. Montaña (**Comité Permanente de Propaganda Gráfica**); señor Roberto Miranda Naranjo (**Comité Permanente de Propaganda del Cinema de la Juventud**); señor César Ugarte (**Comité Permanente de Seguridad**); doctor Fortunato Carranza (**Comité Permanente de Propaganda de Alimentación y Nutrición Correcta**); doctor Luis A. Suárez (**Comité Permanente en favor de los niños lisiados**); doctor Noé Huamán Oyague (**Comité Permanente de Ayuda al niño reumático**), señor José Pardo Castro (**Comité Permanente de Propaganda de Cajas de Previsión**) doctor Abelardo Indacochea, (**Comité Permanente de Ayuda al reumático adulto**); doctor Luis D. Espejo (**Comité Permanente de Ayuda al cardíaco**).

M 2120

La cloremia en el síndrome tóxico del lactante

Por el Dr. EMILIO OYAGUE CANEPA.

Nuestros estudios se han dirigido a investigar y relacionar las cifras del cloro sanguíneo en relación con el índice de impregnación ácida proteínica, pues es sabido que en determinados procesos patológicos del lactante se presentan con relativa frecuencia.

La importancia que se le ha dado al ion cloro en el organismo data desde las interesantes investigaciones de Ambard, seguidas por Chabanier y Lobo-Onell.

Primitivamente no se conocía más que una variedad de acidosis y esta era la que se presentaba en la diabetes y que se atribuía a la invasión del organismo por los cuerpos cetónicos y de ahí que era de un pronóstico gravísimo la aplicación de estos cuerpos intermediarios del metabolismo de las grasas.

Pero más tarde Van Slyke estudia el tenor del plasma sanguíneo en bicarbonato de soda, conocido bajo el término de Reserva Alcalina; la baja de la reserva alcalina traducía una invasión ácida.

Posteriormente, Ambard introduce una noción fértil en conclusiones prácticas; considera que la noción de acidosis es debida a la impregnación ácida de las proteínas, y que este ácido es el ácido clorhídrico.

Chabanier y Lobo-Onell estudian entonces cual sería el mejor índice que señale esta impregnación y concluyen que la relación que hay entre el cloro de los glóbulos rojos y el cloro del plasma señala en individuos normales una cifra constante y cuyas variaciones que consideran patológicas indican según sea esta la impregnación ácida o alcalina.

Para llegar a las anteriores conclusiones, Ambard se basa en los trabajos de Loeb quien demuestra in vitro que el aumento de sales neutras en la sangre, como el cloruro de sodio, determinan un aumento de la producción de HCl, según la reacción:



o también que si aumenta la concentración del ácido carbónico en la sangre, el cloruro de sodio que existe en todo el organismo aumenta su disociación y el cloro según el fenómeno de Hamburger, se fija en los glóbulos rojos, mientras que el sodio que queda en exceso, se combina con el exceso de ácido carbónico para formar bicarbonatos; de otro lado, el cloro que ha penetrado en los hematíes actúa sobre los oxihemoglobinos dejando libre más base susceptible de neutralizar también ácido carbónico y formar bicarbonatos; además los hemoglobinos reducidos por la penetración del ión cloro al hematíe, se disocian y liberan mas base que también va a neutralizar el ácido carbónico en exceso.

In vitro esta reacción solo da nacimiento a una pequeña cantidad de ácido clorhídrico, pero si la reacción se hace en presencia de albúmina, el HCl se fija sobre ésta y una nueva cantidad de cloruro sódico puede descomponerse y liberar una nueva fracción de cloro; a la inversa, una disminución de sales neutras va a disminuir la carga de proteínas en HCl.

De otro lado el equilibrio de Donnan existente entre el ácido carbónico y el cloro de los hematíes y el plasma a través de sus membranas celulares hace que si aumenta la producción de ácido carbónico en la sangre, éste va a combinarse con el homoglobinato de potasio de los glóbulos rojos, que es una importante base para neutralizar el ácido, dejando en libertad bicarbonato de potasio, el cual cede su ión HCO_3 que según el equilibrio citado pasa al plasma a reemplazar el ion Cl de la molécula de cloruro de sodio que existe en este, el cual ión Cl ha pasado al glóbulo rojo y se ha combinado con el ión K, resto de la molécula de bicarbonato de potasio que ha perdido su ión.

De donde vemos que el aumento de ácido carbónico ha traído como consecuencia un pasaje de cloro del plasma hacia los glóbulos.

Ahora bien, partiendo de estos hechos de emigración del cloro, según sea la riqueza en ácido carbónico o cloruro sódico en la sangre, es fácil imaginarse que existan en el organismo proteínas cargadas de ácido clorhídrico, en un medio donde la reacción señale ser neutra, es decir que si a pesar de haber una invasión ácida, si hay una disminución suficiente de sales neutras, las albúminas pueden

descargarse de ácido clorhídrico; habrá entonces acidosis del medio y alcalosis de las albúminas.

Este hecho muestra, según Chabanier y Lobo-Onell, la imposibilidad de juzgar el equilibrio ácido-básico sobre el solo reconocimiento de la reacción del medio y llegan a decir entonces que para que haya una verdadera impregnación ácida es necesario que haya una sobrecarga de ácido clorhídrico en las albúminas, concluyendo que la hipercloremia es igual a acidosis y la hipocloremia igual a alcalosis.

Chabanier y Lobo-Onell llegan a relacionar el estudio del cloro globular sobre el plasmático, señalando que esta relación es un índice lo mas preciso de la impregnación ácida y que la invasión de un ácido al organismo o el aumento de sal neutra dará una relación elevada e inversamente la invasión del organismo por un álcali o la baja del tenor en sal neutra tiende a bajar esta relación, llegando a considerar que la reserva alcalina o sea el tenor del plasma en bicarbonato no es sino un testigo mediocre del equilibrio ácido-básico y que en suma no indica sino modificaciones de la ventilación pulmonar.

En conclusión, Chabanier y Lobo-Onell, partiendo de la experiencia fundamental de Ambard, muestran que contrariamente a la teoría clásica, la acidosis no es señalada por el tenor en iones H del solvente, sino mas bien por la sobrecarga de albúminas en ácido, señalando que el criterio más cómodo y más preciso es el que indica la relación cloro globular sobre cloro plasmático.

Nosotros, basándonos en estos hechos bien fundamentados y hoy casi universalmente admitidos, hemos querido investigar por medio de este índice la pretendida frecuencia de la acidosis que señalan muchos autores en un cuadro patológico infantil de evolución rápida y casi siempre fatal y cuya denominación varía según las distintas concepciones etiopatogénicas de los diversos autores.

Entre nosotros lo llamamos toxicosis; los americanos, basándose quizás en la patogenia mas exacta la denominan anhidremia, los franceses cólera infantil, enterocatarro, etc., y en Cuba toxi-infección. Como quiera que este cuadro se presenta acompañando a una serie de trastornos nutritivos, mejor es denominarlo síndrome tóxico, términos que señalan que el cuadro clínico es bien característico de un proceso tóxico y que no es una entidad nosológica definida.

Cualesquiera que sea la patogenia de este síndrome, el hecho es que se constata grave deshidratación, obnubilación sensorial acompañada muchas veces de contracturas musculares y fiebre. Y añaden además, especialmente la escuela francesa, la acidosis, recomendando para su terapéutica la medicación alcalina. Hacen hincapié en demostrar la presencia constante de esta acidosis como factor patogénico de la deshidratación.

Aquí en nuestro medio había una gran confusión en lo que se refería a esta acidosis interpretada como la señalan Chabanier y Lobo-Onell y la determinación del cloro se hacía en todos los casos. Pero como quiera que muchos cuadros toxicósicos de los lactantes, no estaban en conformidad con los datos proporcionados por el laboratorio, en lo que respecta al índice glóbulo-plasmático, nosotros decidimos emprender una investigación minuciosa de todos los casos que con síndrome tóxico llegaban al Hospital del Niño. Aprovechamos de la estación calurosa en que estos trastornos son más frecuentes y así llegamos a hacer determinaciones del cloro en 64 casos clínicos bien manifiestos y en los cuales el trastorno sensorial—que según muchos autores es dependiente de un coma ácido—, era bien manifiesto.

Las técnicas empleadas para las determinaciones han sido las dadas a conocer por Volhard y adaptadas a la sangre por Laudat y Ruszinack, y en las que se destruye la materia orgánica con permanganato de potasio y ácido nítrico en caliente y se hace actuar un exceso de solución exactamente titulada de nitrato de plata, con lo cual se forma cloruro de plata y en titular por último el exceso de sal de plata con sulfocianuro de potasio, usando el alumbre de hierro como indicador. La técnica de Ruszinack difiere ligeramente en la anterior, en que la cantidad de sangre empleada es menor y la reducción a cloruro de plata se efectúa haciendo actuar la glucosa. Las condiciones de extracción han sido en aerobiosis, pues el químico Dr. Corona de Chile dice que haciéndose la centrifugación de la sangre inmediatamente de extraída, la disminución de la tensión de CO_2 atmosférico, no provoca el pasaje del cloro de los glóbulos al plasma; además el mismo Van Slyke, si bien es cierto que recomienda la extracción en anaerobiosis, indica la no modificación apreciable en las determinaciones siempre que el exámen se haga antes de la media hora.

Hechas estas investigaciones en los niños toxicósicos, nos sorprendió encontrar en la mayor parte de los casos índice glóbulo-plasmático normales o con ligeras desviaciones que no podían encuadrar

dentro de un proceso ácido capaz de determinar un cuadro clínico tan manifiesto.

Llegamos a concluir que en nuestro medio la acidosis del niño toxicósico se presentaba con una frecuencia solamente del 26%; las alcalosis con una frecuencia del 14% y que el resto oscilaba entre cifras normales y que los trastornos sensoriales que se presentaban en todos los casos no eran pues debidos a trastornos del equilibrio ácido-básico, y que la terapéutica alcalina, que hemos empleado bajo la forma de inyecciones endovenosas de bicarbonato de soda en concentraciones variadas no modificaban en lo absoluto los signos clínicos.

Demostamos así mismo que en otros cuadros patológicos en que la acidosis sí estaba presente, el cuadro clínico era completamente distinto y la terapéutica alcalina mejoraba dicho cuadro.

Demostamos así mismo que prescindiendo de las cifras de cloro y de la terapéutica bicarbonatada, era posible mejorar el síndrome tóxico no muy avanzado, con la rehidratación bien reglada: 140 cc. de agua por kilo de peso y en ese sentido era dable seguir la técnica recomendada por Karelitz.

Relacionamos la patogenia del síndrome con los factores inconsistentes en que se colocan al niño, en relación con el grado de humedad atmosférica, haciendo notar la frecuencia de estos casos en las épocas calurosas.

Llegamos a concluir que las cifras de cloro no nos señalaban valores de diagnóstico ni de pronóstico en el síndrome, como señalan otros autores.

Para terminar recomendamos otras investigaciones fisiopatológicas que nos proponemos efectuar en el estudio del síndrome tóxico, ya que no nos parece que la acidosis o por mejor expresar las modificaciones del equilibrio ácido básico juegan un papel de importancia en la producción de este síndrome; en último caso habría que admitir que serían estas modificaciones factores sobreañadidos de papel secundario y que la terapéutica no es precisamente la de tratar de modificar estas alteraciones.

El metabolismo del tejido renal en la nefritis experimental

Por los doctores E. S. GUZMAN BARRON y CARL M. LYMAN.

Durante el desarrollo de una enfermedad, el metabolismo de los diversos órganos puede alterarse en diferentes grados. En efecto, se han empleado numerosas pruebas funcionales, para establecer el probable grado de la alteración de la función normal de los diferentes órganos. Warburg fué el primero en estudiar el metabolismo de trocitos de tejidos; encontró que los tejidos neoplásicos tenían un metabolismo completamente diferente del de los tejidos normales; los tejidos neoplásicos tienen baja respiración y una alta fermentación aeróbica que se demuestra por una fuerte producción de ácido láctico en presencia del aire; en cambio los tejidos normales tienen respiración elevada y ninguna fermentación aeróbica. Durante el proceso de una enfermedad el metabolismo de un órgano puede alterarse en su totalidad o progresivamente, por etapas. Experimentalmente es posible provocar una alteración en un órgano particular y estudiando el metabolismo de este órgano durante el desarrollo de la enfermedad, es posible determinar el grado de alteración metabólica.

Presentamos el resultado del estudio del metabolismo del riñón después de la producción de nefritis experimental.

Cannon y Geiling han demostrado que el dietileno-glicol inyectado en ratas produce una nefritis fatal en corto tiempo, encontrándose las lesiones particularmente confinadas a los *túbuli*. Se criaron ratas para este objeto y se dejaron ratas de control, alimentando a todas con la misma dieta. Todas las ratas tenían la misma edad. Se sacrificaron en una habitación cuya temperatura se encontraba en 38° C., y el metabolismo de trocitos pequeños de riñón se estudiaron con el aparato

Warburg-Barcroft, que son aparatos de micro-respiración a 38°C.; los tejidos se colocaron en una solución isotónica al suero de rata a un pH de 7.41. El riñón nefrítico mostró una oxidación disminuída de todas las sustancias utilizadas como metabolitos, alanina, ácido aspártico, ácido pirúvico y ácido láctico. La oxidación de los piruvatos fué la más inhibida, en algunos casos los piruvatos no fueron oxidados por completo. La oxidación de los lactatos fué inhibida en un 87%.

La oxidación de los amino-ácidos, alanina y ácido aspártico fué inhibida aproximadamente en el mismo grado de 66%. La misma inhibición se observó en la formación del amonio que aparece durante la oxidación desaminativa de los ácidos animados.

La oxidación de varios metabolitos por el riñón de la rata después de nefritis experimental

Las cifras representan el consumo de oxígeno debido a la oxidación de metabolitos menos el consumo de oxígeno por el tejido sin metabolito.

METABOLITO Consumo de 0.2 por mg. peso seco por hora

	Rat. N°1	N°4	N°5	N°6	N°9	N° 10	N° 11	Con- trols (4)
Alanina	1.6	4.4	6.6	4.0	4.4	3.1	3.9	11.6
Acido aspártico	0.0	0.8	4.1	0.7	1.5	0.0	1.6	3.6
Acido pirúvico	0.7	0.0	1.5	0.5	0.6	0.0	0.2	8.2
Acido láctico	0.3	0.0	2.5	1.9	0.3	0.6	0.4	7.7

Ureómetro para el dosaje por semimicrométodo de la urea

Por el Dr. JUAN LUIS MOSCOSO.

Desde los trabajos clínicos de los maestros franceses Widal y Javal, demostrando la importancia de la retención sanguínea de la urea en la patogenia de los fenómenos urémicos, y estableciendo el pronóstico de los enfermos afectados de uremia, por su proporción en dicho medio, la dosificación de esta sustancia en la sangre constituye la práctica de laboratorio mas frecuentemente empleada, y de mas apreciación para los clínicos.

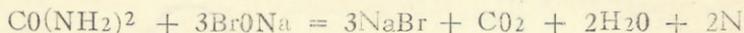
Los cuerpos tóxicos cuya retención en la sangre producen los fenómenos urémicos, están constituídos por sustancias nitrogenadas incoagulables, que se encuentran en el plasma, tales como: la urea, polipéptidos, ácido aminados, idol, creatina, ácido úrico, etc., etc. Según la escuela alemana, estos cuerpos que se aprecian por su contenido en nitrógeno, son designados con el nombre de nitrógeno no proteico o residual, también se les llama a menudo nitrógeno incoagulable, para diferenciarlos de las proteínas de la sangre, tales como la seroalbúmina, seroglobulina, hemoglobina, fibrinógeno, etc., etc., cuerpos fáciles de coagularse, que no tienen nada que ver con la uremia, y designados también globalmente bajo la denominación genérica de nitrógeno coagulable, y cuya dosificación no estudiamos en este trabajo.

La escuela francesa, establece una separación entre los cuerpos nitrogenados incoagulables o nitrógeno incoagulable, y la urea también incoagulable, al primero le llama nitrógeno residual, al segundo nitrógeno uréico. La mala eliminación renal de estos cuerpos, es la que origina los sindromas urémicos. Los franceses se preocupan sobre todo

del dosaje de la úrea que constituye la mayor parte del nitrógeno incoagulable.

Hay muchos métodos para dosificar la úrea sanguínea, tales como: su precipitación en solución acética por el xanthidrol en presencia del alcohol metílico, la fermentación mediante la ureasa extraída de las semillas de la soja (*glicinia ispidia*), y también de otros vegetales, y dosificada en forma de amoniaco; el micrométodo de Bang, etc., etc.

En Francia y los países latinos, se sigue el método que consiste en defecar de sus albúminas el suero sanguíneo mediante el ácido tricloroacético al 20%, y tratarlo por el hipobromito de soda poniendo así el nitrógeno en libertad, según la ecuación

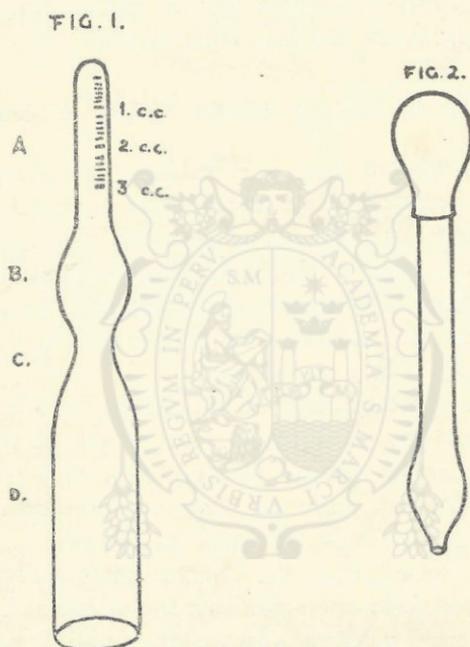


Midiendo en seguida el volúmen del nitrógeno desprendido después de reducirlo a las condiciones normales de presión y temperatura, es muy fácil calcular la urea a la que corresponde, pues 1 gramo de urea es igual a 373.33 cc. de nitrógeno. Hay que notar que en este método tan empleado, el hipobromito no solamente descompone a la urea, sino también a los demás cuerpos que constituyen el nitrógeno incoagulable o no proteico.

Para efectuar la dosificación de la urea por este método, se usa muchísimo el ureómetro de Ambard, para lo que se requiere por lo menos cinco centímetros cúbicos de sangre, además el uso de este aparato es algo delicado: hay que poner sumo cuidado en que no queden burbujas de aire o de nitrógeno en el bulbo de caucho junto con las perlas de vidrio, o en las juntas entre éste y el resto del aparato; en la mitad de la operación hay que quitar dicho bulbo cuando se trata de leer el volumen gaseoso desprendido, el que se acumula en la parte alta del tubo que se halla cerrada por un robinete por donde se introduce los cuerpos reaccionantes, y que bien puede estar desgastado y dejar escapar gases, también el bulbo de caucho cuando empieza a envejecer se resquebraja y por las fisuras entra aire al interior del aparato, el que también puede penetrar por la unión del bulbo al aparato, si ésta no ha sido perfectamente bien ajustada.

En el aparato ideado basta para practicar la dosificación de la urea, $\frac{1}{2}$ cent. cúbico de suero sanguíneo que se obtiene sustrayendo al enfermo 1 cent. cúbico de sangre, el suero obtenido es defecado de las albúminas con igual cantidad de ácido tricloroacético al 20% y filtrado en seguida, de esta mezcla se toma exactamente 1 cent. cúbico con una pipeta graduada y se coloca en el aparato que paso a describir:

A, es la parte del aparato (fig. 1) en forma de tubo cerrado en su extremidad y graduado en vigésimos de cent. cub., puede medir 3 cent. cub. o más si se quiere; su diámetro interior es de siete milímetros más o menos; dicho tubo se continúa con otro mas grueso de 11 milímetros mas o menos de diámetro y en cuya parte C vecina a la parte anterior lleva un estrangulamiento o cintura de siete milímetros de diámetro interior. B es el principio del tubo grueso artes de la estrangulación, y D, el resto de dicho tubo. La longitud



total del aparato es de 20 centímetros. A notar que la única abertura del aparato es la extremidad del tubo grueso.

La técnica de este aparato, es la siguiente: se le coloca de cabeza con la abertura para arriba, se introduce con una pipeta cuya punta debe llegar al principio de la parte angosta A, 1 cent. cúb. del líquido que se examina, volúmen que también se puede medir en la graduación de la parte A, en seguida se vierte con cuidado, más o menos $\frac{1}{2}$ cent. cúb. de mercurio que se deposita en el fondo, teniendo siempre el aparato en posición vertical se agrega agua destilada hasta llegar a la parte media de la estrangulación, mediante un cuenta gotas apropiado, como el que se vé en la figura 2, se hace caer encima de esta

mezcla de suero y agua, unas cuantas gotas de parafina dura fundida, y sobre ella antes de que se enfríe del todo y se endurezca, se deja caer también, de poca altura, menos de un centímetro, mediante la pinza representada en la figura 4, un grueso perdigón de plomo de algo menos de siete milímetros de diámetro. El motivo de esta operación es formar una válvula o tabique impermeable sobre los líquidos que se encuentran debajo del tapón de parafina cuyo peso ha aumentado gracias al perdigón adherido; en seguida se llena el resto del tubo con el reactivo de hipobromito hasta su extremidad, se tapa ésta cuidadosamente con el dedo para que no quede aire adentro, y se invierte rápidamente el aparato; al caer el mercurio choca con el tapón de parafina, lo despega, se mezclan los cuerpos reaccionantes, mezcla que se puede hacer aún mas rápida y uniforme inclinando el tubo varias veces para que el mercurio corra de una a otra extremidad del aparato. No queda sino que colocar el tubo sobre un pequeño cristalizador donde haya poca agua a fin de que por difusión no diluya demasiado el reactivo mientras termina el desprendimiento del ázoe.

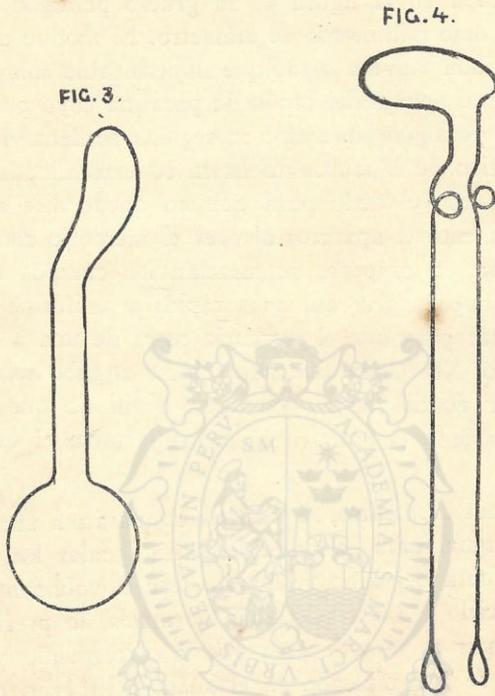
Pasados unos momentos, se traslada el aparato a una probeta vertical llena de agua, para introducirlo hasta igualar los niveles líquidos dentro y fuera del tubo graduado, leer el volúmen gaseoso desprendido, reducirlo a las condiciones normales de presión y temperatura, determinar el peso de urea que le corresponde, y multiplicarlo por 2000 si se ha empleado en el análisis $\frac{1}{2}$ cent. cúb. de suero para obtener la proporción de urea por mil de suero sanguíneo.

La forma del cuenta gotas tiene por objeto evitar que la parafina fundida caiga a las paredes vecinas del tubo, pues se desprendería mas tarde en forma de escamas que flotando en la superficie del líquido, perturbaría la lectura del volúmen gaseoso obtenido.

También el aparato lleva en su abertura u orificio un tapón de caucho perforado en su centro con un agujero pequeño, tapón que se coloca con cuidado después que se llenó el aparato con el hipobromito, y así el exceso de reactivo escapa por dicho agujero sin que pueda quedar nada de aire debajo de él, siendo mucho mas fácil taparlo con el dedo cuando se efectúan movimientos laterales violentos para mezclar los líquidos, sin que así pueda entrar aire. Mediante este tapón puede trasladar el aparato a la probeta vertical aún sin taparlo con el dedo, la estrechez del agujero impide la entrada del aire, lo cual es una ventaja apreciable.

Para el manejo del aparato, para colocarlo en el cristalizador, y para trasladarlo a la probeta vertical, se sirve de una pinza represen-

tada en la fig. 4, con lo que se evita que se caliente el aparato al tenerlo con la mano. La fig. 3, representa el cucharoncito donde se funde la parafina.



En resumen, se trata de un aparato de semimicrométodo, muy sencillo, bien preciso pues no hay como escape ni se oculte nada del gas, y muy barato por su sencillez.

El Paludismo como enfermedad profesional

Por el Dr. NEMESIO ACCINELLI FERNANDEZ.

La Medicina Legal moderna en completo acuerdo con su significado de disciplina de conjunto para la aplicación de todos los conocimientos médico-biológicos a la mejor confección de las Leyes y a la más científica administración de la Justicia, ha tomado la iniciativa en el estudio técnico de una serie de problemas médico-jurídicos que el incesante progreso social ha planteado o hace vislumbrar que han de plantearse en el horizonte de la Medicina Social que hoy en todo el mundo avanza a su perfeccionamiento. Entre las cuestiones médico-legales que urge abordar de inmediato está la del Paludismo como enfermedad profesional. En el Perú este es asunto de palpitante actualidad nacional por el gran número de obreros de los dos sexos que contraen esta afección todos los años al contratarse en las faenas de la agricultura en los valles de la costa con endemia palúdica, casos en los cuales es evidente la cuantía del fenómeno de la incapacidad laboratriz por causa de enfermedad debilitante producida en el lugar del trabajo y con evidente responsabilidad del patrón que hasta el momento no ha sido declarado por la Ley como el sujeto que debe indemnizar el daño causado por su incuria, sustituyéndose en la restitución por la caridad a los indigentes, que verifica una tercera persona.

A) Definición de accidente de trabajo.

“En Medicina Legal se entiende por accidente del trabajo toda limitación a la capacidad laboratriz del individuo, como consecuencia de la labor o trabajo que ejecuta”. (G. Fernández Dávila). Esta definición es de gran precisión, permitiendo distinguir las 2 formas de invalidez consecutivas a la faena obrera, a saber: 1º) el *accidente del trabajo propiamente dicho* que se origina de una manera brusca o súbita; y 2º) la *enfermedad profesional* que se origina de manera lenta, acumulativa o progresiva.

B) Otras definiciones de accidentes del trabajo

Se han formulado muchas definiciones de accidentes del trabajo de acuerdo con el progreso de los diferentes países en materia de Medicina Legal, unas lo conceptúan con criterio menguado y limitado, y otras con criterio amplio, generoso y justiciero. La mayoría coinciden en el significado y distinciones de la definición moderna de Nerio Rojas y de Belbey, quienes dicen que: "Accidente del trabajo y enfermedad profesional son dos modalidades de invalidez consecutivas a la tarea obrera; en ambas la causa determinante de la incapacidad debe tener relación evidente con el trabajo, pero cuando el estado patológico es debido a un hecho brusco, inesperado, es "accidente" y; cuando él es exclusivamente secundario a las condiciones normales, necesarias, habituales del sitio, forma o material de trabajo, es "enfermedad profesional". Como estos autores piensan Borri, Rameri, Loubat, Malgagne, Avendaño, Zwanck, Silva, Forgue, Jeambreau, Guy, Brouardel, etc., etc. Pero la definición mas moderna y completa en esta materia es la debida a Fernandez Davila. →

C) Doctrina de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales:

La vida humana se desenvuelve en el mundo amenazada por cualquiera de una serie de males, de riesgos, de asechanzas, de hechos desgraciados, previsibles algunos e imprevistos otros. Entre esta sucesión de males tenemos los "infortunios del trabajo", englobados hoy bajo la denominación de "accidentes del trabajo y enfermedades profesionales". Estos agravios a la salud, a la vida e integridad corporal del obrero con ocasión de su tarea, eran antiguamente escasos, pero hoy con el gran desarrollo del maquinismo, con el progreso industrial y con el incremento de la Agricultura, se han multiplicado. Frente al viejo y limitado concepto de que el culpable directo de un daño debe repararlo, ha surgido la moderna y amplia concepción del riesgo profesional o "responsabilidad sin culpa" por la que el patrón, el empresario, etc., por el solo hecho de poseer máquinas es responsable de cualquier accidente que sufra el obrero en el desempeño de su labor, y por ende obligado a indemnizarlo. Este principio al ser incorporado a la Legislación por iniciativa de los juristas, lo fué en un sentido restringido, reputándose de accidente del trabajo sólo aquel suceso violento, imprevisto, traumático, que determinara lesión cruenta, sangrante, trastorno evidente del organismo, fácil de apreciar al exámen superficial y grosero; solicitándose el auxilio de la Medicina Legal para evidenciar el grado y duración de la incapacidad productiva del obrero. Posteriormente los médicos legistas, a base de los adelantos en los conocimientos médico-biológicos han tomado la iniciativa pro-

gresista presentando a los juristas las comprobaciones de una serie de procesos patológicos en los obreros originados de una manera lenta y progresiva como consecuencia de las condiciones habituales del lugar, forma o material de trabajo, originándose así las modalidades de accidente del trabajo que se conocen como *enfermedades profesionales* y que se han incorporado de hecho en la Legislación de muchos países como lesiones originadas con ocasión del trabajo y susceptibles de ser resarcidas con la indemnización correspondiente.

D) *Enumeración de algunas enfermedades profesionales consideradas ya en la Legislación extranjera:*

En Italia la Ley de Accidentes del Trabajo comprende a las enfermedades profesionales, tales como peste bubónica, tétanos, carbunco, lepra, fiebre amarilla y *malaria*.

En Alemania se considera como enfermedades profesionales, la *malaria*, tuberculosis, peste bubónica, sífilis, carbunco, neumoconiosis, etc.

En Francia, igualmente se consideran como enfermedades profesionales: *paludismo*, tuberculosis, peste bubónica, carbunco, etc.

Inglaterra, Estados Unidos y Suiza, comprenden como enfermedades profesionales, las mismas que reconocen Brasil y Argentina, casi sin limitaciones.

La Argentina reconoce entre los accidentes del trabajo a las enfermedades profesionales, y en la lista oficial se aceptan como tales: neumoconiosis, tabacosis pulmonar, antracosis, siderosis, saturnismo, hidrargirismo, cuprismo, arsenicismo, oftalmia amoniacal, fosforismo, sulfo-carbonismo, pústula maligna, dermatosis, anquilostomiasis y *paludismo*.

En Austria, Holanda, Noruega, Nueva Zelandia y otros países cuya enumeración sería muy larga se aceptan ya algunas enfermedades profesionales, como neumoconiosis, antracosis, saturnismo, etc., no incluyendo el paludismo todavía.

E) *Enfermedad profesional en la Legislación del Perú:*

Ley 1378, de 20 de enero de 1911, considera los accidentes del trabajo ocasionados por violencia traumática únicamente.

Ley 2290, de 4 de julio de 1913 indica modificaciones para mejor reglamentación y cumplimiento de la anterior.

Ley 7975, de 12 de enero de 1935, declara la neumoconiosis o cualquier otra dolencia adquirida en el trabajo por intoxicación de gases derivados de productos químicos como enfermedades sujetas a indemnización por el empresario, de conformidad con las 2 leyes anteriores.

El Decreto Supremo de 27 de diciembre de 1935, al formular la reglamentación de la Ley 7975, considera expresamente el término de enfermedades profesionales, aceptándolas en la Legislación del Trabajo.

La Ley 8433 de 12 de agosto de 1936, contempla el Seguro Social Obligatorio, y en su art. 3º letra f) dice que no se consideran asegurados obligatorios "los accidentes del trabajo o enfermos profesionales que perciben, han percibido o puedan percibir una renta vitalicia". Si el accidente del trabajo o la enfermedad profesional la sufre un asegurado, dejará de continuar obligado al seguro y se le devolverá sus cuotas personales con intereses capitalizados a razón del 5 por ciento anual;".

Como se vé la Legislación del Trabajo en el Perú, aunque incompleta todavía, se ha puesto gracias al esfuerzo de nuestros legistas, juristas y gobernantes casi a la altura de las más avanzadas legislaciones del mundo. Sólo resta hacer el estudio médico-legal de las enfermedades profesionales, a fin de hacerlas incluir en la Legislación respectiva.

En lo que respecta al paludismo como enfermedad profesional, es imperativo incluirla en la Ley de accidentes del trabajo, por cuanto así se cumpliría elemental justicia a una serie de obreros que en la agricultura y con motivo de su trabajo contraen el paludismo quedando luego parcialmente invalidados unos, y anulados otros. Esto, independientemente del Paludismo contraído en otras condiciones ajenas al trabajo, para lo cual la Ley del Seguro N° 8433 ha tomado las providencias necesarias, señalando los casos de excepción a este seguro de protección.

F) *Condiciones médico-jurídicas del paludismo como enfermedad profesional:*

No todo paludismo contraído por el obrero en una zona malárica de la agricultura, puede considerarse como accidente del trabajo o enfermedad profesional. Para que sea considerado como enfermedad profesional el paludismo requiere establecer primero, previo detenido e imparcial estudio, que reúne todas las condiciones médico-jurídicas de la definición, ya que, como dice el Dr. Fernandez Dávila: "obrar de otra manera implicaría dejar la puerta abierta a toda clase de argucias curiales y argumentaciones sofísticas que harían fracasar en la práctica principios científicos demostrados como justos". Veamos de una manera general cuáles son esas condiciones:

En primer lugar se hace necesario establecer que el obrero agricultor antes de contratarse y hasta el momento en que inicia sus labores no sufría de paludismo. Esta es una cuestión básica, que deben resolver todos los patronos con el auxilio del médico al contratar a un obrero para labores agrícolas. Patrono que no cumpliera con este requisito de hacer la verificación del estado de salud de su obrero, in-

curriría en "responsabilidad sin culpa" y estaría obligado a indemnizar, sin mayor averiguación.

En segundo lugar se requiere probar que la inoculación palúdica ha sido favorecida por las condiciones del trabajo: región comprobada como de paludismo endémico, locales insalubres en este respecto (habitación del obrero proporcionada por el patrono falta de protección y no higienizada), el no proporcionar local para residencia del obrero, etc.

En tercer lugar demostrar que la picadura infestante se ha producido en las situaciones de tiempo y lugar impuestas por el trabajo de acuerdo con los datos locales que investigará el médico-legista. Habrá que probar que el obrero no ha podido salir de la región de trabajo endemo-palúdica durante todo el tiempo de su labor, que el horario de su labor ha coincidido con las condiciones biológicas del anofeles, etc.

En cuarto lugar precisa establecer el diagnóstico o sea la declaración de que el obrero está sufriendo de la afección palúdica, lo cual es relativamente fácil al tratarse de la primera época del proceso: por los accesos regulares de fiebre, precedidas de malestar, escalofrío, dolor de cabeza, acompañados o nó de vómitos y seguidos de sudación profusa y por las comprobaciones hemáticas mediante extensiones de sangre en láminas numeradas verificadas en el momento oportuno por personal técnico; el diagnóstico será más difícil al tratarse de la fase crónica con complicaciones viscerales, siendo necesario no sólo valerse del índice de Schuffner y del índice esplénico de Sergen, sino de las pruebas de esplenio-contracción y exámenes hemáticos, etc. Más difícil y delicado será todavía el diagnóstico al tratarse del paludismo como concausa, será necesario entonces una serie de exámenes médicos hasta establecer las afecciones, prefiriéndose entonces la remisión del obrero a una clínica bien montada para mejor tratamiento y mayores comprobaciones.

En quinto lugar se comprobará si aparte del examen inicial se han verificado los exámenes médicos periódicos del obrero o nó; y

En sexto lugar, se establecerá el grado de incapacidad y el tiempo probable de duración de la afección palúdica contraída con ocasión y como consecuencia de la labor.

G) *Peritaje médico-legal del paludismo como enfermedad profesional:*

Tratándose de una enfermedad profesional que aún no ha tomado carta de ciudadanía en nuestra Jurisprudencia, considero que debe hacerse la verificación de ciertos extremos y circunstancias particulares en el terreno de la realidad.

Respecto al peritaje del paludismo como enfermedad profesional, habrá que hacer la investigación de las posibilidades y dificultades de este peritaje en el mismo campo de los sucesos, máxime cuando se tra-

ta de incorporar a nuestra Legislación los principios médico-jurídicos que han de normar las indemnizaciones.

Los problemas médico-legales que hay que resolver son los siguientes:

1º) *¿Hay paludismo?*. El perito debe ser necesariamente un médico para que haga las constataciones clínicas necesarias al diagnóstico.

2º) Si hay paludismo *¿se ha adquirido durante el trabajo?* A este respecto precisa conocer el médico perito sí se ha verificado o nó el examen inicial del obrero.

La Ley debe ser terminante declarando la responsabilidad patronal cuando no se hubiera cumplido el requisito del examen médico inicial. Si se prueba que el obrero ha sido picado por el zancudo en el ejercicio mismo de su labor agrícola tiene derecho a la indemnización, necesiándose comprobar que así ha sido, para lo cual el perito se dirigirá a la zona en referencia y verificará la existencia de los anofeles, procurando coger algunos para que se hagan los estudios precisos en un Laboratorio bien montado.

3º) Si el paludismo existe *¿se debe o es consecuencia del trabajo?* Para resolver este problema el médico perito comprobará que las condiciones del trabajo o del lugar obligaban al obrero a exponerse a ser picado por el anofeles.

4º) Si el paludismo es enfermedad profesional *¿qué grado de incapacidad actual tiene el obrero y qué tiempo aproximado durará su incapacidad?* El perito médico será parco en su declaración de incapacidad y hará la salvedad de que se requiere observación posterior, y en cuanto al tiempo de incapacidad declarará que juzga sólo el tiempo mínimo.

5º) En lo posible se declarará si la enfermedad se ha originado por negligencia dolosa o culposa del obrero, cuando se trate de consecuencia del trabajo, para de ese modo evitar los casos de enfermedad provocada por el obrero mismo.

Acción secundaria de la Quinina

Por el Prof. Dr. P. MÜHLENS.

Mucho se ha hablado sobre los fenómenos nocivos producidos por la administración de quinina y que, en ciertos casos, aun puede poner en peligro la vida del enfermo. Hago sólo mención de las publicaciones de Hauer, de Budelmann y Krauel y de aquellas de Hauer, Ziemann y Fischer en que dan a conocer estos últimos, atraídos por nuestra disertación sobre Malaria de Guerra dictada en la 10ª reunión de la Sociedad Alemana de Medicina Tropical, algunas observaciones sobre la aparición de accesos febriles de tipo palúdico a continuación de un tratamiento quinínico. Con anterioridad habíamos señalado esta posibilidad, fundándonos en observaciones propias recopiladas en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo. En repetidas ocasiones y en ausencia de plasmodios en la sangre hemos comprobado con dosis pequeñas de quinina (0,10 — 0,20 gr.), la aparición de la temperatura hasta 39 y 40°, a veces precedidas de escalofrío. Uno de estos casos fué comentado en la disertación mencionada más arriba. Es sabido que se preconizan estas dosis pequeñas de quinina para reactivar la malaria latente.

En la 10ª reunión de la Soc. Al. de Med. Trop. la discusión sobre la Malaria de Guerra y sus consecuencias condujo a la convicción unánime que la quinina en dosis pequeñas es capaz de producir accesos febriles malariformes y que es indispensable tomar en cuenta estos hechos en la apreciación de las crisis de paludismo que se pretende sean aún daños causados por la guerra.

Budelmann y Krauel establecen que la administración de quinina no sólo produce alzas de temperatura en el animal, sino también a veces en el hombre. Así encontró F. V. Müller tal acción paradójica de la quinina en dos casos de enfermedad de Basedow. También se cita el caso observado por Nattali quien vió aparecer escalofrío y temperatura con la dosis de 0,6 gr. de quinina.

En el caso descrito por Budelmann y Krauel se producía un ascenso de la temperatura después de cada dosis de 0,1 gr. de quinina, a veces acompañado de escalofrío. Aquí se trata como en el de F. v.

Müller de una tireotoxicosis con perturbación de la regulación térmica (?).

Hay personas que poseen una hipersensibilidad innata, posiblemente congénita por la quinina; hay otras que adquieren tal hipersensibilidad tanto frente a dosis altas (gramos) como frente a dosis pequeñas; en la mayoría de los casos después del uso prolongado de quinina. Al practicar las investigaciones sobre la aptitud individual para el servicio en los trópicos, tropezamos frecuentemente con tal idiosincrasia innata que se manifiesta con la administración de 0,50 a 1,0 gr. de clorhidrato de quinina. En algunos casos se revela por síntomas nerviosos generales, como p. ej. palpitaciones (a veces palpitaciones galopantes, zumbido de oídos intenso, estados vertiginosos, temblor); en otros, en cambio, por un exantema del tipo de la urticaria, además de la piel y de las mucosas de la cara. A juzgar por nuestras observaciones se presenta el síntoma de la hemorragia, aun la de las mucosas de los órganos profundos, con mayor frecuencia en el cuadro de la hipersensibilidad adquirida. Nosotros mismos hemos visto en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo varios casos de hemorragias cutáneas y de las mucosas; uno de ellos fué producido por la dosis de 0,10 gr. de quinina. Jamás olvidaremos un caso grave de hemorragia nasal e intestinal: un enfermo de parálisis general en el que se había practicado la inoculación terapéutica de la malaria trópica. Recién iniciado el tratamiento quinínico, estalló el cuadro de hipersensibilidad que condujo a la muerte del paciente. Difícil es establecer el papel que pudo haber desempeñado en este estado hemorrágico la infección por la malaria trópica y el mal estado general del enfermo. Posteriormente hemos sabido de parte de los deudos que ya durante la permanencia en los trópicos y a consecuencia de la administración de quinina el paciente había sufrido hemorragias.

En la literatura se citan numerosos casos de malaria complicados de hemorragias y púrpura. A nuestro parecer todas estas observaciones han de someterse a una crítica severa con el objeto de establecer si estos trastornos fueron causados por el paludismo, por la quinino-terapia o por ambos factores a la vez. Para aclarar este punto basta darle al paciente pequeñas dosis de quinina una vez que haya curado el acceso palúdico.

A las observaciones sobre idiosincrasia por la quinina publicadas tiempo atrás por nuestros colaboradores y por nosotros mismos queremos agregar ahora algunos casos más.

Tenemos en primer lugar el caso de una hipersensibilidad grave con diatesis hemorrágica: se trata de un marino que padecía de terciana y en el que la dosis de 0,25 de uretano-quinina desencadenó hemorragias de la piel, de las mucosas y un ataque de fiebre hemoglobinúrica. Fué el primer caso de esta naturaleza que logramos curar con Plasmokino. Sanó de su terciana y desde la iniciación de esta medicación no tuvo más hemorragias. Hemos visto en el Instituto varios casos similares en que, pese a la tendencia a la hemoglobinuria, la Plasmokino y la Atebrina fueron bien toleradas. Otro caso de hemoglo-

binuria con gran idiosincrasia quinínica ha sido publicado por Mühlens y Knabe.

De especial interés estimamos la observación siguiente:

Un marinero había tomado profilácticamente quinina en un viaje de ida al Africa Occidental. Presentó en esta ocasión por primera vez hemorragias cutáneas y de las mucosas. Enfermó de paludismo y al recibir nuevamente quinina en el viaje de regreso reaparecieron las hemorragias. Las tuvo así mismo a su ingreso a un hospital de Kiel. La Hemoglobina había descendido a 35%. El tratamiento a base exclusiva de Plasmokino no condujo a una curación radical de la malaria trópica. Por este motivo el enfermo fué trasladado a nuestro Instituto de Hamburgo en donde llegó en estado de suma debilidad. Bazo muy aumentado de volúmen, encías edematosas e irritadas. Las hemorragias de la mucosa bucal y de las encías habían producido un aflojamiento de los dientes. En la sangre encontramos numerosas formas anulares de *plasmódio falciparum*. Tiempo de sangría y de coagulación normales, resistencia globular ligeramente reducida. El paciente sanó en breve plazo con Atebrina. La Atebrina fué bien tolerada. Transcurrido un año, el paciente fué sometido a una observación corta que arrojó el siguiente resultado: no había vuelto a sufrir ningún acceso típico de malaria, era portador de una trombopenia esencial. Se optó por no hacer el tratamiento de prueba a base de quinina.

El caso que referimos a continuación de hipersensibilidad quinínica presentó aspecto distinto. El paciente que regresaba de un viaje al Africa Occidental nos fué enviado por el médico del barco con el siguiente informe:

“El paciente comenzó por presentar una ligera elevación térmica y conjuntamente con ello una induración de la piel de la cara, zona infiltrada, que partiendo del dorso de la nariz, se extendía en forma de mariposa hasta ambas orejas, más acentuada a derecha que a izquierda.

Entre el dorso de la nariz y los pómulos era de consistencia leñosa. Ambos párpados muy edematosos. Ojos, boca y garganta normales. En el pecho pequeñas vesículas y huellas de rascado. En las manos desde la muñeca hasta los dedos una hinchazón dura y de color café. Inicié el tratamiento con Aspirina y aplicaciones húmedas a la cara; en la tarde autohemoterapia de 10 cc. En la mañana siguiente comprobé taquicardia y nuevo aumento de la temperatura. Síntomas locales sin variación. Pensé en una urticaria y en el edema de Quinke. Como no se produjera mejoría alguna, no confirmándose por de pronto mi diagnóstico, he decidido hacer trasladar el enfermo con el próximo barco a Hamburgo”.

En Hamburgo la anamnesis del paciente arroja el resultado siguiente: En un viaje a Méjico tomó profilácticamente una tableta de Quinoplasmina (contenido en quinina 0,30 gr.). A las 3 horas sobrevinieron edemas de la cara, de los párpados y de ambas manos. El

gran prurito le indujo a rascarse las partes afectadas. Este estado duró 6 días. Acto seguido se produjo una forunculosis y una adenitis inguinal supurada.

Pensamos enseguida en una hipersensibilidad a la quinina e indicamos el tratamiento de prueba con 0,20 gr. de clorhidrato de quinina por vía bucal. Al cabo de pocas horas apareció una urticaria de todo el cuerpo acompañada de edema de la cara, de lagrimeo y de una infiltración de las manos con sensación de tirantez. Era, según referencia del propio enfermo, un estado poco menos que insoportable, especialmente por la comezón y la tirantez. En el pecho y en la espalda se formaron múculas rojas y numerosas pústulas acneiformes. La piel se presentaba en toda la extensión edematosa e infiltrada. Una segunda prueba con 0,2 gr. de quinina tuvo el mismo efecto. Se trataba, por lo visto, de un caso de gran hipersensibilidad quinínica que revisió los caracteres clínicos de un exantema exudativo polimorfo. Los trastornos cedieron rápidamente a la administración de Kationormo y Calcibronato.

El caso siguiente de idiosincrasia quinínica se refiere a un ex combatiente de la guerra mundial:

Dice el paciente haber estado recluido en el año 1917 durante 13 semanas en un lazareto de Macedonia a consecuencia de una malaria trópica. Recibió durante 3 días, 1,75 grs. de quinina diariamente; a continuación 1 gr. por semana a manera de profilaxia.

En Agosto de 1918: Diarreas con sangre y mucosidades por lo que se pensó en una disentería instituyéndose el tratamiento del caso. Sostiene haber estado con fiebre de 40° durante 3 semanas en 1924. Comenzó este último período de la enfermedad con escalofrío, luego el enfermo tuvo que abandonar el servicio.

1934: De nuevo aparecen bruscamente temperaturas altas. Al comienzo epistaxis. Hemorragias gingivales. Vesículas hemáticas en la piel de la cabeza primero, luego en la de los brazos. Además, hemorragias puntiformes en las piernas. Esta vez había sido tratado por una neumonía (con quinina?). Examen pulmonar ulterior negativo.

31 de Enero de 1935: Nuevamente fiebre y vesículas hemáticas en la cabeza y en el pecho. 4 días de duración. A partir de esta fecha no pudo seguir en su ocupación de maquinista de ferrocarril.

El paciente ingresa en Abril de 1935 al Instituto de Hamburgo bajo la sospecha de una malaria de guerra o de un estado postpalúdico. Como presenta el cuadro de idiosincrasia quinínica le dimos 0,2 gr. A las 3 horas escalofrío y fiebre hasta 39,3°. No se encontraron plasmodios en la sangre no obstante numerosos exámenes, provocación por la adrenalina, duchas en la región esplénica y baños de luz ultravioleta. Cuadro sanguíneo normal. Sólo a partir del tercer día comprobamos la quinina en la orina.

He aquí un caso típico de estados patológicos causados por la idiosincrasia quinínica. Estamos convencidos de que con dosis más altas de quinina podríamos haber provocado fenómenos mucho más intensos.

De indagaciones posteriores resultó que el paciente había recibido una inyección intramuscular de quinina 3 días antes de estallar el último período febril, las hemorragias, etc.

En los últimos tiempos pudimos observar en la clientela particular 4 casos de hipersensibilidad por la quinina.

Dos pacientes de los que acostumbraban tomar quinina de tarde en tarde para la profilaxia notaban después de cada dosis algo elevada la aparición de deposiciones sanguinolentas, aparentemente debido a hemorragias intestinales. Toleraban las dosis pequeñas sin molestias. Estos casos y otros similares indican claramente que es erróneo interpretar las hemorragias de la mucosa del tracto gastro-intestinal como "disentería palúdica".

En otro paciente la profilaxia quinínica (de 0,2 gr. 5 veces al día, 2 veces por semana) producía "purpura". Con la administración de 0,30 a 0,40 gr. de quinina en las 24 horas durante 7 días logramos hacer reaparecer estas hemorragias cutáneas.

El cuarto paciente dice haber tenido en repetidas ocasiones a consecuencia de la administración profiláctica de quinina (0,4 gr) accesos febriles con exantema generalizado, edema, prurito (urticaria) y exfoliación consecutiva de la piel. Como el paciente tomó un día equivocadamente una preparado a base de quinina pudimos observar en él un exantema de la cara, del pecho y del vientre que revestía los caracteres de una escarlatina (Menk). Incluso se produjo al último el desprendimiento de la epidermis de los dedos.

Para terminar, un caso de la clientela particular que dice haber presentado en Africa a raíz de la administración de quinina junto con una crisis fuerte de paludismo una hemorragia ocular que lo "cegó casi completamente". Según cuenta, sufría de elevaciones térmicas a cada cura con quinina. El tratamiento a base de Atebrina instituido por nosotros no provocó estos trastornos y subjetivamente fué bien tolerado.

En la literatura han aparecido— sobre todo hace algunos años— referencias numerosas sobre hemorragias de la retina en el paludismo.

También hay observaciones al respecto hechas en el Instituto de Enfermedades Tropicales (Werner). No necesitamos entrar a discutir los trastornos de la visión, que podían llegar hasta la amaurosis, producidos por el uso de la Optoquina. Son hechos por demás conocidos; por otra parte sabemos que este preparado ha caído en desuso en el tratamiento moderno de la malaria.

He tenido ocasión de observar algunas de estas hemorragias de la retina en el Instituto. Desde la introducción del tratamiento anti-malárico a base de Atebrina-Musonat, Atebrina y Plasmokino no se han vuelto a ver esta clase de complicaciones. Este hecho nos induce a pensar que estas extravasaciones puedan relacionarse con la quinino-terapia de antes. De todas maneras, es prudente tener presente esta posibilidad frente a fenómenos hemorrágicos que se observen en el curso o a continuación de una cura anti-palúdica. No negamos con ello el hecho de que anemias o intoxicaciones palúdicas graves puedan, aun

sin la intervención de la quinina, producir o favorecer la aparición de hemorragias.

Personas que han regresado de los trópicos y que tomaban profilácticamente dosis hasta 1 gr. de quinina, sufren frecuentemente de trastornos graves de la audición, a veces hasta de sordera completa. Hace pocos días fuimos consultados por un paciente de esta naturaleza. Conocidos son, por otra parte, los casos de ex combatientes que reclaman una indemnización por daños contraídos en el servicio de la guerra, daños consistentes en trastornos de la audición que ellos relacionan con la administración de quinina. El margen estrecho de este trabajo no nos permite detallar mayormente estos problemas, ni tampoco las relaciones que existen entre ciertos trastornos cardíacos y la quinoterapia. Entre las personas que inculpan a la quinina de su afección cardíaca figuran también ex combatientes.

La hipersensibilidad quinínica no es rara entre las personas que se someten a la profilaxia anti-palúdica. La mayoría de estas personas han abandonado la quinina para seguir con Atebrina o Quinoplasmina. Casi todas nos han declarado que toleran mejor la Quinoplasmina que la quinina, a pesar de que la última es parte integral de la primera.

Esta breve exposición sobre la acción nociva de la quinina, basada en las experiencias hechas en Hamburgo, ha tenido como móvil la intención de refutar una serie de trabajos que abogan por el uso de la quinina y que hablan sólo de daños producidos por la Atebrina y Plasmoquina. Estimamos que en estas publicaciones se han omitido las desventajas de la quinina o que, por lo menos, no se las ha aquilata-do debidamente frente a los perjuicios insignificantes y mucho menos graves que se observan con el uso de la Atebrina y Plasmoquina.

Obstetricia rural en la Sierra del Perú

Por el Dr. JOSE B. JIMENEZ CAMACHO.

La provincia de Azángaro del Departamento de Puno, está situada en plena sierra, entre las dos cadenas oriental y occidental de la Cordillera de los Andes e inmediatamente al Norte de la meseta del Titicaca, de la que forma parte. Cuenta aproximadamente con 100,000 habitantes, de los cuales 95,000 son indígenas autóctonos (Kechuas), y 5,000 mestizos. Tiene 14 distritos ocupando una extensión de 2,900 Km.2. Su capital, Azángaro, tiene 2,500 habitantes, mas o menos.

En el orden sanitario está dotada por el Estado de un médico Sanitario Titular y un Vacunador (Sanitario). No tiene hospital ni Asistencia Pública. No hay obstetrix, ni enfermeros. En la capital de la Provincia existen dos boticas de tercera categoría que no están servidas por Farmacéuticos diplomados. En las capitales de distrito no existen ni pequeños botiquines. El haber que percibe el Médico Sanitario Titular es de S/. 250.00 y el del Sanitario S/. 70.00

Algo que no debe ocultarse, es la falta de cultura de sus habitantes, como sucede en casi todas las Provincias del Perú. Actualmente hago campaña de cultura general y de lucha contra el curanderismo, signo evidente de poca civilización.

Durante el año 1938 hemos atendido muchos casos obstétricos de los cuales son importantes los cuatro que pasamos a relatar.

PRIMER CASO

Placenta previa parcialmente oclusiva.—A. de M., 42 años, casada, múltipara. Todos sus embarazos anteriores fueron normales.—En Enero de 1938 y estando con embarazo de 2 meses, hace su primera consulta haciéndosele el diagnóstico de Pielonefritis. Se le atiende con Urotropina, Colitique y reposo. Los trastornos urinarios ceden.

En Marzo siguiente tiene hemorragia vaginal y examinada no se encuentra al exámen interno, ninguna causa que la explique, notándose la ausencia del síntoma dolor (placenta oclusiva con síntomas precoces?). Se indica reposo, calcio y córpura lútea. Es de advertir que el cuello uterino estaba perfectamente cerrado. Unos días después se ha cohibido la hemorragia.

En Junio siguiente, a los 7 meses de embarazo, se presentan dolores intermitentes y poco intensos en toda la zona uterina, a la vez que sangra durante 12 días. En este estado se indica reposo absoluto, calcio y el 19 del mismo mes a las 2 de la mañana se nos llama de urgencia porque la hemorragia es de bastante consideración. Hecho el exámen interno se encuentra cuello uterino con dos centímetros de dilatación y el borde placentario francamente sensible al tacto. El exámen, a pesar de la suavidad con que se hizo, aumentó la hemorragia en forma cataclísmica, a tal punto que ya no se pudo hacer otra cosa que ir a la dilatación manual del cuello y hacer una versión interna inmediata, seguida del alumbramiento por la maniobra de Credé. El feto prematuro se extrajo vivo. La placenta íntegra. Después post-alumbramiento se presentó hemorragia interna, por franca atonía del útero; durante una hora mas o menos tuvimos que contener la matriz por presión a fin de evitar que continuase la hemorragia y salir airosos del caso. A las 5 y 30 a. m. del día 20 dábamos por terminada nuestra labor, después de inyectar Prontosil, Clauden y ordenar que se colocase hielo en el vientre.

El pulso de la parturiente fué la guía en todas las maniobras y ante el peligro de la hemorragia por la placenta previa no trepidamos en actuar de inmediato para salvar la vida de la madre con probabilidades de salvar también la vida al feto. Fatalmente el feto murió a los 23 días de nacido con ataques de espasmofilia. Después de 10 días de guardar cama la parturiente fué dada de alta en su mismo hogar y a la fecha se encuentra en perfectas condiciones.

SEGUNDO CASO

Insuficiencia de Córpura-lútea y su tratamiento, seguida de parto casi a término.—M. E. de D., 34 años, casada. 3 embarazos anteriores seguidos de abortos en los primeros meses.

El exámen general y el local del aparato genital no encontró ninguna anormalidad, pensándose retrospectivamente en un caso de aborto habitual. El 22 de Marzo de 1938 hace su última menstruación para un cuarto embarazo, del cual, por consiguiente, debe dar a luz en Diciembre correspondiente. A los tres meses del embarazo consulta por haberse presentado pequeñas estrias de sangre en la vagina. Se diagnosticó Aborto habitual por insuficiencia lútea, instituyéndose tratamiento con Córpura lútea. Las pequeñas hemorragias desaparecieron, continuando el embarazo hasta los 7 meses, época en la que vuelve a consultar por edema y trastornos urinarios que curan

con reposo, Colitique y régimen lacto-vegetariano. Se ayuda el tratamiento con Suero Glucosado hipertónico.

A fines de Noviembre se anticipa un parto natural y rápido. Se retiene la placenta y a las 20 horas después del parto se la extrae con maniobra obstétrico-quirúrgica. El resultado fué satisfactorio, observándose en el puerperio 10 días de vigilancia. El niño nacido prematuro fué atendido con Foliculina, teniendo que lamentar su fallecimiento a pesar de los cuidados prodigados.

La madre en perfectas condiciones a pesar de la operación que se le hizo en su domicilio rural, dejó el lecho a los 15 días, en perfectas condiciones. Apenas si hubo febrícula. Inmediatamente después de la extracción placentaria se le administró Prontosil que fué repetido dos días más.

Resultados: a).—Mujer que no lograba embarazo a término, llegó a un parto casi a término con tratamiento por cópura-lútea.— b) La operación obstétrico-quirúrgica de extracción placentaria por engatillamiento de ésta, dió los mejores resultados cohibiéndose la hemorragia y no produciéndose infección.— c) La profilaxia de la infección puerperal fué prevista con Prontosil y abstención total de maniobras después de la extracción placentaria, siguiendo las instrucciones del Profesor Blanco de la Escuela tcológica Argentina.

TERCER CASO

Eclampsismo en el embarazo y Síndrome de Shikelé en el parto.
—A. R. de C. secundípara. Embarazo de 8 meses y medio, presenta edema generalizado, cefalea intensa, náuseas, vómitos y signo de Choisier evidente. No hay trastornos visuales. Pulso hipertenso.

Se le indica reposo, régimen lacto-vegetariano absoluto, Colitique y Suero glucosado hipertónico. Con este tratamiento el estado de inminencia de ataques eclámpicos desaparece. Se inicia el parto y al examinarla se encuentra el cuello uterino con 2 cm. de dilatación, pero el parto no avanza a pesar de las fuertes contracciones uterinas. La cabeza fetal está alta y las membranas son duras y planas. Se detiene el parto en su evolución por mas de 10 horas, con contracciones fuertes y dolores francamente supra-púbicos. No habiendo distocia de parte del conducto, ni del móvil, ni de la fuerza uterina y previo exámen obstétrico, teniendo presente la localización supra-pública del dolor, se diagnostica Distocia funcional por estar frente a un parto imperfecto (Moragues Bernat), por disociación de la sinergia funcional o síndrome de Schikelé, cuyo conocimiento hemos sido los primeros en divulgar en el Perú. ("La Crónica Médica", Lima, Marzo de 1934). Se procedió a verificar lo que se llama en Obstetricia moderna *el parto médico*: ruptura precoz de las membranas y uso de sedantes. A la hora y minuto de la maniobra obstétrica se hizo la dilatación completa y expulsión del feto vivo, en buenas condiciones. La parturienta mediante nuestra maniobra recuperó fácilmente la posibilidad de su

trabajo eficiente para el parto y dió a luz rápidamente en la forma más favorable. A los 15 minutos se expulsó la placenta espontáneamente, reteniéndose las membranas que días después se expulsan solas. El puerperio fué normal.

• *Resultados*:— a).—Se verificó el tratamiento del eclampsismo suprimiendo el peligro de la aparición de las crisis convulsivas de eclampsia que podían haber sido fatales para la madre y el feto. b).—Se hizo el diagnóstico del síndrome de Schickelé y se verificó el parto médico (técnica obstétrica de la Escuela Argentina) con los resultados mas favorables. Actualmente, madre e hijo se encuentran en perfectas condiciones.

CUARTO CASO

Eclampsia obstétrica declarada a los 7 meses de embarazo.—*Tratamiento.*—F. S. de P., primigesta. Siete meses de embarazo con edema generalizado, trastornos visuales graves, pues ha perdido la visión.—Pulso tenso, Cefalea intensa y signo de Choisier neto.—En ese estado se encuentra en su domicilio rural. Se nos llama de urgencia por tres ataques de Eclampsia del embarazo.

De inmediato se realiza sangría de mas de 1,000 c.c. Inyección de 40 c.c. de suero glucosado hipertónico. La paciente queda en observación manifestando una hora después sentirse aliviada, pues el dolor de cabeza intenso ha disminuído, la sensación de apretura en el cuerpo ha desaparecido, no habiendo mejorado en nada los trastornos visuales. Al día siguiente se la traslada a la capital de la Provincia de Azángaro y notamos que los trastornos visuales van desapareciendo. Se sigue el tratamiento desintoxicante con Suero glucosado isotónico 2,000 c.c., reposo absoluto, dieta lacto-vegetariana y siguiendo este régimen durante 6 días hemos impedido que vuelvan los ataques, con el optimismo de que deberá realizarse un parto normal siempre que la vigilancia desintoxicante, reposo y régimen sean severos y absolutos.

Estos casos clínicos observados en un medio rural donde se carece totalmente de los auxiliares que dispensa una Clínica, demuestran que el mayor beneficio que se podría realizar a cada Provincia en el Perú, sería atender la Obstetricia, ya que el porvenir del capital humano es lo fundamental y para ello las mujeres deben parir en las mejores condiciones y los niños nacer con las mayores garantías.

Urge que la organización sanitaria nacional aumente el personal obstétrico provincial, principalmente el dedicado a la asistencia rural, con la divisa de hacer el bien a la humanidad sin fijarnos en egoismos ni correspondencia mercantil.

La Vitamina C en la sangre y orina

Por el Dr. ALBERTO GUZMAN BARRON

Existen en el Perú para la investigación bioquímica tres grandes problemas: el de la altura, el de la verruga y el de la nutrición. Este último abarca a casi toda la población.

Desde que se ha demostrado que el factor dietético es de gran importancia como medio preventivo contra muchas enfermedades y curativo contra otras, los estudios actuales tratan de demostrar como pueden prolongar la vida y aún hacerla más feliz, porque un buen estado fisiológico es esencial para esta última.

Antiguamente en los problemas de la alimentación sólo se buscaba el valor calórico de los alimentos, hoy no sólo ese valor es indispensable sino los elementos minerales y vitamínicos necesarios para prevenir la aparición de una serie de enfermedades por carencia.

La vitamina C en los estados patológicos.— La primera enfermedad cuya única causa es la deficiencia de la vitamina C, es el escorbuto, y esta enfermedad suele asociarse a otras con bastante frecuencia, así especialmente a la tuberculosis pulmonar, a tal punto que por hallazgo de autopsia casi el 100% de escorbúticos fallecen por tuberculosis. La demostración de una hipovitaminosis C en esta enfermedad, ha llevado a estudiar y constatar el efecto benéfico de esta vitamina en dicha enfermedad. Por otra parte, experimentalmente se ha demostrado que animales pobres en vitamina C son más susceptibles de contraer la tuberculosis intestinal. No sólo en la tuberculosis se halla una baja de la vitamina C en el organismo, en general todo proceso infeccioso participa de este carácter, a tal punto que en el período de estado se constatan cifras semejantes a las que se hallan en el escorbuto. Es interesante también observar que en la difteria se ha llegado a demostrar la acción benéfica de esta vitamina en su prevención y curación.

Sobre el mecanismo de acción de la vitamina C en los procesos infecciosos los estudios no están concluidos; mientras unos creen que tendría acción sobre las toxinas, otros piensan que no actuarían directamente en la defensa inmunitaria, sino produciendo ciertas variaciones intra-celulares e intercelulares, que favorecerían la defensa natural. Si bien es cierto, que para determinados microbios como el colibacilo y el paratífico B, se ha demostrado que habría una destrucción directa de estos gérmenes, no se ha demostrado igual cosa en otros procesos. No sólo en el campo de la medicina se hace presente una hipovitaminosis de este género, también lo hace en el de la cirugía. Es así que una serie de hemorragias uterinas, tendencia a la sangría en los actos operatorios etc. pueden ser debidos únicamente a una deficiencia en esta vitamina. En las úlceras gástricas y duodenales se ha demostrado también su papel importante. Por experiencias ingeniosas se ha demostrado que en los sujetos con esta clase de deficiencia la cicatrización de las heridas y la consolidación de las fracturas se hacen muy tardías. No es del caso hablar del enorme papel que la vitamina que estudiamos tiene en los trastornos dentales.

Pero, aparte de esta correlación de enfermedades diversas a estados de deficiencia existen una serie de procesos de sintomatología variada como tendencia a las hemorragias, propensión a trastornos respiratorios y digestivos, partos prematuros, etc., en muchas oportunidades debidas exclusivamente a fallas alimenticias del tipo de la deficiencia que estudiamos. Son estas deficiencias sobre todo que conviene descubrirlas, son estos estados pre-escorbúticos, la mayoría de los casos hallazgos de autopsia, que deben ser oportunamente puestos de manifiesto, muy especialmente en el niño, donde una alimentación láctea exclusiva, sobre todo si no es la materna, trae inexorablemente un estado muchas veces grave de avitaminosis, ya, que en la imposibilidad de consumir leche fresca, entre nosotros, hay que acudir a la pasteurización o ebullición que destruyen la vitamina C.

Por otra parte, el descubrimiento de deficiencias alimenticias es posible llevarlo a cabo en grande escala, en grupos de individuos de diversa condición social y económica, por métodos que luego señalaremos, y que servirán para una mejor orientación en la técnica alimenticia. Por último, la determinación de la riqueza vitamínica de nuestros alimentos se impone, ya que tenemos muchos productos nacionales, que ni siquiera podemos relacionarlos con los dosajes hechos en el extranjero, detalles estos de gran valor no sólo para corregir defectos alimenticios, sino útiles como medio terapéutico, ya que así se puede salvar al paciente de gastos indebidos en la adquisición de específicos, siempre costosos.

Métodos para reconocer una deficiencia de vitamina C.— Teniendo en cuenta que en los escorbúticos la resistencia capilar se halla muy disminuída, los clínicos utilizaron esta prueba por algún tiempo, para reconocer una hipovitaminosis C. Pero, se ha demostrado poste-

riormente que una serie de estados con tendencia a la hemorragia no tienen vinculación con una deficiencia en vitamina C, dejando por lo tanto de ser la prueba específica. El descubrimiento de otra vitamina llamada P parece asociar dichos estados hemorrágicos a deficiencia en esta última.

El procedimiento químico parece ser en la actualidad el más exacto en la determinación de esta hipovitaminosis. Puede la investigación ser practicada de 2 maneras: sea determinando la riqueza en vitamina C de la sangre o realizando pruebas de su eliminación con la orina, previa administración de fuertes dosis de dicha sustancia. El hecho de contar con un producto sintético de vitamina C, en forma del llamado ácido ascórbico, ha hecho posibles las investigaciones numerosas tanto en el campo del laboratorio como en el terapéutico. La determinación en la sangre hasta hace poco presentaba una dificultad técnica que no la hacía aplicable en la mayoría de los casos, y era la facilidad con que la vitamina se oxidaba una vez extraída la sangre de los vasos sanguíneos: Al respecto, es interesante observar cómo una investigación química, ha podido servir a los laboratorios clínico. Es así que en estudios que el Dr. E. Guzmán Barrón, de la Universidad de Chicago lleva a cabo, quedó demostrado que el cianuro de potasio era capaz de inhibir la oxidación del ácido ascórbico, particularmente frente al cobre, que actuaba como catalizador. Y un asistente suyo el Dr. Klemperer utilizó esta constatación de orden químico y la aplicó en la técnica para determinar la vitamina en la sangre, para lo que es suficiente agregar unas gotas de una solución concentrada a la muestra; en esta forma es factible guardar la sangre hasta por 6 horas. Introduciendo algunas modificaciones al método de Klemperer, hemos determinado el contenido de la sangre en dicha sustancia tanto en sujetos normales como enfermos.

La vitamina C en los sujetos normales.— En estudios de nutrición no es posible considerar en igualdad de condición, a sujetos que aparentemente son sanos; hay que relacionarlos con su alimentación, que depende de su condición económica. Es así como se clasifican a los sujetos en categorías por salarios, pero habiendo hasta hoy estudiado sólo cierto grupo de individuos, no podemos ocuparnos de las diversas categorías sino sólo de algunas de ellas.

La proporción media de vitamina C hallada en un grupo de obreros, representa mg. 0.84%, con una variación de 0.66 a 1.29%. Los sujetos de este grupo son obreros de pobre salario, los que podríamos considerarlos en estado de hipovitaminosis ligera. La segunda categoría corresponde a un grupo de empleados del Hospital "Dos de Mayo" con salario moderado y una alimentación hospitalaria, probablemente no rica en vitamina C. y hallamos una media de mg. 0.95%, con variaciones de 0.61 a 1.29%. Es de advertir que estas constataciones son de interés si se recuerda el papel que deficiencias alimenticias pueden tener en la predisposición a las enfermedades infecciosas mucho más en los enfermos de hospital, frecuentemente en contacto

con focos seguros de contagio. Cosa muy semejante ocurre en el Hospital Militar. Por último llegamos a un grupo de empleados del F. F. C. C. y de la Facultad de Medicina a salario mayor, en quienes encontramos cifras altas.

Para considerar la media normal habría que referirse a las edades, y en este preliminar estudio sólo hemos considerado personas de 20 á 30 años y en las condiciones anotadas. Con todo, podemos considerar a cifras menores de 1 mgr.% como patológicas. Sería interesante estudiar la relación que estos datos pudiera tener con los pre-tuberculosos descubiertos a la tuberculina y a los rayos X, asunto que entrego al cuidado de nuestros distinguidos tisiólogos.

La prueba de la eliminación de la vitamina C.— Si bien es cierto que la determinación de esta vitamina en la sangre dá datos seguros sobre la riqueza de dicha sustancia en el organismo, es también verdad que dada la pequeña proporción existente en la sangre y la técnica algo delicada imposibilitaría para que sus beneficios pudieran alcanzar a un mayor número de casos. Se han propuesto una serie de métodos llamados de saturación, por el examen de orina consistentes en la administración de la vitamina en su estado puro durante varios días, sea por la vía bucal o endovenosa. Los inconvenientes que estos procedimientos presentan en la práctica son que la influencia alimenticia durante los días de la prueba, da lugar a la eliminación de una serie de sustancias reductoras otras que la vitamina C, que obligan para su apreciación exacta el empleo de técnicas muy delicadas. La administración por la vía endovenosa tiene el inconveniente de hacer llegar a la sangre, bruscamente, una cantidad exagerada de esta sustancia, provocando su eliminación aún en los casos en que el organismo no se ha llegado a saturar. Por todas estas consideraciones nosotros proponemos la prueba de la eliminación, que consiste en la administración de 300 mg. de vitamina C por la vía bucal en ayunas, y la determinación de su eliminación por la orina a las 4 horas, sea de su cantidad por ciento o la total en las 4 horas. Prácticamente sus resultados son semejantes. Si hay eliminación antes de las 4 horas se dosa para el segundo caso, la cantidad, para agregar al que se obtenga a las 4 horas.

Para ilustrar mejor la técnica que proponemos vamos a examinar la eliminación en cuatro sujetos sanos y cuatro enfermos tomados de nuestro archivo de casos observados. Es así que en cuatro sujetos normales cuya proporción de vitamina antes de la prueba eran menores de 1 mg. por ciento, encontramos a las cuatro horas una eliminación normal. En tanto que en cuatro enfermos con Tuberculosis pulmonar, Fiebre Malta y Tifoidea, que en la orina antes de la prueba hallamos cantidades menores de 1 mg, después de la administración de la vitamina las cantidades varían de mgs. 0.40 a 1.55%, lo que equivale a una eliminación patológica, que quiere decir que el organismo ha retenido la vitamina que se le administró.

La cantidad total de vitamina eliminada a las 4 horas equivale a cifras que varían de 32 a 52 mgs. que prácticamente representan más del 10% de lo administrado. En tanto que en dichos enfermos hallamos una eliminación a las 4 horas de menos de 6 mgs. Como se vé las diferencias son tan grandes para que puedan pasar desapercibidas. Si ahora se desea medir el grado de pobreza del organismo en esta vitamina, basta repetir la prueba siempre en ayunas durante varios días hasta obtener una respuesta normal. Como durante toda la duración de la prueba el paciente no recibe alimentos no puede haber la ingerencia de éstos en los resultados finales.

La correlación entre las cifras halladas en la sangre y las pruebas de eliminación.— En los sujetos normales las cifras de vitamina en la sangre se hallan sobre 1 milig. con una respuesta urinaria buena, en tanto que en los enfermos notamos que la pobreza de vitamina en la sangre está perfectamente de acuerdo con una pobrísima eliminación. Es así que en la sangre de estos sujetos hallamos cifras menores de $\frac{1}{2}$ miligramos, a la vez que la eliminación no alcanza a 6 mgs. a las 4 horas.

La riqueza en vitamina C de algunas frutas que se consumen en Lima.— Teniendo en cuenta que en las pruebas de eliminación se requiere la administración de fuertes dosis de vitamina C, pensamos en la posibilidad de utilizar las fuentes naturales de estas sustancias en nuestras frutas, para lo que determinamos la riqueza vitamínica de algunas, que poseen un mecanismo inhibitorio de la oxidación de dicha vitamina, lo que comprobáramos en unión del Dr. E. Guzmán Barrón en Chicago, y es así como notamos que las frutas más ricas en esta sustancia son las de Palpa y Huánuco, pero es interesante notar que las naranjas de Huando contienen siempre una proporción invariable aunque no mayor a las de otra procedencia. De tal modo que en nuestras pruebas nos hemos dirigido a ellas, administrando 750 c.c. de jugo de naranja cuya riqueza se determinaba, y que equivalen a 300 mgs. de vitamina C.

Noticias

COMISION ENCARGADA DE INFORMAR SOBRE LA CONVENIENCIA DE ADOPTAR EN EL PERU, LA FARMACOEPA NORTE-AMERICANA.— El Perú no tiene Farmacopea oficial; se acepta, sin embargo, el *Codex Medicamentarius francès*, dada la influencia que en la cultura médica peruana ejerce la ciencia francesa.

Comprendiendo la importancia de un Código Farmacológico, el Primer Congreso Peruano de Química celebrado en julio del año 1938, recomendó que se adoptase la Farmacopea Norteamericana, en razón de que existe edición castellana de la misma, mientras se prepara una nacional.

Por intermedio del Ministro de Salud Pública, el Supremo Gobierno ha expedido con fecha 6 de enero una Resolución Suprema que trata de este asunto, con el contenido que va a continuación:

Para los fines a que se contrae la recomendación hecha por la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana, en el sentido de que los países de América que no cuentan con farmacopeas nacionales "adopten, si lo juzgan conveniente, la Farmacopea de los Estados Unidos, de América, edición española, como medida benéfica para la uniformidad del control sobre productos medicinales";

Se resuelve:

Créase una Comisión ad-honorem encargada de informar al Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social acerca de la conveniencia de adoptar en el país la Farmacopea vigente en los Estados Unidos de América, edición española.

Dicha Comisión estará presidida por un delegado del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social e integrada por un delegado de la Facultad de Ciencias Médicas, un delegado de la Escuela de Farmacia y Química Aplicada, un delegado de la Escuela de Agricultura y Veterinaria, un delegado de la Escuela de Odontología, un delegado de la Academia Nacional de Medicina, un delegado de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión" y un delegado de la Federación Nacional de Farmacéuticos.

VIAJO A CHILE EL DR. BAMBAREN.— El 13 de febrero emprendió viaje de vacaciones a la vecina República de Chile, el Dr. Carlos A. Bambarén, director de "La Crónica Médica", donde se propone estudiar diversos problemas de técnica criminal, de nutrición y alimentación popular, de preparación de visitadoras sociales, así como también establecer más amplias vinculaciones bibliográficas de carácter médico y tomar contacto con los posibles organizadores del Segundo Congreso Americano de Criminología que se reunirá en Santiago el año 1941.

Porqué mueren los niños en Lima

Por el Dr. ENRIQUE L. GARCIA

Mis observaciones personales se refieren a millares de niños, sanos y enfermos, recojidas durante más de un tercio de siglo, en mi práctica civil y hospitalaria de esta ciudad; gran parte de los casos se han registrado en los libros de la Asistencia Pública y en los archivos de historias clínicas de la Cátedra de Pediatría, que regento en la Facultad de Medicina. Durante tan larga y atenta observación me he preguntado muchas veces cuáles eran las causas principales de la morbosidad y mortalidad infantiles de Lima y he interrogado a este propósito a las estadísticas de mortalidad, pero debo declararlo, desde ahora, no todas mis interrogaciones quedaron plenamente satisfechas en esas fuentes: sus expresiones numéricas de carácter preciso no guardan, sin embargo, relación con la realidad; no corresponden siempre a lo que se ve en la práctica diaria, ni las derivaciones profilácticas de esos coeficientes fueron capaces de resolver muchos aspectos del problema de la mortalidad infantil.

No atribuyo a deficiencias de elaboración esas fallas de las estadísticas; las publicaciones de la Oficina Municipal, a las que me estoy refiriendo, contienen cifras obtenidas dentro de las normas técnicas usuales: la Oficina las recoje, las ordena, las computa y clasifica, sirviéndose de las papeletas expedidas por los médicos asistentes, bajo los rubros de la Clasificación de Bertillon, que es una clasificación, si nó de adopción universal, llevada por la mayoría de las ciudades latinas; pero si no puedo tachar a la Oficina informante, creo hallar la razón de la falla en la misma cédula individual de información y, también, en puntos de vista muy importantes, en la propia clasificación de Bertillon, que siempre me ha parecido mala y que, hoy resulta además, anticuada.

Al lado de esas informaciones, que critico, hay otras de extrema importancia e intachables; ellas nos autorizan para establecer las siguientes conclusiones:

1ª.—La mayor mortalidad infantil corresponde a los nacidos ilegítimos: mortalidad de los legítimos, 11%; id de los ilegítimos, 21%, casi el doble; mueren con más frecuencia los niños de color que los blancos (con excepción de los mestizos, que toman más el pecho de sus

madres). Estas conclusiones encuadran con las más naturales previsiones, porque las madres de razas de color son menos educadas y pudientes que las blancas y porque en los hogares ilícitos hacen mayor abandono del hogar los padres blancos, pues en el pueblo es frecuente la relación establecida sin que medie el vínculo matrimonial. De todos modos, la inferioridad racial y la ilegalidad del hogar afectan sensiblemente la supervivencia del niño por deficiencia de educación, de recursos y de cuidados. He aquí causas sociales de mortalidad infantil, que necesitan remedios sociales.

2º— La mortalidad infantil es mayor en los distritos de la ciudad con habitaciones menos amplias y menos higiénicas y también ocupadas por gente más pobre; además de los factores higiénicos y educacional, aparece aquí, claramente, otro gran factor; el económico. He aquí causas sociales y económicas de mortalidad infantil, que necesitan remedios económicos y sociales.

3º—El Dr. Carlos Krundieck ha demostrado ante la Academia de Medicina, que la mortalidad infantil hospitalaria ha aumentado considerablemente al transferir la asistencia de los niños de un viejo hospital inaparente a uno nuevo, construido bajo normas modernas; según él, con bastante razón a mi juicio, la causa del incremento de la cifra negra era debida al hecho de que los bebees fueron separados de sus madres en el "Hospital del Niño", cuando no lo habían estado en el Hospital "Santa Ana". He aquí un hecho, que si no es de estricto orden social, si lo es moral y psicológico porque afecta la estructura orgánica y afectiva de una relación natural preestablecida.

4º— La estadística de las defunciones infantiles según las enfermedades que las originaron, debiera ser la más amplia fuente de información acerca de esas causas y de los remedios que reclaman. Pero, ya lo he dicho, yo no lo he encontrado así; al contrario, han creado cierta confusión en mi espíritu y me han inspirado desconfianza para hacer, sobre su base conclusiones firmes. ¿Por qué? Por tres razones: primera, por defectos propios de la clasificación de Bertillon; segunda, por los errores de diagnóstico e insuficiencia de diagnóstico en las papeletas de defunción expedidas por algunos médicos; y tercera, por la carencia de datos importantes en algunos rubros de la estadística.

Hace algunos años que he escrito que la clasificación de Bertillon me parece mala; hoy digo que es, además, anticuada; no cabe aquí una crítica completa de ella pero creo que basta para justificar mi afirmación la contemplación de dos de sus rubros, generalmente, los más nutridos en las estadísticas, me refiero a los titulados "diarrea y enteritis" y "debilidad congénita", términos que al pretender explicarlo todo, en realidad, sólo sirven para crear la confusión y el desconcierto en el higienista, que se propone derivar una profilaxia de la estadística de mortalidad, según las enfermedades.

La diarrea no es enfermedad, ni siquiera un síndrome; diarrea es síntoma banal de casi todas las enfermedades del niño; es la mayor parte de las veces, parenteral; si un niño es invadido por una fiebre eruptiva, si tiene angina, si se le priva de alimento o se le administra inadecuadamente, si le afecta una enfermedad quirúrgica, si se tuberculiza, & tiene diarrea; la diarrea, gran número de veces es defensa contra diversas agresiones realizadas aún a distancia del aparato digestivo infantil; quien se propone curar la diarrea como tal, vé, con frecuencia, empeorar y aún puede perder a su asistido; el que ataca a la enfermedad parenteral, ordinariamente le cura y, al curarlo, no le ha curado de diarrea como al morir no hubiera muerto de diarrea, sino de angina, de fiebre eruptiva, de trastorno alimenticio, &. Entonces si la diarrea no es causal, cómo puede servir de base para una clasificación que guíe en el apartamiento de las causas de la muerte?

Para agravar la confusión, la nomenclatura de Bertillón comprende todavía en este rubro, otras enfermedades entre las que están incluidos los trastornos distróficos en una condición de segundo término, al punto de que al que no está al cabo de ello no se le ocurre que se les haya considerado como diarrea y enteritis, porque, en realidad, no son ni uno ni otro; así los trastornos nutritivos pasan inadvertidos y menospreciados, cuando son precisamente la base de casi toda la patología infantil.

El término "enteritis" origina confusión y error porque hoy ha cambiado considerablemente la extensión y aún el concepto de lo que se llamaba hace veinte años, enteritis; yo he vivido esos tiempos en que los médicos habíamos aprendido a diagnosticarla cada vez que el bebé tenía fiebre, malestar general, diarrea mucosa, verde, &; hoy nos abstenemos de pronunciar esa palabra con ligereza, porque sabemos que es difícil su diagnóstico y que cada enteritis necesita mucha experiencia y mucho estudio para ser confirmada. Y, sin embargo, todavía en Lima, numerosos médicos llenan sus papeletas de defunción con este diagnóstico cómodo, porque cuentan con la opinión corriente, pero, seguramente, incierto.

Entre las enfermedades, *que yo he visto y veo con el aspecto de enteritis* figuran la gripe y sus complicaciones, las cisto-pielitis y otras localizaciones sépticas de gérmenes gripales; muchos niños fallecidos por estas causas figuran en el grupo, que comento, descargando de culpa a las enfermedades gripales, principalmente las del aparato respiratorio, cuando me parece que son, en realidad, una de las principales causas de muerte en Lima; hecho que está en discordancia con lo que nos dice la Estadística.

Pues bien en el cómputo de 1 año de 1935, el último publicado, de 1,205 defunciones de 0 a 1 año, 267 están registradas como "diarrea y enteritis", es decir, que el 30% de los casos tienen un diagnóstico criticable o que nada claro dice.

No voy a comentar toda la clasificación porque esto sería un trabajo muy largo, pero no puedo prescindir del rubro titulado "Debilidad congénita". Hay en el año 1935, 247 defunciones por esta causa,

esto es, el 20% de todas ellas. Yo encuentro esta proporción sumamente fuerte; no guarda relación con lo que vemos año tras año. Aparte de los nacidos prematuros, tenemos la satisfacción de constatar, casi como regla, la fortaleza de los recién nacido (eutrofia) en todas nuestras clases sociales; sólo después del primero o segundo o tercer mes de la vida. encontramos niños pálidos, delgados, inermes, fáciles víctimas de las infecciones, la distrofia en cuya génesis interviene claramente la deficiencia de la alimentación o la mala alimentación; me permito pensar que en numerosas cédulas de defunción ha debido figurar la palabra distrofia por las causa X en vez del vocable "Debilidad congénita". Así, sumando el 20% señalado a estas defunciones con el 30% que corresponde a diarrea y enteritis, tenemos 50%, la mitad de los diagnósticos, por lo menos, discutibles. Si se agregan los rubros "Otras infecciones" que tampoco nada dicen y, por último los "Ignorados" se echa de ver qué valor tendrán las conclusiones derivadas de tan dudosa información.

La segunda causa de error de nuestras estadísticas proviene de la insuficiencia de redacción de las papeletas de defunción, suscritas por el médico asistente del fallecido; contienen un diagnóstico incompleto que se refiere solamente al nombre específico, pero no al genérico del mal y, sobre todo sólo anota la causa actual y visible, como por ejemplo Bronco-neumonía secamente, sin decir si fué gripal, morbillosa, tuberculosa, & y, al higienista no le interesa tanto saber si hubo bronco-neumonías sino si hubo— y en qué proporción—, gripe, sarampión, tuberculosis, &. Que hubo N casos de las mentadas diarreas y enteritis, qué me importa? Lo que yo necesito es saber por qué las hubo; la estadística que me apunta hechos sin referirlos a sus causas de nada me ayuda para caminar en el terreno de la profilaxia, que es mi terreno en esta investigación, que estoy haciendo. Por esta omisión de la calificación genérica de los diagnósticos pasan desapercibidos las principales causas de muerte. Acaso no llama la atención de todos, por el ejemplo, que la sífilis haga tan pocas víctimas entre los los niños peruanos? —Nó, no hace pocas víctimas, lo que pasa es que la estadística ignora la acción letal de la lues en nuestra primera infancia y lo ignora porque el dato no llega á donde ella. Vivimos desorientados acerca del conocimiento de la acción letal de la sífilis hereditaria, no porque sea infrecuente sino porque los averiados fallecen— con gran participación de ella— por una enfermedad intercurrente. No habría modo de intercalar sabiamente en una papeleta de defunción del porvenir, un renglón que nos proporcione seriadamente este dato? Se debe razonar de manera semejante cuando se habla de tuberculosis, de paludismo. Lo menos que yo puedo hacer ahora es proponer que se establezca la regla de precisar, en cuanto sea posible el diagnóstico genérico y específico de la enfermedad cuya certificación se expide; que el médico no se limite á escribir por ejemplo bronco-neumonía sino bronconcumonía gripal, tuberculosa, &; enteritis sino enteritis amebiana ú otra; artritis, sino artritis reumática, tuberculosa, gonocócica, &. Mientras no se introduzca esta reforma, que he perdido ha-

ce mas de diez años, seguiré explicándome porqué la estadística no me enseña, ni enseña seguramente a nadie, cuáles son las causas de la mortalidad infantil, pues, es cosa obvia que si no las registra, jamás podrá decir las.

Convencido de que la estadística no me informa sobre todo lo que le pregunto, vuelvo á mi propia observación de mas de un tercio de siglo, a mi práctica, a mi clínica; acaso ella puede ser deficiente y equivocada, por razones de orden personal; pero me atengo á ella y á mi solo criterio, porque no tengo otro; nadie ha escrito en Lima, que yo sepa, en los puntos de vista en que ahora me coloco; quizá este trabajo merezca ser discutido; mejor, ya tendrá otras observaciones y otros criterios, que corrijan el mío o que coincidan con él.

Qué he visto, yo en mi práctica que considere determinante de la muerte de nuestros niños, que no esté registrado clara y definitivamente en la estadística?. He visto y he palpado dos causas de agravación y de determinación fatal de las enfermedades de los niños. Son la desnutrición y la mala asistencia. Ambos factores son de fácil comprensión, pero de difícil remedio.

Mala nutrición.— Hoy, médicos, higienistas, estadistas y políticos, todos están de acuerdo en la acción basal del alimento bueno, suficiente y oportuno sobre todas las actividades somáticas y síquicas de los individuos y de las poblaciones. Y entre esas actividades figura, en primer término, la defensa del organismo contra las enfermedades y la muerte. Circunscrita, principalmente en nuestro caso á la defensa contra las infecciones; el hombre fuerte desafia á los gérmenes infecciosos; por eso creo, que el gobierno hace mas contra la mortalidad cuando crea un Restaurante Popular que cuando funda seis desinfectorios. La infancia es específicamente sensible a la disminución del alimento, porque su misión biológica es crecer y no se puede crecer sin materiales constructivos y porque como no ha tenido ocasión todavía no ha aprendido a defenderse contra la infección, necesitando ser fuerte para soportarla. Los niños fuertes, los eutróficos se enferman difícilmente, y curan fácilmente; los distróficos enferman fácilmente y mueren con frecuencia (Mayer y Nassau). Pues bien, el mayor número de bebes enfermos, que observamos son distróficos, son predestinados á morir. Con el objeto de averiguar la participación de la distrofia en la morbilidad y en la mortalidad de los niños, sujerí a mi distinguido alumno, hoy Dr. Lucas Meza, que tomara como tema para su tesis de bachillerato el estudio de la participación de la desnutrición, expresada por el peso, en la calidad y gravedad de las enfermedades asistidas en el Hospital "Arzobispo Loayza" durante el año 1930; el trabajo del Dr. Meza, calificado muy alto por el Jurado respectivo, confirmó ampliamente la preponderante acción letal de la distrofia. En el "Hospital del Niño", ha emprendido el Dr. Gerardo Alarco esta investigación desde que comenzó el año 1937; no resumo sus resultados, pero ya se dibuja claramente la importancia de la desnutrición en la mortalidad de los niños atendidos.

Pero estos distróficos, son exclusivamente distróficos de alimentación? Es una cuestión compleja, porque la constitución y la infección se mezclan siempre en el proceso, pero las falencias constitucionales y las infecciones: tuberculosis, sífilis y otras, son reforzadas por la deficiencia alimenticia.

En qué cuantía y en cuál mala dirección se comete la transgresión alimenticia en nuestro medio? No cabe aquí decirlo; sólo tengo tiempo para responder: en gran cuantía y en muy malas direcciones, algunas de ellas serán indicadas ocasionalmente enseguida.

Mala asistencia.— Entiendo por mala asistencia, la que lo es realmente no sólo de los enfermos sino de los sanos, no sólo terapéutica sino dietética e higiénica general y entiendo también en este rubro, la prestada tardíamente. Estas son causas efectivas y frecuentes de muerte en nuestros niños.

La Puericultura es generalmente ignorada por las madres limeñas, sobre todo por las madres del pueblo; las de clases superiores tienen aún conceptos atrasados sobre la alimentación, que es tímida y tacaña; la pobreza es, muchas veces, causa de subalimentación y de descuido higiénico; algunos médicos mantienen todavía las dietas de extenuación, que se usaron a principios del siglo. El retardo de la asistencia es una causa eficiente de muerte. Considero en este caso: 1º A los muertos sin asistencia médica; 2º A los presentados tardíamente al médico; 3º A los llevados al consultorio o visitados en su domicilio por el médico un número insuficiente de veces; 4º A los mal diagnosticados y mal alimentados aunque reciban visita médica; 5º A los que no cumplen las prescripciones médicas; y 6º A los que se hospitalizan demasiado tarde.

1º— *Muertos sin asistencia médica.*— Cada día son menos, gracias a los consultorios gratuitos del Estado o de la Beneficencia; pero hay todavía muchísimas víctimas de las comadronas y de los boticarios inconcientes de la mala obra que realizan. Las omisiones de asistencia no figuran visiblemente en las estadísticas, porque en las grandes ciudades siempre hay posibilidad de obtener una papeleta de defunción por diferentes medios.

2º— *Presentación tardía al médico.*— Es una falta muy frecuente: el niño tiene una enfermedad muy leve al iniciarse o aún de cierta importancia. En estos casos la madre casi siempre confía en sus conocimientos de medicina casera y de dietética o, lo que es más grave, consulta al boticario, que ejerce la medicina de niños a gran escala; no hablo de otros curanderos más burdos porque, felizmente, se van haciendo muy raros en Lima.

3º.— *Observación y asistencia médica insuficiente.*— He aquí una gran causa de muerte, que no ha sido señalada. El diagnóstico y el tratamiento no pueden ser hechos casi nunca correctamente en una sola

observación *ipso facto*, como lo quiere el público por respetables razones económicas; esta ligereza para formular el diagnóstico y establecer el régimen es contraria a la ciencia y a la experiencia y se traduce en numerosos fracasos, que en este caso son, a veces, muerte. Por esta razón, sabemos nosotros los médicos que mucho mejor atendidos y tratados son los enfermo hospitalizados, que reciben asistencia y cuidados diarios por el médico, que los niños, para los que se solicitan los servicios de un profesional por una o dos veces en el curso de una larga enfermedad.

4.— *Los mal diagnosticados y tratados.*— Estos casos originados principalmente por la razón anterior o por otras causas, son mucho menos, pero piden como remedio la generalización de la práctica de entregar la enfermedad de los niños a un especialista.

5º— *Incumplimiento de prescripciones médicas.*— Muchas personas, aún las más cultas, no cumplen las prescripciones médicas, particularmente tratándose de la dietética; tienen temor y desconfianza de las medicinas y de los alimentos; profesan extrañas doctrinas, hacen diagnósticos opuestos a los del médico tratante o consultan, a la vez, a varios médicos, hasta que encuentran el que satisface sus opiniones; todo esto y más son causa de agravación y de muerte de los enfermos.

6º— *Hospitalización tardía.*— Esto es un mal muy grave y muy corriente, especialmente en la clase popular: tienen horror del hospital,— completamente injustificado— al que llevan a sus hijos sólo en los grados más avanzados de la enfermedad, convirtiendo a los servicios en antesalas del mortuorio. En el "Hospital del Niño" se lleva ahora una estadística de la supervivencia de los ingresados: en ella se registra un alto porcentaje de muertes a las pocas horas del ingreso, muchísimas en el primero o segundo día, es decir, que los niños entran en tales condiciones, que hacen inútiles todos nuestros esfuerzos por salvarlos, aumentando nuestra pena ante esta derrota, la consideración de que nos convencemos por la historia clínica, que siempre hacemos de estos enfermos, que su mal era de tal naturaleza que seguramente hubieran salvado de concurrir antes a solicitar la asistencia del Hospital.

En favor de la Nipiología

Por el Dr. ROMULO EYZAGUIRRE

Habéis querido honrar a la II Jornada de Nipiología y le ofrecéis el agasajo envidiable de una fiesta científica. Acción y forma, que la Jornada me encarga agradecer, y que lo hago con el temor de no saber expresar cuanto regocijo produce tal actitud en nuestro espíritu, cuanta distinción encontramos en ello y cuanta delicada gentileza conquista nuestro ánimo sin que podamos hallar en nuestros recuerdos, otra ocasión en que la Academia concediera agasajo tan singular. Para los que forjaron las Jornadas de Nipiología, esta oferta, significa aliento, representa un aplauso a su perseverancia, significa una invitación a llevar adelante sus propósitos en favor del infante, y nos demuestra que participa de los mismos ideales. Los que diariamente se reúnen en vuestras salas para deliberar de las más salientes necesidades del *niño que aún no habla*, y de los mejores modos de acción, que su tutela exige, os agradecen, Señores académicos, esta prueba de simpatía, por cuestiones que están constantemente en vuestro propio ánimo y que en vuestras personales actividades, también habéis dedicado— cuántas veces— vuestro particular esfuerzo, lo que seguramente enseña que tomáis parte en nuestra empeñosa faena, con lo más señalado de vuestras complacencias, y la más viva intención de que vuestro agasajo que honra, sea de alto significado en la continuación de una recién emprendida obra, que para nosotros, los que poniendo una nota de optimismo en nuestro camino pensamos en la llegada de la colaboración eficaz, que auxilie, que apoye, que aliente, que estimule y que acompañe, para alcanzar cuanto haya de bien en favor y en cuidado del *bambino che ancora non parla*.

Lo que las Jornadas Nipiológicas hoy alcanzan y cosechan va mucho más allá de nuestras expectativas. Pasó ya ese primer tiempo de las cosas nuevas, primer tiempo de vacilación, de duda, y de varia interpretación. Así tenía que ser, y nada nos arredró nunca. Siempre hemos recordado que cuando Pinard llevó al seno de la Academia de Medicina de París la palabra *Puericultura*, sólo recibió la sonrisa amigable de los colegas, y le fueron necesarios muchos años para que hallara allí mismo colaboradores, y en todas partes, gentes que hablaran con el mismo entendimiento que él.

La Nipiología de Cacace, palabra que él creó, significa en buena etimología el estudio del niño que aún no habla. Y antes que ella, fué la idea de que este estudio fuera integral, es decir, que le com-

prendiera en todas sus faces y que dicho estudio fuera armónico entre ellas. Por lo tanto la Nipiología no es parte de ningún otro estudio del niño de la primera edad, sino que antes bien es el total de sus estudios. De aquí se deduce con grande claridad que la confusión que en un principio ocurrió entre Nipiología y Pediatría, sólo fuese debido al tiempo en que aconteció, por lo reciente de la idea. La Pediatría como hoy se entiende—, no como su etimología lo indica— es parte de la Nipiología, puesto que sólo es la medicina curativa del niño. Igual aconteció con la Puericultura que es la higiene del primer tiempo, y en buenas cuentas se llamaría Nipiohigiene o Nipiotécnica, pero por más que digamos, ya la palabra Puericultura está consagrada por el uso, dejando de lado la voz *infanticultura*, como quería Ramos de Cuba, con más propiedad, y sin incurrir en la Puericultura intrauterina, es decir, el cuidado del niño de la segunda edad, cuando aún está en el claustro materno, lo cual no deja de ser interesante.

Si cada cual se imagina mentalmente un cuadro de fases del estudio del niño que aún no habla, digamos de la Nipiología, se tiene con harta sencillez, las demarcaciones siguientes que ahí van:

Nipiohigiene.

Nipioiatría.

Nipiosiquia.

Nipiohistoria.

Nipiodicia (el derecho).

Nipicoinomía (la sociología); etc. etc.

Entonces podemos deducir bien que la Nipiología no es una rama de la Medicina, sino simplemente un estudio particular del niño en todas sus fases, así como se hace con el estudio del viejo, considerándole en todos sus puntos de vista, que,— no hay discusión— no tiene el interés tan múltiple de niño de la primera edad, del *bambino che ancora non parla*.

Los Congresos del Niño que en su principio sólo se ocupaban de la Medicina, en cualesquiera de las sucesivas edades, en los días que alcanzamos le estudian desde los variados puntos de vista que él ofrece. Luego pues, los Congresos del Niño, no son en buenas cuentas sino Congresos de *Nipiología* y *Paidología*, puesto que comprende el estudio del *nipios* y del *paidos*.

Se entiende bien que esta denominación no hubiera ocurrido desde hace treinta años al advenimiento de las doctrinas de Cacace. Es el fenómeno común del principio de las cosas. Lo primero que inspiran es recelo, desconfianza, sin que ello signifique oposición, sino que tal vez significa colaboración, pues que siempre y más tarde, la comunión de ideas se sucede.

Imaginemos un momento que en un nuevo Congreso del Niño, no se quiera darle el nombre que más signifique y delimite, y que se quiera designar una sección de Nipiología. Esto no sería justo, el *nipios* ocupa

en dichos congresos un campo que equivale por lo menos a la mitad: no puede ser sección lo que es casi un total. Casi un total en cuanto a la edad, porque en cuanto al estudio, es la plenitud de todas sus fases.

Pero todo va pasando, repito que lo creo un fenómeno natural, y que en verdad no hay nada de raro. La naturaleza no dá saltos, el progreso como todo, se hace por pasos, son pasos de seguridad, hacia *lo verdadero, lo bueno y lo bello*.

Organización mínima de la protección que el lactante requiere en el Perú

Por el Dr. MANUEL SALCEDO F.

La protección al lactante, problema simple, al parecer, para otros tiempos en que se pensaba que con sólo proporcionarle alimentación y vestido se satisfacían plenamente sus necesidades, es hoy problema cuyos límites ha crecido concéntricamente yendo del niño a los progenitores, a su hogar, a su ambiente cósmico-social .

Hoy que el concepto unilateral, pediátrico, de la asistencia y estudio del lactante se le sustituye por el concepto amplísimo de la Nipiología, ya no se puede encarar el problema solamente abriendo consultorios gratuitos y proporcionando leche.

En el problema infantil ya se ha perdido casi totalmente esa visión fragmentaria que se tenía antaño; la complejidad que va adquiriendo, permite con visión completa actuar sobre todos los componentes que lo integran.

Si el objetivo de la lucha no es sólo el niño, sino sus padres, su hogar, su ambiente; si ya no es sólo su salud el propósito de nuestro cuidado sino su perfecta evolución corporal y psíquica, su amparo jurídico, etc.; si todo esto que la Nipiología abarca y propugna es necesario realizar para considerar el problema integralmente, ya podemos colegir como sin la colaboración conjunta del pediatra-puericultor, del psicólogo, del sociólogo, del jurisconsulto, de la visitadora social, etc., es imposible emprender un plan que nos coloque frente a una solución completa del problema infantil.

El problema de la protección a la infancia es de una complejidad tal, cuando se le quiere abordar integralmente, que sólo el Estado, con su acción conjunta sobre las numerosas causas que actúan sobre dicho problema, puede llegar a una solución completa y esto, después de una transformación en el orden económico-social y cultural lograda a largo plazo.

Cuando se crean centros de protección al niño, cuando se le proporcionan medicinas, alimentación, vestidos, etc. se hace obra, se remedian necesidades inmediatas, se protege paliativamente con un concepto muy cercano al caritativo que se dirige a los efectos, pero que está lejos de la eliminación de las causas.

Es por esto, que antes de abordar nuestro tema queremos se rinda el más cálido aplauso al actual Gobierno que con visión moderna de la asistencia social ha creado la Escuela de Servicio Social que vendrá a revolucionar nuestros métodos asistenciales. Vale la pena difundir los considerandos de la ley que crea la Escuela de Servicio Social para darse cuenta del espíritu moderno a tono con el momento, y el concepto claro y definido que se tiene de lo que debe ser en realidad la asistencia social. Dicen así:

“Que las obras de asistencia, previsión e higiene social que realizan el Estado y las instituciones privadas se orientan preferentemente a la satisfacción de las necesidades inmediatas de las personas que reciben su beneficio;

“Que es conveniente realizar, al mismo tiempo que la labor asistencial y curativa, una acción que permita, mediante el estudio de los casos individuales, conocer las causas de la necesidad que se atiende, ejecutar un programa de prevención a la miseria, coordinar en favor de los necesitados la protección de los distintos establecimientos y entidades organizadas para ayudarlos, estimular en los mismos las condiciones personales que les permitan luchar contra los factores que le son adversos y elevar el nivel material y moral de las personas que son víctimas de la indigencia;

“Para la ejecución de estos propósitos ha creado la técnica el “Servicio Social” que se define como el conjunto de esfuerzos que tienden al alivio de los sufrimientos que provienen de la miseria, al restablecimiento de las condiciones normales de existencia, a la prevención de los flajelos sociales y al mejoramiento del standard de vida;

“Que el “Servicio Social” requiere la formación de un personal capacitado en sus funciones y especializado en la teoría y en la práctica de la asistencia, de la previsión, de la educación popular, de la legislación social, de la economía, etc., etc.

Un plan de organización mínima para la protección al lactante nos lleva a considerar los dos factores fundamentales que son los causantes en nuestro país, y en todos los demás países, de las cifras elevadas de morbi-mortalidad infantil. Estos dos factores son la miseria y la ignorancia de las madres en lo que respecta al conocimiento de los principios de Puericultura e Higiene infantil.

Sobre el primer factor, la miseria, nuestras consideraciones no pasarían de elucubraciones teóricas, de apreciaciones de orden económico-social, sin poder dar una solución práctica al complejo problema que representa. Mas arriba lo hemos dicho. Sólo el "Servicio Social" "que se define como el conjunto de esfuerzos que tienden al alivio de los sufrimientos que provienen de la *miseria*, al restablecimiento de las condiciones normales de existencia, a la prevención de los flajelos sociales y al *mejoramiento del standard de vida*", sólo el Servicio Social, repetimos, puede hacer considerar en nuestro plan, abordar el factor miseria en la protección al lactante.

El otro factor, cultural, de conocimiento por la madre de lo básico, de lo fundamental, para defender la vida y salud de su hijo pequeño, es más abordable en nuestra actual organización.

Al enfrentarse a este factor cultural, de educación maternal, de divulgación, como parte de un programa para defender al lactante, nuestra acción, forzando un poco los términos, puede encaminarse hacia dos aspectos principales, que en seguida vamos a considerar:— *la lactancia materna y la educación técnica de las madres*.

A).—*Lactancia materna*.— Largo e inútil sería tratar de exponer en toda su extensión las repercusiones que sobre la morbi-mortalidad del lactante tiene la lactancia materna. Es por todos conocidos las altas cifras de mortalidad que ocasionan los trastornos nutritivos y la poca frecuencia o benignidad de éstos en los niños criados a pecho. La lactancia materna lleva además aparejados los cuidados maternos tan necesarios a la salud del niño como su buena alimentación. Ya Teófilo Russel había dicho: "Todo lo que aleja a la madre del niño le ocasiona sufrimiento y lo pone en peligro de muerte".

Intensificar y perfeccionar la lactancia materna, es pues, uno de los medios de más alta importancia en la defensa de la vida y salud del lactante. Allí donde las madres crían al pecho y cuidan personalmente a sus hijos, como en los países escandinavos, la mortalidad infantil exhibe cifras bajas que son todo un exponente de cultura y progreso.

En atención a estas razones es natural que el problema de la lactancia materna sea estudiado buscando aquellas medidas o creando las instituciones que la favorezcan.

Es necesario que llegue a todas las madres el significado que posee la lactancia materna en la vida del niño. El más fuerte baluarte de la protección al lactante debe asentar, más que en las instituciones, en el mismo ambiente familiar, ya que la madre debe ser la defensora preparada y consciente de la salud de su hijo.

B).— *La educación técnica de la madre.*—La ignorancia de la madre de los principios fundamentales de la Higiene infantil, es, sin duda, uno de los factores más importantes en el aumento de la mortalidad, sobre todo en los primeros meses de la vida del niño.

En nuestro medio es indiscutible la falta de preparación, en todas las clases sociales, de las madres, quienes dejan el aprendizaje de la crianza de los niños para cuando el hijo haya venido. Los prejuicios y errores se transmiten de generación a generación, entorpeciendo la labor asistencial, ya que ella no puede rendir sus frutos sin su colaboración. Urge pues empapar a las madres de las nociones indispensables de Higiene infantil educarlas técnicamente, grabarles con igual intensidad que las nociones matemáticas, geográficas, históricas, etc., las nociones de Puericultura. Es pues, en la Escuela, en donde se debe sembrar la semilla de esta enseñanza por médicos especializados. Aquí la futura madre debe recibir nociones fundamentales, precisas y prácticas. Nociones de Eugenesia, de Higiene infantil pre y post natal, de dietética etc.; aquí se sentarían las bases de una educación que, junto con las demostraciones prácticas y la inculcación de amor y comprensión al niño, formen en las jóvenes esa *conciencia maternal* tan útil como colaboradora de las obras que protegen al niño.

Expresados estos conceptos sobre protección al lactante examinemos la posibilidad de una organización, en el orden institucional, de protección al lactante en nuestro país.

Una organización nacional que obedezca a la creación de instituciones uniformes, no es adaptable en nuestro país en donde las condiciones sociológicas, etnográficas, geográficas, etc. de nuestras distintas regiones presentan profundas diferencias. El tipo de institución que debe proteger al lactante o al niño en general no debe ser sino el impuesto por las condiciones del medio. Una primera tarea se presenta pues a quien quiera concebir una organización que abarque todas nuestras regiones: conocer por medio del estudio sobre el terreno las condiciones en que nace, se alimenta, desarrolla y en una palabra, vive el niño en nuestras diferentes regiones. Tal conocimiento podría indicar del derrotero mejor que es menester para conseguir un efectivo provecho en dicha empresa. El desconocimiento del medio puede llevar a errores funestos. Estudiar los problemas peculiares del lactante en la costa, sierra y montaña y crear las instituciones apropiadas, es nuestra fórmula para organizar un plan nacional.

Pero aún nos queda algo por resolver. Un algo que es casi el todo y sin el cual todos nuestros planes e ideales de protección al *niños* siempre quedarán trunco. Me refiero al personal técnico especializado que debe colaborar en la obra de defender al lactante en el Perú. No basta tener un plan de batalla, hay que saber si contamos con los soldados suficientes para realizarlo. Crear instituciones no es todo, es necesario que las entreguemos a manos expertas que las lleven a cumplir el rol para el que han sido creadas, de lo contrario se

vivirá engañado sobre la eficacia de nuestro servicio asistencial que debe ser aquilatado, no por el número de instituciones, sino por su rendimiento.

Es necesario que todo el personal a cargo de ellas, esté imbuido de las tendencias actuales de la protección al lactante y se esfuercen en lo posible por ejercer desde las instituciones que dirigen toda la acción que hoy se les asigna. Si el aspecto médico-clínico de las instituciones reviste interés, no lo reviste menos el de hacer de ellas centros de educación técnica de las madres, de prevención, de investigación y de organización del Servicio Social dentro del distrito en que están ubicadas. El personal que llene todas estas funciones no se puede improvisar y si es una aspiración llevar a nuestras provincias la asistencia al lactante, es imprescindible que el personal especializado que allí debe actuar se vaya formando en la Escuela de Puericultura cuya fundación se pidió en la Primera Jornada Peruana de Nipología.

Estudio previo, médico-social, demográfico, etc. y preparación del personal técnico dirigente de las instituciones, deben ser los primeros jalones en la preparación de un plan nacional de protección al lactante.

Los estudios demográficos, sociales, etc. deben efectuarse en los Institutos Departamentales del Niño que debe poseer cada una de las porciones territoriales en que está dividido al país.

Estos Institutos a cargo de médicos especializados y con personal colaborador como juriconsultos, trabajadores sociales, enfermeras, etc. serían los informadores técnicos, cuyas iniciativas el Gobierno, por intermedio del Instituto Nacional del Niño, procuraría realizar. Serían el medio de enlace para llevar a todos los pueblos nuestra acción, despertando la conciencia de todos, hombres y mujeres, a la consideración y resolución del problema del niño que es problema nacional ante el cual todos deben aunar esfuerzos y conocimientos.

Los Institutos Departamentales del Niño previo estudio de las condiciones sociales y de las causas de la morbi-mortalidad infantil, informarían sobre el tipo de instituciones que más convienen y se consideran eficientes para cada región. El tipo de institución en una ciudad o pueblo no debe, pues, ser el producto solamente de una idea lanzada por personas entusiastas y deseosas de colaborar en el problema de la infancia; debe ser ante todo producto del estudio de las condiciones ambientales, del trabajo, de la vivienda, de las posibilidades económicas, de las cifras demográficas, etc. La región agrícola, industrial, etc. presenta diferentes facetas al problema infantil; distintas de las que ofrece el medio urbano.

Cuando cada Instituto Departamental pueda contar con un Centro Materno-Infantil por lo menos en las poblaciones de más importancia de su circunscripción; cuando en esos Centros se asista al niño desde antes de su nacimiento y se eduque a la madre, quien

pueda allí oír, ver y aprender todo lo conveniente para que su niño lleve una vida higiénica y tenga un desarrollo normal; cuando cada una de esas instituciones sea el centro de organización del Servicio Social de la localidad; cuando se llegue a este casi *desideratum* en materia de asistencia infantil, se puede estar seguro que las cifras de mortalidad infantil no tendrán porqué envidiar a las de las naciones que hoy exhiben con orgullo sus índices bajos.

Plan teórico, idealista, puede decirse que es éste, ya que se necesita grandes recursos para realizarlo, pero que es conveniente tenerlo meditado y como meta para un desarrollo paulatino conforme a las posibilidades económicas.

Mientras tanto, mientras los pueblos alejados de la Capital aún no pueden tener estos Centros permanentes, los Equipos Ambulantes de Higiene Infantil, pueden ir recorriendo el medio rural, sembrando la semilla, despertando el entusiasmo y fijando un momento nuestra atención en el niño del agro y llevando el consejo hablado y escrito a las madres (1).

Haciendo una síntesis de lo dicho hasta aquí, podemos expresar lo siguiente:

I.—Que el problema de la asistencia al lactante tiene hondas raíces y complejos aspectos que es necesario atender para una resolución completa.

II.— Que sin el auxilio del Servicio Social dicha asistencia siempre quedará reducida a satisfacer o atender necesidades inmediatas, quedando en pié, sin solución, las causas fundamentales que mantendrán dichas necesidades.

III.— Que un plan de organización de protección al lactante en el Perú requiere estudio previo de las condiciones médico-sociales, demográficas, etc. de nuestras diferentes regiones y la preparación en Escuela especializada del personal técnico, por lo que se hace necesario la creación de una Escuela de Puericultura.

IV.—Que siendo fundamental para la defensa de la vida del lactante, la lactancia materna y la educación técnica de las madres, ésta debe ser proporcionada desde la Escuela y que las instituciones de protección infantil deben ser verdaderos centros de prevención, de instrucción maternal, procurando por todos los medios que toda madre, en la posibilidad de hacerlo, lacte a su hijo.

V.— Que los equipos ambulantes de higiene infantil realicen labor de asistencia y divulgación en el medio rural, mientras no se puedan establecer centros permanentes.

(1).—Consignamos con agrado que se han creado ya dos Institutos Departamentales y que el Equipo Ambulante de Higiene Infantil del Instituto Nacional del Niño ha recorrido los pueblos de Canta, Obrajillo, Parímarca, Yangas, Matucana, San Mateo, Casapalca, Oroya y Cañete.

VOTO

La Segunda Jornada Peruana de Nipiología recomienda se organicen "Institutos Departamentales del Niño" en cada capital de Departamento, dirigidos por médicos especializados y que en ellos se atienda y se estudie las condiciones médico-sociales, demográficas, etc. del niño, así como los tipos de instituciones convenientes para la región y en general todos los problemas de la asistencia del binomio madre-hijo de las respectivas circunscripciones.

Profilaxis de la tuberculosis del lactante por hogares o centros de crianza ubicados en el medio rural

Por el Dr. NEPTALI RIVAS PLATA

La tuberculosis del lactante ocupa un lugar importantísimo en el campo de la patología de esta edad. Constituye una preocupación constante, por sus modalidades tan diversas y proteicas, fruto de circunstancias individuales y sociales, que condicionan la infección, y sobre todo por el abocamiento a formas clínicas de pronóstico gravísimo, tales como la tuberculosis miliar y la meningitis tuberculosa, que arroja ecuaciones de letalidad bastante elevada.

Por eso es que la investigación epidemiológica de la tuberculosis del lactante e infantil, constituye actualmente campo de gran actividad y acentuada atención de la mayoría de los investigadores y estudiosos, de la mayor parte de los países del mundo, gracias a las que se ha llegado a la convicción que es mucho más frecuente de lo que se creía en un principio. Los trabajos realizados por diferentes investigadores (Pirquet, Mantoux, Calmette, Simons y Rodeker) han comprobado la alta frecuencia de la infección tuberculosa en el primer año de la vida.

Para la confirmación de éstos datos, han puesto en práctica la ejecución de reacciones dérmicas seriadas, cuyos resultados en los niños comprendidos entre uno y seis meses, han sido positivos en 2% según Pirquet, 7% según Calmette, y 10% según Mantoux. En los lactantes de seis meses a un año las reacciones son positivas entre

15 y 18%. Los mismos resultados han dado las investigaciones de L. Bernard, Debré y Lelong.

La mortalidad en los tres primeros meses es de 2% según Comby, 3% según Hutinel y 7% según Mantoux. Para el segundo trimestre Comby, Hamburger y Kósel dan cifras que oscilan entre 11 y 18% y en el segundo semestre entre 16 y 22%, según Mantoux y Hamburger.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROFILAXIA

El factor primordial en la lucha anti-tuberculosa en general, está basada en la profilaxis de la tuberculosis del lactante, y en la concepción fundamental de que la tuberculosis no es una enfermedad hereditaria. El niño engendrado por un tuberculoso, nace sano y puede desarrollarse y crecer en condiciones perfectas, si se le aleja precozmente del foco contaminante. La importancia de ésta afirmación parece haber cristalizado en la mayor parte de los espíritus y se ha reafirmado en éstos últimos tiempos.

La concepción antigua y preponderante en un tiempo, de la herencia en la tuberculosis, sostenida fundamentalmente por Baumgarten y la escuela de Koch, tuvo que perder su ascendencia ante la reacción levantada y sostenida por la moderna concepción defendida por clínicos y patólogos eminentes como Küss, Bernard y Debré, que negaron enfáticamente esta concepción, basados en la observación que los niños separados desde el momento de nacer del seno de padres tuberculosos, no ostentaban la enfermedad, desarrollándose perfectamente, presentando aspecto físico excelente, con buena nutrición y curva de peso, y una perfecta inmunidad y resistencia para defenderse de las demás enfermedades infecciosas.

La noción del virus filtrable a la que últimamente se concedió gran importancia, no ha podido ante las experiencias de Calmette, Arloing, Valtis y Negre, probar su efectividad.

De otra parte, los estudios de Bernard, Debré y otros investigadores, han rebatido la doctrina de Landouzy y Ledeerich, que admitían el concepto de la "Heredo-distrofia" tuberculosa y el de la "Heredo-predisposición".

CONTAGIO INTER-HUMANO

La fuente de infección tuberculosa más frecuente en el niño, es el ser humano atacado por esta enfermedad. La contaminación por el bacilo tuberculoso se realiza a través de las vías respiratorias, y por intermedio de las gotitas de Flüge y del polvo de los esputos desecados, diseminado en el ambiente, por los afectos de esta enfermedad. Y es

particularmente en el medio familiar debido a la edad del niño, en donde se realiza con mayor frecuencia esta clase de contaminaciones, en forma continua y masiva.

Pero dentro de la familia es esencialmente la madre, quien al ofrecer amorosamente sus tiernos cuidados al niño y al ponerse en contacto en el momento de lactarlo, vestirlo, bañarlo y aún besarlo, le infecta, cobrando a un precio bastante caro el fruto de sus desvelos. Situación que envuelve una gran tragedia, cuando se contempla que cada vez que inclina tiernamente la frente sobre la cara de su hijo, deposita el veneno letal, que ha de apagar en un momento dado, este hermoso fruto que debería ser prolongación de su existencia. La posibilidad que el lactante se infecte, aumenta con el incremento de su edad, que es al mismo tiempo el de sus defensas.

Concordante con estas concepciones, todos los esfuerzos se han encaminado a procurar la separación precoz y total del medio contaminante durante un período discreto, suficiente para que la contaminación en los niños lactantes, pueda perder su trágica influencia. Pero éstas saludables concepciones sostenidas desde hace algún tiempo por algunos teóricos, han tenido sólo en éstos últimos tiempos la rúbrica de una aplicación práctica.

CENTROS DE COLOCACION EN AMBIENTE RURAL

La creación de estas instituciones realiza fundamentalmente la Profilaxia de la exposición. El primer destello de su existencia se le encuentra en E.E. U.U. que en el año de 1902, crea patrocinados por la "Chapin-Speedwel Society" unos centros de crianza, en los que se aislaba a los infantes amenazados de contraer enfermedades infecciosas, especialmente a los provenientes de focos tuberculosos.

Casi simultáneamente en Francia, en el año de 1903, Grancher creó centros análogos, pero dedicados especialmente para niños de la segunda infancia. En el año de 1932 se crearon en Madrid por inspiración del Dr. Pascua, Director General de Salubridad y bajo la dirección del Dr. Ortiz de Landázuri, los Hogares o Centros de colocación para niños lactantes, provenientes de focos tuberculosos.

Estos centros funcionaban como anexos al Preventorio Infantil de Guadarrama situado a 50 kilómetros de Madrid, ubicados a una altura de 1,000 a 1,200 metros sobre el nivel del mar, rodeados de hermosos campos de pinares, gozando de un clima adecuado y de una temperatura media de 5 a 15°.

El Establecimiento poseía:

Un Consultorio completo.

Salas para los niños.

Cámaras de aislamiento y enfermería.

Sala para la esterilización de la leche y limpieza y preparación de biberones.

Rayos X, lámparas de Cuarzo y demás implementos para la realización de los diagnósticos y tratamiento adecuados.

Laboratorio y Cocina dietética.

Un cuerpo de nodrizas.

Enfermera jefe y enfermeras visitadoras.

Médico jefe y asistentes.

La selección de los niños la hacían los Dispensarios antituberculosos, Consultorios de Lactantes, Centros de Puericultura y otros centros Médico-sociales ubicados en la provincia de Madrid.

Al llegar al Preventorio, los niños permanecían 15 días en observación cuidadosa en las cámaras de aislamiento para pasar después a las salas comunes, en donde se acababa de confeccionar su ficha por su estudio clínico, biológico y radiológico. En todos los casos se procuraba mantener a *toda costa la lactancia al pecho*.

Después de cuatro meses, se les entregaba a sus guardianes, que forman los hogares familiares, diseminados en las cercanías del Preventorio y en pleno ambiente rural. Cada familia adoptante de los nuevos hijos, era objeto de una investigación escrupulosa, desde el punto de vista higiénico, social y moral. En cada hogar se albergaba sólo dos niños, para cuyos cuidados se le asignaba una cantidad mensual en metálico, suministrándosele además cuna, equipo de la misma, bañera, vestidos y el alimento diario necesario, permaneciendo hasta la edad de 2 y 4 años como máximo.

Eran obligaciones de los familiares cuidar esmeradamente al niño, rodearlo de un ambiente de exquisita limpieza, atenderlo en la administración de sus biberones, llevarlo cada semana y en día fijo a la consulta para ser examinado, pesado y tallado, etc. En caso de enfermedad el niño se trasladaba transitoriamente a la Enfermería del Centro, hasta su completo restablecimiento.

El médico revisaba semanalmente a los hogares y diariamente las Enfermeras Visitadoras.

Tal el funcionamiento y las finalidades más saltantes, de ésta clase de instituciones, llamadas a prestar en la hora presente, el gran contingente de sus eficientes servicios, en la preservación de la salud y de la vida del lactante. Deben aclimatarse y extenderse en el Perú como el más grande valladar contra la "peste blanca", porque como dice el profesor Calmette: "*De todas las Instituciones de lucha contra la tuberculosis, no hay ninguna que responda más exactamente a nuestras concepciones actuales, basadas en la profilaxis científica de la tuberculosis*".

CONCLUSIONES

1.—La tuberculosis es en primer lugar, una consecuencia del contagio por el bacilo tuberculoso humano.

2.—El contagio se produce en la mayor parte de los casos durante la infancia, dependiendo su gravedad de la frecuencia y sucesión de la contaminación y siendo producto de contagio del padre, la madre u otros familiares.

3.—Descubierto un foco contaminante familiar, se hace necesario y urgente anular la fuente de contagio, por medio de la separación del niño.

4.—Urge crear Hogares de Colocación en el ambiente rural para lactantes procedentes de focos tuberculosos; esta medida está en relación con las concepciones actuales sobre profilaxis de la tuberculosis.

Difteria de la primera infancia

Por el Dr. TEODORO SEMINARIO VERA

Presento dos casos de Difteria ocurridos en niños que se encuentran en la etapa nipiológica. Son observaciones recogidas en el Hospital del Niño.

PRIMER CASO.—Niña R. de la F., de 1 año 5 meses de edad, ingresada el 22 de Abril de 1937.

Antecedentes hereditarios.— Sin importancia.

Antecedentes personales.— Lactada por su madre hasta los 6 y medio meses, después régimen mixto, actualmente alimentación general.

Enfermedades anteriores.— Bronquitis pasajera.

Enfermedad actual.— Hacen 4 días, refiere la mamá, acusaba gran salivación; al día siguiente estornudos, dificultad respiratoria y secreción nasal: este mismo día tiene tos seca, perruna y desafinada, llanto apagado y fiebre.

Como siguieran acentuándose los síntomas anteriores llamó a un médico, quien previo exámen indicó suero antidiftérico. Por la noche la fiebre fué de 38° y 1/2. Al tercer día de enfermedad seguía igual, por eso la trasladaron al Hospital del Niño.

En el servicio se comprueba niña febril, disneica, postrada. Desarrollo ponderal y estatural normal. Piel pálida de turgor disminuido; regular panículo adiposo.

Cráneo dolicocefalo, fontanelas cerradas, pelo normal.

Cara, ojos y oídos nada especial. Al exámen de los conductos nasales, hay aleteo, se aprecia secreción hemopurulenta, algunas costras grisáceas, y observando con más cuidado una falsa membranita pegada al lado derecho del tabique nasal.

En la boca, presencia de dientes y brotes de los primeros molares.

Faringe: ambas amígdalas cubiertas en más de la mitad de la superficie, de unas placas blancas nacaradas que despiden olor fétido dulzaino; se desgarran difícilmente y sangran.

Cuello.— Nada especial.

Aparato respiratorio.— Se nota dificultad para la inspiración, manteniéndose con la boca abierta.

Aparato circulatorio.— Taquicardia y taquisfigmia; 140 pulsaciones por minuto. En otros órganos y aparatos nada especial.

En vista de los caracteres tan típicos se hace el diagnóstico de Naso faringitis diftérica. Se manda hacer un exámen urgente del bacilo de Loeffler, y se instituye el tratamiento con suero antidiftérico Behring utilizándose 20,000 unidades; ya se habían inyectado otras 20,000 el día anterior.

Día 23.— Resultado del exámen del exudado faringeo: da abundante bacilo de Loeffler. Estado general, igual; pasa los alimentos con dificultad; se instituye 10,000 unidades más de suero, una ampolla de Vitamina C. y 15 gotas de Coramina.

Día 24.— Lijera mejoría, pero acentuada taquicardia, se administra Coramina, Cantan y 10,000 unidades de suero.

Día 25.— Estado general mejor, la fiebre ha descendido, las membranas casi han desaparecido, pasa mejor los alimentos, las costras nasales son escasas.

Día 26.— Queda sin tratamiento, en observación, para darle alta una vez que la investigación del Bacilo de Loeffler, ha sido negativa.

SEGUNDO CASO.— Niño W. V. de 1 año 9 meses, ingresado el 26 de Abril de 1937.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.

Enfermedad actual.— Seis días antes la madre notó unas ampollitas en la faringe, llevándolo al médico; se le instituyó toques de azul de metileno. Dos días a la fecha, fiebre, tos, ronquera, dificultad inspiratoria y asfixia, por eso es llevado al Hospital a las 10 y 1/2 de la noche. No fué internado en el Pabellón de Infecto-contagiosos; al día siguiente lo recibo en el Pabellón N° 5, y constato un niño de regular condición ponderal y estatural, estado general malo, sensorio obnubilado, febril, disneico con estridor laríngeo y desasociado.

Cabeza.— Cráneo normal.— Cara: Cianosis; pupilas algo dilatadas y aleteo nasal.

Boca: Mucosas secas, lengua seca y saburral, al fondo y bordeando el istmo de las fauces, se ven placas blanco-amarillentas, de

reducida extensión y mal olor. En el cuello lado izquierdo se palpa un pequeño ganglio que se desplaza; además, acentuación de los vasos sanguíneos y de los músculos a cada movimiento inspiratorio.

Tórax.— Movimiento rápido de la caja torácica, tiraje.— Pulmones con estertores roncantes en las bases.

Diagnóstico.— Laringitis aguda, con faringitis de aspecto diftérico. La investigación del bacilo de Loeffler, encuentra abundantes gérmenes en el exudado faringeo. Se prescribe 25,000 unidades de suero antidiftérico, Coramina, oxígeno y enema hipnógeno.

Día 27.— 20,000 unidades de suero, Cantan y Coramina.

Día 28.— Palidez cerea de la piel, estado general, ligeramente mejor, todavía se nota fenómenos asfícticos; 20,000 unidades de suero, una ampolleta de extracto suprarrenal y Coramina.

Día 29.— Había mejorado notablemente, casi desaparecidas las lesiones de la faringe, se le instituyó, sólo Vitamina C.

Día 30.— Se sentía bien, afebril, voz clara, buen estado general y deseos de comer.

Estas dos observaciones ponen de manifiesto: 1º, que salvo serias complicaciones las difterias de la primera infancia mejoran siempre al tratamiento cuando se diagnostican oportunamente; y 2º, que es desde esta etapa de la niñez hasta los 6 ó 7 años, cuando la difteria va adquiriendo las formas más graves.

En los niños más pequeños, prima la forma nasal, casi siempre ambulatoria, rara vez faríngea; según los trabajos de Rominger se debe a la escasa vascularización y al pobre desarrollo de los folículos linfoides en el lactante

La rinitis diftérica del lactante, obliga a hacer diagnóstico diferencial con la *rinitis sifilítica*, manifestación florida de la lues en el niño, caracterizada por un período seco y luego por otro de secreción purulenta o sanguinolenta con ulceración posterior de la mucosa; con la coriza aguda que ataca las dos fosas nasales, mientras que la rinitis diftérica ataca por lo general un sólo conducto nasal y los caracteres de la secreción son diferentes. No hay que olvidar el coriza sanguinolento del recién nacido, la atrepsia de los conductos y la hemorragia nasal, todos ligados a procesos nutritivos orgánicos, que según Nassau serían un trastorno angio-distrófico.

Los niños atacados de rinitis diftérica, son peligrosos por ser portadores de gérmenes y porque consecuentemente pueden ser atacados de la forma grave de difteria.

Aprovecho esta ocasión para exponer la estadística de los niños internados con difteria en el Hospital del Niño, durante los años de 1935-1936, así como algunas palabras sobre su tratamiento y prevención.

El año 1935, he atendido 39 diftéricos, como sigue:

- 20 Difterias nasales.
- 7 Nasofaringeas.
- 8 Faringolaringeas.
- 4 Aparentemente laringo-traqueales.

Fallecidos

- 3 Antes de 12 horas de ingreso.
- 2 " " 48 " " "
- 2 Después de 48 " horas de ingreso.

7

Mortalidad total 18%

En el año 1936, 17 niños atendidos como sigue:

- 4 Difterias nasales.
- 1 Nasofaringea.
- 7 Faringolaringeas.
- 5 Laringo-traqueales.

Fallecidos

- 2 Antes de 12 horas de ingreso.
- 1 " " 24 " " "
- 2 Después de 24 horas por parálisis ya instaladas en distintos sectores nerviosos; murieron por bronco-neumonía.

Mortalidad total 29%

Con respecto al sexo.

- Difteria nasal, 15 niños y 9 niñas. Total 24— 43%.
- Nasofaringeas, 7 niñas y 1 niño. Total 8.— 14%.
- Faringolaringeas, 8 niñas y 7 niños. Total 15— 27%.
- Laringeas y Laringeo-traqueales, 5 niñas y 4 niños. Total 9.— 16%.

La mortalidad se explica porque los enfermos llegan tarde. Todos los fallecidos han ingresado entre los 4 y 5 días posteriores al inicio de la forma grave de la enfermedad. Murieron 6 hombres y 6 mujeres.

La edad más frecuente de la forma grave es de los 18 meses a los 6 años. En efecto, ninguno de los muertos ha sobrepasado los 7 años.

Un hecho que afirma lo que acabo de manifestar, es el resultado de la reacción de Schick que la he practicado en 300 niños, con el si-

guiente resultado positivo: Hasta los 6 meses 27%; hasta 18 meses 50%; hasta 3 años 60%.

Con respecto al tratamiento he procedido de acuerdo con los siguientes puntos de vista: 1º Con la gravedad del proceso, 2º Con la precocidad diagnóstica, 3º Con respecto al peso del niño y 4º Con respecto a la edad; comparativamente los más pequeños toleran más.

Como regla general, la difteria debe tratarse lo más precozmente posible; una vez hecho el diagnóstico preferir dosis altas y menor número de inyecciones, antes que dosis repetidas y bajas. Así lo recomiendan R. Debré, B. Trambusti, M. Pehu, Marfan y otros, no así Schick y los alemanes que recomiendan como eficaz 500 unidades por kilo de peso. Entre nosotros usando el mismo suero nos hemos visto en la necesidad de emplear de 5,000 a 8,000 unidades por kilo de peso, como dosis total y repartidos entre 3 ó 4 días.

Enfermos más o menos de la misma edad que ingresan con el mismo tiempo de enfermedad y presentan un cuadro clínico semejante, no obstante ser atendidos con todas las precauciones indispensables del momento, unos curaron y otros nó, sólo hubo una diferencia, ser tratados en una época distinta del año. Me pregunto: ¿Será que tuvieron una forma diftérica más grave, sería que murieron de una insuficiencia suprarrenal aguda, de una complicación cardíaca repentina, tal vez un ataque de asfixia no advertido? Pueden ser otras causas más que yo ignore; ¿por qué no depender del suero, cuando en el Perú no poseemos control de las unidades, como existe en otros países, y aceptamos la seriedad de los Laboratorios comerciales?

Además del suero antidiftérico que en ningún momento faltó en el Hospital del Niño, se ha usado vitaminas y trasfusión de sangre.

Hasta hace poco sólo se empleaba en el tratamiento quirúrgico de la difteria la traqueotomía; en este año se ha comenzado a usar la intubación. Estos recursos son eficaces, pero a veces impotentes; en muchos casos más de un niño se ha quedado en la sala de operaciones, dada la gravedad de la enfermedad.

Aunque no se ha presentado hasta el presente una epidemia de difteria en Lima, no es imposible que de un momento a otro se presente una seria epidemia que haga estragos en nuestra población infantil, por eso hay que pensar seriamente en la inmunización con toxina o anatoxina.

Por eso pido que la Segunda Jornada Peruana de Nipiología proponga:

1º—Que se divulgue que la Difteria es afección de peligro mortal cuando no se la trata a tiempo.

2º—Que se inicie la inmunización preventiva antidiftérica obligatoria, sobre todo en las agrupaciones de madres y niños, posibles portadores del germen. La reacción de Schick serviría para controlar los casos dudosos de inmunización.

3º—Que se controle y garantice como efectivas las unidades antitóxicas del suero antidiftérico en Lima.

Demografía de la Ciudad de Lima en el año 1938

Por el Sr. VICTOR M. OYAGUE

Durante el año 1938 han ocurrido en la ciudad de Lima:

10,858	nacimientos
1,513	matrimonios
5,874	defunciones
432	nacidos-muertos
4,984	crecimiento vegetativo

Estas cifras refiriéndolas a la población calculada al 31 de diciembre (297,598 habitantes), arrojan los índices vitales siguientes:

Natalidad	36.5
Nupcialidad	5.1
Mortalidad	19.7
Natimortalidad	1.5
Utilidad vital	16.8

Natalidad.— Por las cifras expresadas se ve que los nacimientos habidos en la ciudad en el año 1938, ascienden a 10,858 unidades, de las que 5,564 fueron varones y 5,294 mujeres, que representan el 51.24 por ciento para los varones y el 48.76 por ciento para las mujeres. De este mismo total, según la condición civil de los nacidos 5,766 corresponden a legítimos y 5,092 a ilegítimos, cifras que equivalen al 53.10 y 46.90 por ciento, respectivamente.

La natalidad de este año ha superado a la del anterior en 444 unidades, y agosto con 982 ha sido el mes más fructífero para los nacimientos.

Natalidad múltiple.— Los partos gemeliparos fueron 52 y dieron 45 mellizos viables y 7 natimuertos. Hubo 1 de trillizos.

Nupcialidad.— Durante el año 1938 se han celebrado 1,513 casamientos, de los cuales 1,469 tuvieron lugar entre contrayentes solteros; 13 entre solteros con viudas; 27, entre viudos con solteras y 4 entre viudos.

Con respecto a la edad que más ha favorecido a los matrimonios encontramos que ella es la de 26 a 30 años en los varones y la

de 21 a 25 en las mujeres, registrando 507 y 581 cónyuges cada grupo. En cuanto a la raza, la mestiza predomina con un total de 973 nupcias efectuadas entre contrayentes de esta raza, 421 de raza blanca, 11 de raza india, 4 de raza negra, 6 de raza amarilla y 7 cuya raza se ignora. Los matrimonios realizados entre personas de distinta raza, denominados de raza cruzada, ascienden a 91.

En lo referente a divorciados debe manifestarse que este año hubo un total de 28 enlaces entre personas de esta condición, cantidad que resulta menor a la del año 1937, en once matrimonios. Los varones divorciados y vueltos a casar han sido 15 y las mujeres 13.

El mes más propicio para la verificación del matrimonio fué diciembre con 165.

Mortalidad general.— Las 5,874 defunciones ocurridas en 1938 se distribuyen en 3,031 varones y 2,843 mujeres, cifras que importan el 51.60 y 48.40 por ciento sobre la mortalidad total, deduciéndose de ellas una mayor mortalidad de 188 unidades en contra de los varones, que equivale al 3.20 por ciento

Refiriéndose a la edad de los fallecidos creemos de interés presentar estas defunciones agrupadas en los tres períodos principales: los comprendidos hasta el primer año de edad, los que pasan de uno hasta catorce y los mayores de catorce años, pudiendo apreciarse así que de las 5,874 muertes registradas en el año, 1,289 corresponden al primer grupo, o sea hasta 1 año; 1,356 al segundo, que comprende las de más de 1 a 14; y 3,229 al tercer grupo, donde están consideradas las que exceden de 14 años. Estos grupos de defunciones representan el 21.94, 23.09 y 54.97 por ciento sobre la mortalidad total y expresan que la cifra absoluta, global de defunciones generales ha sido ocasionada en un 45.03 por ciento por los fallecimientos comprendidos hasta los 14 años, período este que considera la mortalidad total de menores.

De dicha población de menores (0 á 14 años), siete murieron cada día.

La mortalidad general de Lima se debe en un 53 por ciento a un grupo reducido de enfermedades, tales como la tuberculosis, la neumonía, la enteritis infantil, las enfermedades del corazón y el cáncer, enfermedades éstas que han causado 1,340; 947; 508; 349 y 281 fallecimientos, respectivamente. Tan altísimas cifras no son sólo para 1938, ellas han aparecido siempre con la misma intensidad y en el año anterior de 1937 acusaron 1,365; 912, 536; 336 y 294 defunciones, comparación que, aunque deja un ligero saldo favorable al año 1938, afirma nuestro concepto.

Las enfermedades de carácter infecto-contagioso, a excepción de la tuberculosis, quedan excluidas en razón de que ninguna de ellas significa más del uno por ciento de nuestra mortalidad general, pues sólo la gripe alcanza este mínimo porcentaje, como se constatará en el análisis pertinente.

En el mes de enero se registraron 564 decesos que resulta ser el guarismo de mortalidad más elevado.

Natimortalidad.— En las cifras de los nacimientos y defunciones no está incluida la de los nacidos-muertos. Los natimuertos registrados en el presente año ascienden a 432, de los que 225 fueron varones y 207 mujeres.

Los partes dobles de natimuertos fueron 7.

Crecimiento vegetativo.— La población de la ciudad de Lima (comprendidos los distritos del Rímac y La Victoria), ha alcanzado este año un provecho vegetativo de 4,984 unidades, que representa el 16.8 por mil sobre la población calculada al 31 de diciembre. Tal utilidad es mayor a la obtenida el año anterior en 792 unidades.

A efecto de hacer más detallado y útil este ejercicio, ofrecemos a continuación un cuadro numérico en el que se dan las cifras absolutas de los últimos cinco años, correspondientes a nacimientos, matrimonios, defunciones, nacidos-muertos y crecimiento vegetativo, siendo fácil apreciar en él que el superavit vital ha experimentado fuerte aumento en este año de 1938, estableciendo de manera franca y decisiva un halagador progreso en nuestro movimiento vegetativo que, como hemos dicho, fija una utilidad de 4,984 unidades. Es de advertir que esta ganancia anual y la obtenida en 1930, son las dos más elevadas que registra la población de Lima en sus 403 años de existencia:

Año	Nacimientos	Matrimonios	Defunciones	Nacidos muertos	Crecimiento vegetati.
1934	8,784	1,389	5,872	429	2,912
1935	9,199	2,070	5,705	427	3,494
1936	9,653	1,740	6,073	445	3,580
1937	10,414	1,638	6,222	413	4,192
1938	10,858	1,513	5,874	432	4,984

Completando la demostración anterior relacionamos a ella un cuadro de cifras relativas, a fin de que con su inclusión sea factible sacar un provecho más efectivo en el examen comparativo a que sean sometidas; y es en este cuadro donde se exhiben los índices demográficos de carácter internacional que la ciudad ha alcanzado en el citado período.

Del estudio de dichos cuadros es fácil deducir las ventajas que aportan las cifras de 1938 sobre las de los cuatro años anteriores y es así como podemos decir que la natalidad, continuando su trayectoria ascendente, ha experimentado un aumento de 444 unidades con respecto al año anterior, no obstante estar considerada la cifra natal de 1937, como una de las más favorables a la población limeña. Esto mejora notablemente el índice de natalidad subiéndolo de 35,6 a 36,5 y representa una ganancia de 2.7 por cada mil habitantes.

En el año que tratamos, se ha llegado a obtener para la ciudad de Lima, una cifra media de 30 nacimientos por día, sobre 19 que se anotó en 1937.

La nupcialidad, contrastando con la natalidad y mortalidad, marca una disminución de 125 matrimonios sobre los verificados en 1937, pues de 1,638 que acusó el año pasado en éste ha descendido a 1,513, reduciendo así el índice nupcial de 5.6 a 5.1. Tan bajo coeficiente prueba bien claro que la población limeña no es muy adicta al matrimonio. La proporción de cinco matrimonios por cada mil pobladores así lo demuestra y es sensible tener que decir que ella asigna a la capital peruana uno de los coeficientes más bajos de Sudamérica como se verá en la comparación internacional respectiva que damos más adelante.

La cifra media nupcial es de 4 matrimonios por día, proporción que resulta desmejorada en 5 décimos con respecto a la de 1937.

Sobre la mortalidad general hemos de decir que ella, aunque es menor en la mitad al volúmen de natalidad, debe considerársele sumamente fuerte para una población tan poco densa como la que tiene nuestra ciudad capital, donde sus habitantes cuentan con amplia extensión territorial. En este año ha experimentado un descenso de 348 unidades sobre la de 1937, descenso que es promisor de un mayor mejoramiento en este problema demográfico de la mortalidad, a menos que sobrevenga una reversión en la curva. La cifra absoluta que ofrecemos (5,874), proporciona la satisfacción de expresar que el coeficiente de mortalidad general alcanzado para 1938, es el más bajo que registra nuestro obituario en todos sus años, excepto el de 1931 que marca una cifra ligeramente menor. El coeficiente referido es de 19.7 por mil, mientras que el del año anterior avanzó hasta 21.3.

La cifra media de mortalidad general llega a 16 fallecimientos por día, por 17 que correspondió al año pasado.

En la natimortalidad se ha experimentado un aumento de 19 unidades, pues de 413 que se inscribieron en 1937 en el presente ha subido a 432. Esto eleva su cifra porcentual de 1.4 a 1.5 por mil.

El coeficiente de natimuertos puede aceptarse como moderado, pero no a tono con nuestra cifra de natalidad a la que le adjudica una proporción de 4 natimuertos por cada cien nacimientos viables.

Damos al pie la fluctuación de las cifras relativas experimentadas en el lapso quinquenal en referencia:

Año	Natalidad por mil habts.	Nupcialid. por mil habts.	Mo.-talidad por mil habts.	Natimorta- lidad por mil habts.	Utilidad vital mil habts.
1934	31.2	4.9	20.9	1.5	10.4
1935	32.4	7.3	20.0	1.6	12.3
1936	33.5	6.0	21.1	1.5	12.4
1937	35.6	5.6	21.3	1.4	14.3
1938	36.5	5.1	19.7	1.5	16.8

Mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas.— La mortalidad general por las principales enfermedades de carácter infecto-con-

tagioso ocurridas durante el año 1938 es como sigue: tifoidea 35, sarampión 52, tos convulsiva 44, difteria y crup 13, gripe 68, erisipela 13, tuberculosis 1,340 y septicemia puerperal 18. Por viruela y peste bubónica no se ha registrado ningún fallecimiento.

Insertamos enseguida una tabla de defunciones producidas por estas enfermedades en el período 1934-1938:

Enfermedades	Año 1934	Año 1935	Año 1936	Año 1937	Año 1938
Tifoidea	27	52	40	57	35
Viruela	0	1	0	1	0
Sarampión	82	12	43	35	52
Tos convulsiva . .	24	38	103	104	44
Difteria y crup . .	29	9	5	8	13
Gripe	70	112	98	67	68
Peste bubónica . .	0	9	0	1	0
Erisipela	15	8	9	19	13
Tuberculosis . . .	1,227	1,281	1,362	1,365	1,340
Septicemia puerperal	34	29	16	17	18

Por el cuadro que antecede se puede observar que las enfermedades de carácter infecto-contagioso se han presentado el año 1938 en forma que puede considerarse benigna, de manera principal en lo que se refiere a la tos convulsiva, fiebre tifoidea y erisipela, las que acusaron un descenso de 60, 22 y 6 unidades, respectivamente, sobre las cifras del año anterior; no así el sarampión y la difteria que han subido en 17 y 5 unidades.

La tos convulsiva, tan funesta para nuestra población infantil, ha venido arrojando en los años 1936 y 1937 guarismos desconsoladores, fuertemente elevados, y es en este año de 1938 donde recién se ha conseguido detener su avance devastador, reduciéndolo en más de la mitad, o sea que de 103 y 104 casos fatales que se registraron en los dos años citados, en el actual ha bajado a 44, como puede verse en el cuadro que comprende estos fallecimientos. Pero es de desear que esta cifra de tos convulsiva continúe mejorando, porque si es verdad que ha bajado bastante dentro de la fuerte altitud que venía marcando, es verdad también que todavía se manifiesta demasiado elevada.

En la tuberculosis, igualmente, se ha experimentado un ligero descenso de 25 unidades, sobre las ocurridas en 1937.

Mortalidad infantil.— La mortalidad infantil (comprendidos hasta el primer año de edad), habidos en 1938 es de 1,289; cifra que sobre la mortalidad general de la ciudad (5,874), representa un coeficiente de 21.9 por ciento y sobre la natalidad (10,858), un índice de 11.9 por ciento.

Estas mismas defunciones, atendiendo al sexo, 685 fueron varones y 604 mujeres. En cuanto a su condición civil 531 corresponden

a legítimos, 675 a ilegítimos y 83 cuya condición civil no ha sido determinada por falta de datos. Sobre la raza de estos fallecimientos se tiene que la mestiza es la que arroja la mayor cifra, la que asciende a 1,037 casos, siguiéndole la blanca con 141, la india con 55, la negra con 20 y la amarilla con 35. Se anota un caso sin especificación de raza.

De los 1,289 óbitos ocurridos, encontramos que 152 tuvieron lugar en el mes de enero, 114 en febrero, 104 en marzo, 103 en abril, 104 en mayo, 88 en junio, 103 en julio, 95 en agosto, 96 en setiembre, 95 en octubre, 112 en noviembre y 125 en diciembre; correspondiéndole una cifra promedial de 107 fallecimientos por mes. Con relación a la edad 225 fueron de un mes de nacidos, 104 de más de uno a dos meses, 105 de más de dos a tres, 96 de más de tres a cuatro, 95 de más de cuatro a cinco, 112 de más de cinco a seis, 79 de más de seis a siete, 105 de más de siete a ocho, 83 de más de ocho a nueve, 76 de más de nueve a diez, 91 de más de diez a once y 88 de más de once a doce meses.

En lo que se refiere a las enfermedades que mas defunciones han ocasionado en estos niños, debe mencionarse de manera principal la diarrea y enteritis que causa 320 muertes, siguiéndole la bronconeumonía con 296, la tuberculosis con 60, la bronquitis con 37, la tos convulsiva con 23, la gripe con 21, la sífilis con 18, el paludismo con 16 y el sarampión con 15. Por las enfermedades de la primera infancia, consideradas solamente la debilidad congénita y el nacimiento prematuro se han registrado 227 fallecimientos.

La cifra media por día es de 3.5 óbitos por 4 que hubo en 1937.

Con el fin de que se pueda establecer comparación con años anteriores, damos al pie las cifras de esta mortalidad ocurrida en los últimos cinco años, expresando sus correspondientes cifras absolutas y relativas:

Año	Mortalidad infantil (hasta un año)	Sobre 100 defunciones generales	Sobre 100 nacimientos viables
1934	1.288	21.9	14.7
1935	1.222	21.4	13.3
1936	1.550	26.1	16.6
1937	1.462	23.5	14.0
1938	1.289	21.9	11.9

Comparando la mortalidad infantil de 1938, con la del año anterior es satisfactorio constatar que en el presente ha sido disminuída en 173 defunciones, reduciéndose la cifra absoluta de 1,462 que marcó en 1937 a 1.289 que señala el año 1938. Y sí por su cifra absoluta sabemos que en este año se ha alcanzado un considerable mejoramiento, por su cifra relativa tenemos que llegar al convencimiento que el año 1938 es un período feliz para la mortalidad de niños comprendidos hasta el primer año de edad, porque ella establece la más fuerte reducción que se ha

podido obtener en todos los tiempos que lleva de formado nuestro obituario de menores, y muy especialmente en los últimos años, en que se registró altísimos guarismos de dicha mortalidad, como puede apreciarse fácilmente analizando la tabla quinquenal correspondiente. Examinándola se ve que en los años 1936 y 1937 la mortalidad infantil arrojó un coeficiente de 26.1 y 23.5 por cada cien defunciones generales y un índice de 16.6 y 14.0 por cada cien nacimientos viables, y se observa, igualmente, que en el año 1938 tal mortalidad acusa un coeficiente de 21.9 por cada cien muertes generales y un índice de 11.9 sobre cada cien nacidos.

Para mejor demostrar la bondad de las cifras que establece la mortalidad infantil de este año, hacemos mención a la de 1934, y escogemos la de este período porque en él se registró una cifra total de mortalidad infantil idéntica a la de 1938, sin embargo en aquel año de 1934 de cada cien nacidos murieron 14, mientras que en éste de 1938 sólo fallecieron 11.

En general el problema demográfico de la ciudad de Lima se ha presentado este año en forma bastante halagadora y es de creer fundadamente que a ello ha contribuido de manera notable la campaña sanitaria y de profilaxis que los poderes públicos llevan a cabo en bien de nuestra colectividad.

Tuberculosis.— La tuberculosis ha ocasionado 1,340 fallecimientos que, sobre la mortalidad general, representa el 22.8 por ciento y sobre la población el 4.7 por mil. Tales coeficientes acusan un aumento de 9 décimos el primero y un descenso de 2 el segundo, sobre los registrados el año anterior, siendo la cifra absoluta total de este año menor a la de aquel en 25 unidades.

De las 1,340 defunciones tuberculosas 1,104 fueron pulmonar y 236 de otros órganos, cantidades que arrojan para cada grupo el 82.39 y 17.61 por ciento. En la pulmonar 590 corresponden a varones y 514 a mujeres; y en la de otros órganos 140 a varones y 96 a mujeres o sea que en total murieron 730 varones y 610 mujeres.

En consecuencia en la ciudad de Lima han ocurrido cuatro defunciones tuberculosas por día, que equivalen a un fallecimiento cada seis horas.

El cuadro que sigue expresa el alcance de la mortalidad tuberculosa a través del último quinquenio, en forma que puede apreciarse, separadamente, las cifras correspondientes al aparato respiratorio:

Año	Tuberculosis total	Pulmonar		Otros órganos	
		Abs.	Relat.	Abs.	Relat.
1934	1,227	985	80.28	242	19.72
1935	1,281	1,047	81.73	234	18.27
1936	1,362	1,117	81.83	245	18.17
1937	1,365	1,128	82.64	237	17.36
1938	1,340	1,104	82.39	236	17.61

El cuadro antedicho nos manifiesta francamente la gran cantidad de muertes por tuberculosis pulmonar que se registra anualmente, cuyas cifras oscilan entre el 80 y 83 por ciento de esta mortalidad; y por el cuadro que va a continuación podrá verse que la tuberculosis total mantiene sobre la población de la ciudad de Lima una curva altísima, la que balancea su trayectoria entre el 4.4 y 4.7 por mil.

Año	Población	Mortalidad por tuberculosis	Coefficiente por mil habts.
1934	281,350	1,227	4,4
1935	284,837	1,281	4,5
1936	288,408	1,362	4,7
1937	292,614	1,365	4,7
1938	297,598	1,340	4,5

Enteritis.—La diarrea y enteritis figuran dentro de la mortalidad general de este año con 508 defunciones en las diversas edades, pero de éstas, 320 corresponden a la mortalidad infantil (0 a 1 año), y adjudica para tal enfermedad un 24.83 por cada cien muertes de niños de esta edad.

Se dá enseguida un cuadro expresivo de los fallecimientos por enteritis ocurridos en los niños de la edad mencionada, durante los años 1934—1938:

Año	Mortalidad infantil total	Muertos por enteritis	% Defunciones de 0 a 1 año
1934	1,288	343	26,6
1935	1,222	344	28,2
1936	1,550	391	25,2
1937	1,462	329	22,5
1938	1,289	320	24,8

Tanto la tuberculosis como la enteritis han merecido acápite especial en este estudio, en razón de ser ellas las dos causas permanentes que engruesan fuertemente las partidas de nuestro obituario con guarismos por demás elevados. La una en la mortalidad general, la otra en la mortalidad infantil.

Comparación internacional.— En el deseo de hacer más completo este ejercicio hemos querido establecer una comparación entre las cifras que ofrece nuestra ciudad capital en este año de 1938 y las

que dieron diversas metrópolis sudamericanas en 1937, y es en tal virtud que consignamos aquí cuatro cuadros comparativos entre las ciudades de Lima, Buenos Aires, Río de Janeiro, Montevideo, Asunción y Quito, cuadros que han sido confeccionados con cifras oficiales obtenidas por nuestra Oficina. Los cuadros en referencia consideran: 1) una demostración del desarrollo de la natalidad y mortalidad de esas ciudades, con sus correspondientes índices; 2), una comparación de cifras absolutas y relativas de nupcialidad; 3), una expresión del curso seguido por la mortalidad infantil y su proporción por cien sobre mortalidad general y natalidad; y 4) una manifestación del avance de la mortalidad tuberculosa en cada una de las capitales citadas, con especificación del coeficiente por mil sobre sus respectivas poblaciones.

En las tablas de carácter internacional aludidas, se fija como cuestión primordial la colocación que a cada ciudad corresponde en orden a su mejor exponente demográfico toda vez que el fin perseguido es exhibir el grado de progreso demótico alcanzado en cada una de ellas:

NATALIDAD		
CIUDAD	Número de nacidos	Índice por mil habitantes
Asunción	4,173	39.8
Quito	4,817	39.5
LIMA	10,858	76.5
Montevideo	12,853	24.8
Río de Janeiro	35,237	20.1
Buenos Aires	40,318	17.6

MORTALIDAD		
CIUDAD	Número de muertes	Índice por mil habitantes
Buenos Aires	27,377	12.0
Río de Janeiro	26,001	14.8
Asunción	1,774	16.9
Montevideo	9,820	19.0
LIMA	1,513	19.7
Quito	3,251	26.7

Analizando este doble cuadro vemos que Lima ostenta un índice de natalidad tan favorable que la coloca en tercer lugar entre las ciudades que presentamos, pero esta posición la pierde debido a su fuerte mortalidad, que la hace descender violentamente hasta el quinto puesto, como se constata en la segunda parte de este mismo cuadro. Afortunadamente nuestra cifra de defunción viene experimentando desde 1936 una continuada declinación en su trayectoria, significativa de un dominio más absoluto de la ciencia y la cultura.

En lo referente a natalidad, Asunción, la capital guaraní, resulta ser la mejor colocada, mientras que Buenos Aires está relegada a último término. Pero en la mortalidad la metrópoli bonaerense salta rápidamente al primer puesto, en tanto que Quito, del segundo lugar que mantiene en natalidad, en mortalidad baja hasta el final.

Si en la natalidad la capital peruana se exhibe como una de las primeras, en nupcialidad, faltalmente, tenemos que aceptarla como la última; y si ponemos frente a frente el índice nupcial de Lima con el de Montevideo, comprobaremos que el limeño es dos veces menor que el de la metrópoli oriental.

CIUDAD	Matrimonios verificados	Coefficiente por mil habitantes.
Montevideo	6,672	12.9
Buenos Aires	20,658	9.0
Quito	996	8.2
Asunción	838	8.0
Río de Janeiro	12,621	7.2
LIMA	1,513	5.1

La capital uruguaya figura a la cabeza de este cuadro con una envidiable cifra nupcial. Esto demuestra a todas luces que dicha ciudad posee gran vocación por la consagración del matrimonio, acto que la estimula distinguiéndola en su sitio de elevada cultura.

CIUDAD	Mortalidad infantil (hasta un año)	Sobre 100 defunciones generales	Sobre 100 nacimientos viables
Buenos Aires	2,336	8.2	5.1
Quito	316	9.7	6.6
Montevideo	1,224	12.5	9.7
Asunción	425	24.0	10.2
LIMA	1,289	21.9	11.9
Río de Janeiro	5,343	20.6	15.2

Este cuadro se ocupa de la mortalidad infantil, problema que los sabios en la materia están de acuerdo en considerarlo como una cuestión nacional, de carácter netamente social, que embarga, por lo tanto, la atención preferente de los hombres de Estado. En Lima esta mortalidad ha mejorado sobremanera en los últimos dos años, como se ha manifestado ya, pero necesita aún seguir mejorando, hasta colocarse en sitial más favorable, pues todavía ocupa el penúltimo lugar en el cuadro internacional que comentamos. Obsérvese que Lima por cada cien nacidos pierde 11 y Montevideo por cada cien defunciones generales merma su población infantil en 24 unidades, mientras que Lima sólo en 21.

En este problema de la mortalidad infantil quien obtiene un rotundo éxito que la pone sobre las demás es Buenos Aires, en tanto que Río de Janeiro queda a la cola, con una enorme pérdida de niños.

CIUDAD	Población	Mortalidad por tuberculosis	Coefficiente por mil habts.
Buenos Aires	2,415,142	2,974	1.2
Quito	122,000	145	1.2
Asunción	104,819	175	1.7
Montevideo	518,015	1,406	2.7
Río de Janeiro	1,756,080	4,984	2.8
LIMA	297,598	1,340	4.5

Esta última demostración internacional comprende el desarrollo de la tuberculosis en las seis ciudades predichas. En la población de Lima la peste blanca causa estragos pavorosos que inflan enormemente el porcentaje de muertos, al punto que podemos decir que ella sola representa la cuarta parte de nuestra mortalidad general.

Comparando nuestro índice de tuberculosis con el de las otras ciudades, llegamos a la conclusión indudable de que Lima es la ciudad más castigada por tan terrible mal. En el cuadro internacional aludido, Lima aparece colocada en último lugar con un coeficiente altísimo.

Aparte de Lima, la ciudad de más elevada mortalidad tuberculosa es Río de Janeiro, donde las víctimas del mal de Koch equivalen a la quinta parte de su mortalidad general, pero su índice sobre la población sólo llega a la mitad del que marca nuestra ciudad capital.

Terminamos esta ligera comparación internacional con la ciudad de Buenos Aires, la que con sus dos millones y medio de habitantes está situada en primer término, mostrando su bajísimo coeficiente de mortalidad tuberculosa, que significa apenas la cuarta parte del que establece Lima. Ello evidencia que en la metrópoli argentina la tuberculosis está en plena derrota.

Queda así expresado el desenvolvimiento demográfico de la ciudad de Lima correspondiente al año 1938.

Noticias

INAUGURACION DE NUEVOS PABELLONES ASISTENCIALES EN EL "HOSPITAL DEL NIÑO".— El 11 de febrero se inauguraron en el Hospital del Niño, dos nuevos pabellones asistenciales, dedicados para atender tuberculosos e infecto-contagiosos.

Asistieron el Sr. Presidente de la República, General Oscar R. Benavides, el Ministro de Salud Pública Dr. Guillermo Almenara, funcionarios públicos y miembros del cuerpo médico.

El Dr. Gerardo Alarco, Director del Nosocomio, pronunció en el acto un interesante discurso, dando datos de las nuevas construcciones y de las labores que lleva a cabo el Hospital del Niño, en beneficio de la infancia indigente.

El Pabellón dedicado a la asistencia de 70 niños tuberculosos es un nuevo elemento que se incorpora a los organismos que el Estado necesita poseer para luchar con ventaja contra la tuberculosis infantil; el destinado a la asistencia del niño con enfermedades infecto-contagiosas (70 camas), permitirá, también, ampliar las obras de aislamiento y curación de los niños que resultan víctimas de la enfermedades evitables; ambos constan de su respectivo dispensario, consultorios y cuatro u ocho salas, respectivamente.

Los locales inaugurados se han construido en una área de 2,400 m². que se adquirieron en el año 1936 por el Supremo Gobierno, durante la administración de la Sociedad Auxiliadora de la Infancia, por la suma de S/o. 25.000.00. El tipo de construcción ha sido de dos pisos pudiéndose agregar uno más en su oportunidad. La Junta Departamental Pro Desocupados de Lima fué la encargada de la construcción de dos Pabellones, habiéndose invertido la suma de S/o. 209,242.36. El promedio de costo por cama incluyendo todos los gastos (compra de terreno, construcción, mobiliario, enseres, etc.) ha sido de S/o. 1,238.30.

El pabellón para atender niños tuberculosos estará a cargo del Dr. Horacio Cachay Díaz; el dedicado a infectocontagiosos a cargo del Dr. Teodoro Seminario Vera.

M=YO

La madre y el lactante en el nuevo Código Civil del Perú

Por la Dra. SUSANA SOLANO

“El advenimiento de una justicia social, ha hecho venir al mundo un concepto de justicia más amplio que el romano. Se nota que los principios jurídicos que reglan la familia, tratan de buscar una base que tenga en más la voz de la naturaleza y en menos la de los prejuicios; que respete los vínculos de sangre, que restañe las heridas del amor, que consagre todos los derechos de él derivados”.

COMISION REFORMADORA DEL CODIGO CIVIL DEL PERU.

Examinando los títulos pertinentes a los derechos de la madre y el lactante en el Código Civil del Perú de 1936 se advierten saludables disposiciones, muy de acuerdo con las nuevas ideas que rigen la convivencia social.

Los derechos de la madre y de la prole legítima están ampliamente garantizados; se han reivindicado tremendas injusticias en lo que respecta a la mujer en su calidad jurídica de madre y esposa.

La Comisión que preparó el nuevo Código Civil abandonando las normas que preconizaba el Derecho Histórico, ha hecho justicia a los hijos nacidos fuera del vínculo matrimonial, amparándolo así como a su madre en el Título V, Sección Tercera, Libro Segundo, que trata de los Derechos de Familia.

La orientación seguida por los codificadores es la que rige en los Códigos Civiles de los países más avanzados. El Código Civil Alemán en vigencia, el Código Civil Suizo de 1912, las Leyes Especiales de Francia y Bélgica sobre protección a la madre soltera, facultan la investigación de la paternidad; el Código Civil Brasileño de 1917, el Código de los Derechos de Familia de la Unión de las Repúblicas Soviéticas, el de México de 1928, los Códigos Civiles de la República Ar-

gentina, Cuba y Honduras; los preceptos constitucionales contenidos en la Constitución Española de 1931, protegen con amplitud a la madre y a los hijos; en muchas de estas legislaciones no se establecen categorías de hijos.

El Art. 348 del Código Civil Peruano dá esta definición: "Son hijos ilegítimos los nacidos fuera de matrimonio", desapareciendo la curiosa y detallada clasificación que hacía el Código Civil derogado. Sin embargo quedan aún reminiscencias de un pasado jurídico, carente de valor en nuestros días, como la que puntualiza el Art. 356: "Cuando el padre o la madre hiciera el reconocimiento separadamente, no podrá revelar el nombre de la persona con quien hubiere tenido el hijo". Surje por esta disposición una categoría especialísima: hijos de padre o madre desconocidos.

El Art. 350 establece la declaración judicial de la paternidad al tratar de la filiación ilegítima, cuando dice: "El reconocimiento y la sentencia declaratoria de la paternidad, son los únicos medios de prueba de la filiación ilegítima".

Esta disposición llena un vacío advertido en la legislación civil derogada, en la cual la sentencia que imponía al padre la obligación de suministrar alimentos al hijo ilegítimo que no había reconocido, no constituía, como en el Código actual, título para acreditar la declaración judicial de la paternidad, previa confesión del padre.

El Art. 366 establece los casos en que puede declararse judicialmente la paternidad ilegítima:

1º—Cuando exista escrito indubitado del padre en que la reconozca;

2º—En los casos de violación, estupro o raptó, cuando la época del delito coincida con la de la concepción;

3º—Cuando el hijo se halle en la posesión constante de estado de hijo ilegítimo del padre, justificada por actos directos de éste o de su familia;

4º—Cuando el presunto padre hubiera vivido en concubinato con la madre durante la época de la concepción;

5º—En el caso de seducción de la madre, cumplida con abuso de autoridad o con promesa de matrimonio; en época contemporánea de la concepción y siempre que para el segundo supuesto exista principio de prueba escrita.

Aunque este Art. 366 no tiene la amplitud que debería, ni claridad de interpretación, como el caso que señala el inciso 1º, por ejemplo, sin embargo, es un paso adelante en el amparo de la madre soltera y del hijo ilegítimo, amparo legal que precisa completar con la *declaración obligatoria del estado de embarazo*, facultad que la Ley debe conceder a la mujer, como lo pidió el Dr. Carlos A. Bambarén el año 1932 en la Primera Jornada Peruana de Nipiología.

La declaración legal del estado de embarazo permitiría conseguir lo que pedía el Dr. Nicolás Cavassa, Jefe del Dispensario Prenatal de la Maternidad de Lima, cuando dijo: "Hay que buscar los medios de encontrar los padres de millares de hijos que nacen en el Perú sin el calor ni el amparo del padre que los engendra", haciendo, además, la profilaxis del aborto como lo conceptua el Dr. Bambarén. Esta disposición legal, contribuiría, también, a la disminución del infanticidio, el problema que significa el niño abandonado y otros fenómenos sociales determinados por ignorancia o malicia del que asume la responsabilidad de padre y elude, luego, sus obligaciones cuando el hijo nace.

El Art. 369 del Código Civil declara la obligación moral del padre de indemnizar a la madre soltera la incapacidad temporal en que queda por la gravidez, parto y puerperio; indemnización que reposa en el principio jurídico de que todo el que causa daño está obligado a indemnizarlo. Esta disposición ampara los derechos de la mujer cuando está en inminencia de ser madre, ya que por declaración judicial obliga al padre a suministrarle alimentos 60 días antes y después del parto, así como el pago de los gastos ocasionados por el acto del parto, aún en el caso que no se haya admitido el reconocimiento judicial de la paternidad.

El Art. 367 del mismo Código establece que el hijo ilegítimo no reconocido puede reclamar una pensión alimenticia hasta la edad de 18 años, del que hubiere tenido relaciones sexuales con su madre en una época señalada por la Ley y todavía agrega: "Esta acción subsistirá aunque la madre hubiera transigido o renunciado a seguir la demanda por pensión alimenticia en perjuicio manifiesto de los intereses del hijo".

El Art. 398 señala que el padre que ejerce la patria potestad, está obligado a alimentar y educar a los hijos con arreglo a su situación.

El Art. 762 establece la concurrencia en la sucesión forzosa, con derecho a herencia a toda clase de hijos; limitando la cuota hereditaria del hijo ilegítimo a la mitad de lo que debe recibir el hijo legítimo. La segunda parte del Art. 761 establece que sólo concurren a la herencia solamente hijos ilegítimos reconocidos, heredando todos por partes iguales.

Estimo que sería eficaz que la declaración judicial de la paternidad y los juicios de alimentos se ventilasen por el fuero privativo de los Juzgados de Menores, que deben establecerse en todas las Capitales de Provincias y en las localidades importantes de la República. Los derechos de familia deben estar en lo posible al margen de las contiendas litigiosas, sin que por ello sufran menoscabo, porque siendo juristas los Jueces de Menores, no habría objeción que hacer a esta modificación de la Ley civil, al dar potestad a los Juzgados de Menores para conocer de esta clase de juicios.

Para asegurar la celeridad en la tramitación del juicio sobre filiación y alimentos, el procedimiento debe revestir modalidad especial, cuyo término para la tramitación no debe exceder de 30 días. En la práctica los juicios de alimentos dilatan el término con grave perjuicio para los acreedores alimentarios.

Después de este rápido análisis de las disposiciones del Código Civil que protegen los derechos de la madre soltera y aquellos de su hijo, se echa de menos valiosas figuras jurídicas que hoy se aceptan y que olvidaron los codificadores peruanos, tales como la declaración del estado de embarazo y las responsabilidades por el abandono de la familia, tal como existen en Francia desde la Ley de 7 de febrero de 1924 y en Bélgica desde el 14 de enero de 1928. Según estas leyes se impone multa a los deudores alimentarios cuando dejan de cumplir con tres pensiones alimenticias consecutivas y sin motivo justificado.

Conclusiones: El Código Civil debe establecer la declaración obligatoria del estado de embarazo, ante autoridad competente.

El Juzgado de Menores debe tener competencia para conocer de los juicios de filiación y alimentos.

Debe implantarse en el Perú, el delito de abandono de familia.

Biometría del recién nacido en la Maternidad de Lima

Por el Dr. VICTOR M. UCEDA DONAYRE

Es tema de importancia e interés, determinar las cifras biométricas del recién nacido en Lima, porque con ellas se aportan elementos para precisar las que ofrece el niño que nace en el Perú.

Fué Ricardo Moloche quien consignó hace varios años, el peso del niño nacido en la Maternidad de Lima, pero sus observaciones muy valiosas, fueron fragmentarias desde el punto de vista de la Biometría nipiológica, que exige datos de otras características mensurables del recién nacido. Antes que él, Nemesio Fernández Concha en unas "Crónicas tocológicas" que aparecieron hace mucho tiempo en "La Crónica Médica" y que desgraciadamente no continuaron, señaló muchas informaciones biométricas del recién nacido limeño, que constituyen una primicia merecedora de recuerdo, por ser el primer esfuerzo serio en este orden de estudios nacionalistas.

En este trabajo sólo se estudiarán dos datos somatométricos del recién nacido: el peso y la talla.

EL PESO DEL NIÑO NACIDO EN LA MATERNIDAD DE LIMA

Para los alemanes el peso ideal u óptimo de los recién nacidos (Finkelsten, Camerer) es 3,200 á 3,400 gr., cifras también aceptadas por los franceses e ingleses. El peso máximo sería 4,500 grs.; superior a estas cifras están los niños gigantes. El peso mínimo sería 2,800 gr.; inferior a estos, los prematuros y débiles constitucionales.

Feer desdobra el peso ideal en 3,400 gr., para el sexo masculino, y 3,200 gr. para el femenino. Alrededor de estos valores medios pueden observarse variaciones considerables, aún en condiciones fisiológicas. Los niños gigantes alcanzan un peso en Alemania de 6 á 9 kilos, las más altas cifras observadas son 10.7, 11.5 y 12 kgrs.

Factores que hacen oscilar el peso del recién nacido.—Se consideran varios factores que hacen variar y oscilar el peso.

1º—Raza, edad, y estado constitucional e individualidad de los progenitores.

2º—Condiciones de vida e higiene que lleva la madre durante la gestación y en especial en los dos últimos meses del embarazo.

3º—Alimentación de la madre gestante, cuya influencia consideran nula los pediatras alemanes. En caso de deficiencia Momm dice que no influye sobre el peso del feto, porque el producto de la concepción, vive como un parásito a expensas del organismo materno. Las observaciones del Finkelsten y Pellers, demuestran que durante la guerra mundial de 1914-1918, aumentó apreciablemente el número de recién nacidos que se aproximaban al límite inferior de peso.

4º—El sexo del recién nacido, también influye; los varones pesan más que las mujeres.

5º—La raza es otro factor que no debe olvidarse.

6º—La multiparidad también merece citarse. Feer indica que el peso de los primogénitos, es inferior a los que nacen más tarde de las mismas madres.

Nuestras observaciones

Sobre 4,400 niños nacidos a término en la Maternidad de Lima, en los años 1928, 1929 y primer semestre de 1930, se encontró los siguientes pesos, que se han colocado en escala de seriación:

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
1,000	1	0.02
1,200	2	0.04
1,300	3	0.07
1,400	2	0.04
1,500	3	0.07
1,600	5	0.11
1,700	4	0.09
1,800	7	0.15
1,900	6	0.13
2,000	22	0.50
2,100	21	0.47
2,200	30	0.68
2,300	38	0.86
2,400	26	0.59
2,500	81	1.84
2,600	49	1.11
2,700	77	1.75
2,800	150	3.40
2,900	88	2.00
3,000	303	6.86
3,100	277	6.29
3,200	977	22.20
3,300	304	6.90
3,400	322	7.31
3,500	770	17.50
3,600	230	5.22
3,700	134	3.04
3,800	216	4.99
3,900	86	1.95
4,000	78	1.77
4,100	40	0.90
4,200	13	0.29
4,300	7	0.15
4,400	8	0.18
4,500	13	0.29
4,600	2	0.04
4,700	2	0.04
4,800	1	0.02
4,900	1	0.02
5,000	1	0.02

De estas cifras es posible deducir que el peso ideal u óptimo de los niños que nacen en el Perú es de 3,200 y 3,500 gr. De 4,400 observaciones hay 977 de 3,200 gr. (22,20%) y 770 nacidos de 3,500 gr. (17,50%); tuvieron peso mínimo de 2,800 gr. 150 nacidos (3,40%). Las cifras de 2,500, 2,600 y 2,700 gr. que corresponden a niños nacidos

a término, no se las toma en consideración, porque también existen nacidos prematuros que tienen aquel peso.

La cifra ponderal de 3,800 gr., se encontró en 216 nacidos (4,99%) y la de 4,000 gr. en 78 nacidos (1,77%).

Las variaciones del peso según el sexo, se pueden apreciar enseguida; los resultados se basan en 2,200 nacidos de cada sexo.

El cuadro correspondiente al *sexo masculino*, es el siguiente:

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
1,200	1	0.04
1,300	2	0.09
1,400	2	0.09
1,500	1	0.04
1,600	5	0.22
1,700	3	0.13
1,800	3	0.13
1,900	3	0.13
2,000	12	0.54
2,100	9	0.40
2,200	12	0.54
2,300	22	1.00
2,400	9	0.40
2,500	37	1.68
2,600	23	1.04
2,700	43	1.95
2,800	60	2.72
2,900	38	1.72
3,000	133	6.04
3,100	137	6.22
3,200	447	20.31
3,300	154	7.00
3,400	190	8.63
3,500	400	18.18
3,600	118	5.36
3,700	74	3.36
3,800	115	5.22
3,900	56	2.54
4,000	40	1.81
4,100	30	1.36
4,200	3	0.13
4,300	2	0.09
4,400	4	0.18
4,500	7	0.31
4,600	2	0.09
4,800	1	0.04
4,900	1	0.04
5,000	1	0.04

El mayor número de nacidos tiene 3,200 gr. de peso, estos fueron 447 (20.31%), le siguen 400 con 3,500 gr. (18.18%) y 30 con 4,100 gr. (1.36%). El peso mínimo de 2,500 gr. se encontró en 37 nacidos (1.68%).

El cuadro correspondiente al *sexo femenino* es el siguiente:

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
1,000	1	0.04
1,200	1	0.04
1,300	1	0.04
1,500	2	0.09
1,700	1	0.04
1,800	4	0.18
1,900	3	0.13
2,000	10	0.45
2,100	12	0.54
2,200	18	0.81
2,300	16	0.72
2,400	17	0.77
2,500	44	2.00
2,600	26	1.18
2,700	34	1.54
2,800	90	4.09
2,900	50	2.77
3,000	170	7.72
3,100	130	6.36
3,200	530	24.09
3,300	150	6.82
3,400	132	6.00
3,500	370	16.82
3,600	112	5.00
3,700	60	2.72
3,800	101	4.59
3,900	30	1.36
4,000	38	1.72
4,100	10	0.45
4,200	10	0.45
4,300	55	0.22
4,400	4	0.18
4,500	6	0.27
4,700	1	0.04

En 2,200 nacidos de sexo femenino hay 530 de 3,200 gr. de peso (24.09%) y 370 de 3,500 gr. (16.82%). De 4,000 gr., hay 38 (1.72%). De 2,500 gm. hubo 44 (2%).

Comparando el peso en los dos sexos, se encuentran las siguientes variaciones; el peso ideal para el sexo femenino es 3,200 gr. con 530 niñas, contra 447 niños. Con 3,500 gr. el sexo femenino tiene 370 unidades contra 400 del sexo masculino. Con peso mínimo de 2,500 gm. hay 37 nacidos de sexo masculino y 44 de sexo femenino. Con peso máximo de 4,100 gr. hay 30 nacidos de sexo masculino y 10 de sexo femenino.

Como *conclusión*, se puede sostener que el peso del recién nacido es mayor en el sexo masculino que en el sexo femenino.

Variaciones del peso según el número de embarazos.— Para estudiar este aspecto, se han agrupado los recién nacidos, según que se trate de primogénitos y multigénitos.

Los *primogénitos* en número de 1,000, va enseguida, según la serie que resulta de reunirlos en progresión de peso:

Peso en gramos	Número de niños	Porcentaje
1,200	5	0.50
1,300	3	0.30
1,600	6	0.60
1,700	7	0.70
1,800	3	0.30
1,900	5	0.50
2,000	17	1.70
2,100	7	0.70
2,200	8	0.80
2,300	18	1.80
2,400	19	1.90
2,500	24	2.40
2,600	19	1.90
2,700	21	2.10
2,800	53	5.30
2,900	75	7.50
3,000	75	7.50
3,100	85	8.50
3,200	138	13.80
3,300	78	7.80
3,400	79	7.90
3,500	121	12.10
3,600	50	5.00
3,700	25	2.50
3,800	16	1.60

Peso en gramos	Número de niños	Porcentaje
3,900	10	1.00
4,000	12	1.20
4,100	5	1.50
4,200	3	0.30
4,300	1	0.10
4,400	2	0.20
4,500	8	0.80
4,600	1	0.10
4,700	1	0.10

Los recién nacidos *multigénitos*, tuvieron la siguiente proporción. Sólo se han considerado 1.000 nacidos, para los efectos del cálculo.

Peso en gramos	Número de niños	Porcentaje
1,300	1	0,10
1,500	1	0,10
1,600	4	0,40
1,700	1	0,10
1,800	1	0,10
2,000	8	0,80
2,100	11	1,10
2,200	10	1,00
2,300	11	1,10
2,400	12	1,20
2,500	24	2,40
2,600	15	1,50
2,700	33	3,30
2,800	34	3,40
2,900	40	4,00
3,000	68	6,80
3,100	77	7,70
3,200	166	16,60
3,300	69	6,90
3,400	81	8,10
3,500	124	12,40
3,600	62	6,20
3,700	31	3,10
3,800	39	3,90

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
3,900	19	1,90
4,000	15	1,50
4,100	5	0,50
4,200	8	0,80
4,300	3	0,30
4,400	2	0,20
4,500	9	0,80
4,600	5	0,50
4,700	7	0,70
4,800	2	0,20
4,900	1	0,10

De acuerdo con las observaciones de los que se han ocupado de biometría del recién nacido, el peso de éstos aumenta con el número de embarazos. En efecto, los nacidos primogénitos llegan a pesar hasta 3,600 gr.; en cambio, los multigénitos, alcanzan hasta 3,800 gr.

Variación del peso según la raza.— El peso del recién nacido en las distintas razas que forman la población peruana, es punto difícil de precisar, porque a la Maternidad de Lima, solo concurre gente que pertenece en su mayoría a la raza india y mestiza.

El punto de comparación ha sido 200 nacidos, dado que era el número que permitía hacer comparaciones entre todas las razas, a excepción de la raza negra.

He aquí el peso del recién nacido de *raza blanca*, en su serie de frecuencia:

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
2,000	2	1,00
2,100	2	1,00
2,600	2	1,00
2,700	6	3,00
2,800	12	6,00
2,900	12	6,00
3,000	22	11,00
3,100	20	10,00
3,200	40	20,00
3,300	6	3,00

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
3,400	2	1,00
3,500	28	14,00
3,600	2	1,00
3,700	8	4,00
3,800	4	2,00
3,900	14	7,00
4,000	8	4,00
4,100	2	1,00
4,200	2	1,00
4,300	4	2,00
4,400	2	1,00

En la *raza india*, el peso de los recién nacidos, fué el que sigue:

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
1,300	1	0,50
2,000	2	1,00
2,100	2	1,00
2,200	2	1,00
2,300	4	2,00
2,400	5	2,50
3,500	3	1,50
2,600	4	2,00
2,700	6	3,00
2,800	8	4,00
2,900	16	8,00
3,000	30	15,00
3,100	22	11,00
3,200	31	15,00
3,300	15	7,50
3,400	13	6,50
3,500	14	7,00
3,600	4	2,00
3,700	2	1,00
3,800	7	3,50
3,900	3	1,50
4,000	4	2,00
4,100	2	1,00

En la raza negra, el peso del recién nacido, que se ha registrado en la Maternidad de Lima, fué el siguiente:

Peso en gramos	Número de niños	Porcentaje
2,200	2	2,22
2,300	1	1,11
2,400	2	2,22
2,500	1	1,11
2,600	2	2,22
2,700	2	2,22
2,800	4	4,44
2,900	8	8,88
3,000	6	6,66
3,100	4	4,44
3,200	14	15,55
3,300	5	5,55
3,400	8	8,88
3,500	9	10,00
3,600	7	7,37
3,700	2	2,22
3,800	2	2,22
3,900	2	2,22
4,000	2	2,22
4,100	3	3,33
4,200	4	4,44

En la raza mestiza, el recién nacido en la Maternidad de Lima, tuvo el siguiente peso:

Peso en gramos	Número de niños	Porcentaje
1,200	1	0,50
1,300	1	0,50
1,400	1	0,50
1,500	1	0,50
1,600	2	1,00
1,700	1	0,50
1,800	2	1,00
1,900	3	1,50
2,000	5	2,50
2,100	6	3,00

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
2,200	9	4,50
2,300	10	5,00
2,400	8	4,00
2,500	9	4,50
2,600	6	3,00
2,700	15	7,50
2,800	16	8,00
2,900	12	6,00
3,000	18	9,00
3,100	14	7,00
3,200	20	10,00
3,300	3	1,50
3,400	5	2,50
3,500	12	6,00
3,600	2	1,00
3,700	2	1,00
3,800	6	3,00
3,900	2	1,00
4,000	2	1,00
4,100	1	0,50
4,200	1	0,50
4,300	1	0,50
4,400	1	0,50
4,500	1	0,50
4,600	1	0,50

En la raza blanca el peso del recién nacido oscila desde 2,700 gr. hasta 4,000 gr. El peso óptimo es 3,200 gr. con 40 nacidos (20%), el mínimo 2,700 gr., con 6 nacidos (3%) y el máximo 4,000 gr. con 8 nacidos (4%).

En la raza india, el peso del mayor número de nacidos, es desde 2,000gr. hasta 3,000 gr. El óptimo de peso es 3,200 gr. con 31 nacidos (15,50%); el mínimo 2,700 gr. con 6 nacidos (3%) y el máximo 2,800 gr. con 7 nacidos (3,50%).

El peso oscila entre 1,300 gr. y 4,100 gr.

En la raza negra, el peso del mayor número de nacidos, es de 2,800, hasta 3,600 gr.; el óptimo es 3,200 gr. con 14 nacidos (15,55%); el mínimo 2,800 gr. con 4 nacidos (4,44%) y el máximo 3,600 gr. con 7 nacidos (7,77%). La oscilación del peso va desde 2,200 gr. hasta 4,200 gr.

En la raza mestiza, las cifras de peso del mayor número de nacidos es de 2,700 gr. con 15 nacidos (7,50%). El peso óptimo es 3,200 gr. con 20 nacidos (10%); el máximo 3,500 gr. con 12 nacidos (6%). La oscilación va desde 2,200 gr. hasta 4,600 gr.

Comparando las cifras de las diferentes razas, resulta el siguiente orden de clasificación:

- 1º—Raza blanca.
- 2º—Raza india.
- 3º—Raza negra.
- 4º—Raza mestiza o mixta.

Variaciones del peso según el estado higiénico y alimenticio de la madre.— Finkelsten y Feer, dicen que el peso del recién nacido no sufre variaciones según la alimentación de la madre.

En el Perú en 1,000 casos observados, el peso del recién nacido, oscila desde 2,800, hasta 3,800 gr.; en 50%, el peso se mantiene entre 3,200gr. y 3,400 gr.; en el resto de nacidos el peso varía, sin tener ninguna relación con la alimentación de la madre, que entre nosotros tiene una mayor alimentación durante el embarazo.

El reposo durante los últimos meses del embarazo, si tiene influencia sobre el peso del recién nacido. De 1,000 embarazadas, 850 guardan esta regla y 150 no reposan los meses que preceden al parto. El peso de los nacidos, de madres que guardan reposo, oscila entre 3,200 y 3,500 gr.; en las otras, sólo oscila desde 2,600 a 3,300 gr.

Según la clase de trabajo de la gestante, se ha comprobado lo siguiente: En 800 casos que se ocupan de labores caseras durante los siete primeros meses de la gestación y reposan durante los dos últimos, el peso del recién nacido es mas uniforme, sin oscilaciones amplias. En 200 gestantes que trabajan en labores pesadas, como empleadas, domésticas, trabajos de agriculturas, etc. el peso del recién nacido tiene tendencia a bajar, desde 3,400gr. hasta 2,600 gr.

La influencia de la higiene de la habitación, no ha podido demostrarse porque los casos observados todos viven en habitaciones con malas condiciones higiénicas; la influencia de la vivienda rural, que es peor, si ha podido determinarse comparándola con la anterior; estos recién nacidos tenían un peso que oscilaba entre 2,500 gr. y 3,200 gr.

TALLA DEL NACIDO EN LA MATERNIDAD DE LIMA

La talla ideal del recién nacido es de 50 centímetros, generalmente para los dos sexos; la mínima 46,57 cm. y la máxima 52,53 cm.

Para Feer, la talla ideal es de 49 cm., para el sexo masculino y 48 cm., para el femenino. Tiene en consideración estas cifras, porque elimina un centímetro por error, a causa de los hematomas cefálicos que se presentan después del parto.

Hay que notar que existe correlación entre peso y talla; una talla de 50 cm., corresponde a niños que nacieron con 3,200 á 3,500 gr. de peso.

Factores que hacen oscilar la talla.— Se consideran los factores siguientes:

1º—Raza, edad y estado constitucional e individual de los progenitores.

2º—Condiciones de vida, higiene que lleva la madre durante la gestación y en especial en los dos últimos meses de su embarazo.

3º—Alimentación de la gestante.

4º—El sexo del recién nacido.

5º—La raza.

6º—El número de embarazos.

He aquí la *talla de 4,400 recién nacidos*, en la Maternidad de Lima, sin distinguir sexo:

Talla en centímetros	Número de niños	Porcentaje
36	2	0,04
37	2	0,04
38	7	0,15
39	7	0,15
40	18	0,40
41	9	0,20
42	9	0,20
43	2	8,04
44	13	0,29
45	51	1,16
46	70	1,59
47	226	5,13
48	354	8,04
49	271	6,16
50	2,149	48,84
51	469	10,45
52	509	11,34
53	108	2,45
54	66	1,50
55	15	0,34
56	17	0,38
57	5	0,11

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
58	9	0,20
59	2	0,04
60	6	0,13
61	1	0,02
65	1	0,02
80	2	0,04

En 4,400 nacidos hubo 2,149 con 50 cm. (48,84%); la talla mínima más numerosa de 47 cm. ofreció 226 nacidos (5,13%). Se han encontrado niños nacidos a término, con tallas de 44, 45, 46 cm, respectivamente. La talla máxima más numerosa fué de 54 cm., con 66 nacidos (1,50%).

La talla en 2,200 recién nacidos de *Sexo Masculino*, fué la siguiente

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
37	1	0,04
38	4	0,18
39	4	0,18
40	8	0,37
41	4	0,18
42	5	0,22
43	1	0,04
44	6	0,27
45	20	0,90
46	31	1,40
47	130	5,90
48	128	5,82
49	162	7,31
50	1,055	47,95
51	252	11,45
52	256	11,63
53	59	2,68
54	44	2,00
55	8	0,37
56	8	0,37
57	4	0,18
58	5	0,22
59	2	0,09
60	3	0,13

La talla en 2,200 nacidos de *Sexo Femenino*, fué la siguiente:

Talla en centímetros	Número de niños	Porcentaje
36	2	0,09
37	1	0,04
38	3	0,13
39	3	0,13
40	10	0,45
41	5	0,22
42	4	0,18
43	1	0,04
44	7	0,31
45	31	1,40
46	39	1,77
47	96	4,27
48	126	5,72
49	109	4,50
50	1,094	49,72
51	217	9,86
52	523	11,50
53	49	2,22
54	22	1,00
55	7	0,31
56	9	0,40
57	1	0,04
58	4	0,18
60	3	0,13
61	1	0,04
65	1	0,04
80	2	0,09

En 2,200 nacidos de sexo femenino, hay como talla ideal de 50 cm., un número de 1,055 niños (47,95%), siguiéndole las tallas de 51, 52, cm, con 252 y 256 respectivamente. Máximo: 54 cm., (2%); Mínimo 46 cm. (1,40%).

En 2,200 nacidos de sexo femenino, la talla ideal de 50 cm., estuvo representada por 1,094 nacidos (49,72%); la talla máxima de 54 cm. con 22 examinados (1%) y la mínima de 46 cm, con 39 nacidos (1,77%).

En el sexo masculino, hay 1,055 nacidos que tienen 50 cm., en el femenino hay 1,094, que corresponden a la misma cifra, para 51 y 52 cm., de talla, en el sexo masculino hay 252 y 256 respectivamente; en el sexo femenino para las mismas cifras hay 217 y 253. Para 48 y 49 cm., de talla, en el sexo masculino hay 128 y 162; en el femenino para las mismas cifras hay 126 y 109. Talla máxima en el sexo masculino 54 cm., con 44 examinados; en el sexo femenino, 22, la mitad de la cifra del número que corresponde al sexo masculino. La talla más alta, corresponde al sexo masculino; la talla mínima en el sexo masculino, de 46 cm. tiene 31 nacidos y en el sexo femenino 39.

La talla ideal de 50 cm. predomina en el sexo femenino.

La talla del recién nacido primogénito fué, tomando sólo 1,000 nacidos, la siguiente:

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
37	3	0,30
38	2	0,20
39	2	0,20
40	3	0,30
41	13	1,30
42	16	1,60
43	12	1,20
44	22	2,20
45	25	2,50
46	52	5,20
47	86	8,60
48	111	11,10
49	157	15,70
50	292	29,20
51	85	8,50
52	82	8,20
53	31	3,10
54	3	0,30
55	1	0,10
56	1	0,10
57	1	0,10
58	1	0,10

En 1,000 recién nacidos multigénitos, la talla fué la que sigue:

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
37	1	0,10
38	4	0,40
39	3	0,30
40	6	0,60
41	3	0,30
42	6	0,60
43	9	0,90
44	5	0,50
45	14	1,40
46	18	1,80
47	47	4,70
48	122	12,20
49	169	16,90
50	350	35,00
51	130	13,00
52	78	7,80
53	17	1,70
54	15	1,50
55	1	0,10
56	1	0,10
58	2	0,20
59	1	0,10
60	1	0,10

En los primogénitos la talla oscila desde 37 cm. hasta 59 cm. La talla ideal de 50 cm. tuvo 252 nacidos (29,20%), la talla mínima 46 centímetros tuvo 52 nacidos (5,20%) y la talla máxima de 53 cm., 31 nacidos (3,10%).

En los multigénitos la talla oscila desde 37 cm. hasta 60 cm.; la talla ideal de 50 cm., tuvo 350 nacidos (35%); la talla mínima de 47 cm. tuvo 47 nacidos (4,70%) y la máxima de 54 cm. 15 nacidos (1,50%).

La mayor talla es para los niños nacidos después del primer parto, es decir, los multigénitos.

Las variaciones de la talla según la raza, se apreciaron sobre 200 nacidos de *raza blanca*, con el resultado siguiente:

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
45	4	2,00
46	2	1,00
47	6	3,00
48	14	7,00
49	12	6,00
50	98	49,00
51	34	17,00
52	16	8,00
53	8	4,00
54	2	1,00
55	1	0,50
56	1	0,50
58	1	0,50
59	1	0,50

La talla en la raza blanca oscila de 45 cm. a 59 cm. obteniéndose como cifras mayores desde 48 cm. hasta 53 cm. La talla óptima de 50 cm. tuvo 98 nacidos (49%); la mínima de 48 cm. tuvo 14 nacidos (7%) y la talla de 53 cm. tuvo 8 nacidos (4%).

Las variaciones de la talla según la *raza india*, apreciando las variaciones en 200 nacidos, fué la siguiente:

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
42	2	1,00
43	2	1,00
44	3	1,50
45	8	4,00
46	7	3,50
47	12	6,00
48	32	16,00
49	63	31,50
50	50	25,00

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
51	7	3,50
52	10	5,00
53	1	0,50
54	1	0,50
55	1	0,50
56	1	0,50

En la raza india la talla oscila desde 42 cm., a 56 cm., obteniéndose en 49 cm. el mayor número de nacidos, razón por la cual se le puede considerar como óptimo, con 63 nacidos (31,50%); siguiéndole la talla 50 cm. en la que hay 50 nacidos (25%), después 48 cm., con 32 nacidos (16%); la talla más alta de 52 cm., tuvo 10 nacidos (5%).

En la *raza negra*, con 90 nacidos se obtuvo los resultados siguientes:

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
46	2	2,22
47	4	4,44
48	8	8,88
49	10	11,11
50	33	36,66
51	12	13,33
52	14	15,55
53	5	5,55
54	2	2,22

La talla en la raza negra oscila desde 46 cm. hasta 54 cm.; el mayor número de nacidos corresponde a 48 cm., con 8 nacidos (8,88%) y 53 cm., con 5 nacidos (5,55%).

La talla óptima de 50 cm, tuvo 33 nacidos (33,66%) siguiéndole 51 cm, con 12 nacidos (13,33%), 52 centímetros, con 14 nacidos (15,55%).

En la raza *mestiza*, las variaciones de la talla, sobre 200 nacidos, fué la siguiente:

Talla en centímetros	Número de niños	Porcentaje
37	2	1,00
38	3	1,50
39	3	1,50
40	7	3,50
41	3	1,50
42	1	0,50
43	2	1,00
44	3	1,50
45	10	5,00
46	14	7,00
47	18	9,00
48	22	11,00
49	26	13,00
50	40	20,00
52	12	6,00
53	5	2,50
54	2	1,00
55	3	1,50
56	2	1,00
57	1	0,50
58	1	0,50

La talla en la raza *mestiza*, tiene una oscilación que vá desde 37 cm, hasta 58 cm.; las cifras de oscilación fueron:

Talla óptima: 50 cm., con 40 nacidos (20%).

Talla mínima: 45 cm., en 10 nacidos (5%).

Talla Máxima 52 cm. con 6 nacidos (3%).

En resumen los recién nacidos se agrupan por su estatura, en la siguiente progresión:

1º—Raza negra.

2º—Raza blanca.

3º—Raza *mestiza*.

4º—Raza india.

CONCLUSIONES

1º—El peso del recién nacido en la Maternidad de Lima es el siguiente:

Peso ideal: 3,200 gm. a 3,500 gm.

Peso mínimo: 2,800 gm.

Peso Máximo: 4,000 gm.

2º—El peso es mayor en el sexo masculino que en el sexo femenino. El mayor número de nacidos del sexo masculino pesa 3,500 gm.; el mayor número de nacidos para el sexo femenino pesa 3,200 gm.

3º—El peso es mayor en los multigénitos que en los primogénitos.

4º—El peso varía según las razas en el orden siguiente:

Raza blanca.

Raza india.

Raza negra.

Raza mestiza.

5º—El peso aumenta con el reposo de la madre en sus dos últimos meses de gestación.

6º—La mayor o menor alimentación de la madre, no influye en el peso de los recién nacidos.

7º—La talla de los recién nacidos en nuestro medio, es la siguiente:

Talla ideal: 50 cm.

Talla mínima: 46 cm.

Talla máxima: 56 cm.

8º—La talla es mayor en el sexo masculino que en el femenino.

9º—La talla aumenta en los multigénitos.

10º—La talla varía según las razas en el orden siguiente:

Raza negra.

Raza blanca.

Raza mestiza.

Raza india.

11º—La talla aumenta, con el reposo de la madre, en los dos últimos meses de su gestación.

Biometría del prematuro que nace en la Maternidad de Lima

Por el Dr. VICTOR M. UCEDA DONAYRE

Aunque los datos biométricos no son factores decisivos para la supervivencia de los *prematuros*; sin embargo, son factores que hay que tomar en cuenta al buscar elementos que permitan presagiar el porvenir de estos niños.

Por otro lado interesa saber cuál es la Biometría del prematuro que nace en Lima, porque de ese modo se penetra en el conocimiento de cifras somatométricas muy interesantes.

Los pediatras sostienen que es más frecuente que vivan los prematuros que nacen con 1,000 á 1,100 gm. de peso, que aquellos otros que tienen menor cifra ponderal.

Para que un prematuro tenga condiciones de vida, según Feer, se requiere que pese 1,000 á 1,500 gr. y tenga 27 a 28 semanas de vida intra-uterina.

Pfaundler en el siguiente cuadro esquemático, pone en evidencia las probabilidades de vida de los prematuros:

Meses de embarazo	P E S O		Talla	Mortalidad en las primeras semanas de vida.
	Fetos normales	Prematuros		
6	1,200	1,000	35	95%
6½		1,200	37	82%
7	1,800	1,500	39	63%
7½		1,800	42	42%
8	2,500	2,200	45	20%

Ylppo ha sostenido que la mayor mortalidad de los prematuros, que nacen con un peso inferior a 2,500 gr., no depende de incapaci-

dad para la vida, sino de alteraciones patológicas manifiestas, cuya intensidad influye sobre el peso del prematuro.

Este trabajo se basa en 400 prematuros que nacieron en la Maternidad de Lima durante los años 1928, 1929 y primer semestre de 1930. Se estudia el peso y la talla, primero como cifras biométricas, aisladas y después relacionándolas con el número de meses de gestación materna.

No se ha distinguido sexo y otras características personales, por considerar innecesario tomarlas en cuenta.

He aquí el peso en los nacidos prematuros, que se han estudiado:

<i>Peso en gramos</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
1,000	1	0,25
1,200	2	0,50
1,300	4	1,00
1,400	4	1,00
1,500	7	1,75
1,600	6	1,50
1,700	5	1,25
1,800	9	2,25
1,900	7	1,75
2,000	27	6,75
2,100	26	6,50
2,200	37	9,25
2,300	41	10,25
2,400	29	7,25
2,500	63	15,75
2,600	43	10,75
2,700	49	12,25
2,800	40	10,00

Se vé que el peso de los prematuros es muy variable y que oscila entre límites amplios como resultado de la duración del embarazo y de caracteres intrínsecos propios a cada caso.

Relacionando el peso, con la edad de los prematuros, se han encontrado las siguientes concordancias:

Meses de embarazo	Peso	Número de Niños
6 meses.	1,000	1
	1,200	2
	1,300	3
	1,400	4
	1,500	7
	1,600	6
6 y ½ meses.	1,700	4
	1,800	7
	1,900	6
	2,100	1
7 meses	1,370	1
	1,700	1
	1,800	2
	1,900	1
	2,000	27
	2,100	25
7 y ½ meses.	2,200	35
	2,200	2
	2,300	41
	2,400	10
	2,500	20
	2,600	1
8 meses.	2,700	2
	2,400	19
	2,500	43
	2,600	42
	2,700	47
	2,800	40

Relacionando el peso con la edad del prematuro, se aprecia que el peso más bajo corresponde a los nacidos de 6 y 6 y medio meses y que vá aumentando a medida que la gestación ha tenido mayor duración.

Respecto a la talla en los prematuros nacidos en la Maternidad de Lima, he aquí la seriación encontrada:

<i>Talla en centímetros</i>	<i>Número de niños</i>	<i>Porcentaje</i>
36	2	0,50
37	2	0,50
38	6	1,50
39	4	1,00
40	6	1,50
41	9	2,95
42	7	1,75
43	3	0,75
44	10	2,50
45	42	10,50
46	74	18,50
47	64	16,00
48	80	20,00
49	42	10,50
50	49	12,25

Relacionando la talla con la duración del embarazo, se ha comprobado la siguiente correlación:

<i>Meses de embarazo</i>	<i>Talla</i>	<i>Número de prematuros</i>
6 meses	36	2
	37	2
	38	6
	39	4
	40	4
	41	3
	42	2
6. y 1/2 meses.	40	2
	41	3
	42	3
	43	2
	44	3
	45	3
	46	2

<i>Meses de embarazo</i>	<i>Talla</i>	<i>Número de prematuros</i>
7 meses.	41	2
	42	2
	43	1
	44	4
	45	18
	46	20
	47	18
	48	16
	49	8
	50	2
7 y ½ meses.	41	1
	44	3
	45	5
	46	18
	47	14
	48	26
	49	4
	50	5
8 meses.	45	16
	46	34
	47	32
	48	38
	49	30
	50	42

La talla de los prematuros vá desde 36 hasta 50 cm.

La talla de 48 cm. es la que tiene el mayor número de prematuros, no obstante la desigual duración del embarazo.

Relacionando la estatura del prematuro con la duración del embarazo, se comprueba que la talla más baja corresponde a los de 6 y 6 y medio meses y que vá aumentando progresivamente con su duración.

CONCLUSIONES

- 1.—El máximo de peso de los prematuros es desde 2,200 gm. hasta 2,800 gr. La talla vá de 40 cm. hasta 50 cm.
- 2.—El peso y la talla guardan relación, con la duración del embarazo.
- 3.—Las probabilidades de vida de los prematuros, están influidas por la edad, el peso y la talla.

Cuando hay que pensar en la sífilis congénita

Por el Dr. GUSTAVO VALLE RIESTRA

La sífilis juega importante rol en la procreación de tipos degenerados que se observa por doquiera.

Los médicos que ejercen en la Sierra del Perú comprueban la degeneración de la raza indígena. Copio a continuación el párrafo de un médico titular, que dice así: "Se debe estudiar la manera de remediar el estado de degeneración en que se va hundiendo nuestra raza indígena; para esto se podía tomar en consideración las sugerencias de los médicos titulares y sanitarios de los diferentes Departamentos y Provincias; tal vez si convendría establecer en el país la esterilización de los degenerados, hombres y mujeres; hacer intercambio de habitantes entre distintos Departamentos y Provincias, para favorecer el cruce entre familias distintas".

Es necesario investigar la sífilis:

En el hidroamnios, habiendo comprobado que embarazadas lúeticas, tratadas insuficientemente y con hidroamnios, se ha reasorbido éste con un tratamiento yodurado.

En el embarazo gemelar univitelino: en la mayoría de niños se encuentran signos evidentes de lues.

En los casos de feto muerto durante el parto, sin causa bien determinada.

En las fuertes albuminurias, cuando está descartada la gravídica simple y la nefritis crónica.

La Historia familiar permite comprobar abortos o partos prematuros en serie, explicables únicamente por la sífilis de los progenitores, que comprueban las reacciones serológicas.

La expulsión de fetos macerados, también atestigua la sífilis. El exámen de los hermanos del niño, puede descubrir otros niños con lesiones sifilíticas o trastornos imputables a la sífilis, como pénfigo, placas mucosas peribucales, anales, vulvares, escrotales; coriza, aschisis, h́epato y esplenomegalia, etc.

En el recién nacido hay una serie de manifestaciones clínicas que indican la lues en forma decisiva; tales son:

La *curva de peso*, que según el profesor Pinard es signo de sífilis, cuando la curva ponderal descende, no obstante la alimentación suficiente.

Las *Hemorragias*. Toda hemorragia grave del cordón en las primeras horas que siguen al nacimiento, y que no es posible imputar a defecto de técnica, de la ligadura, hace pensar en una degeneración específica de los vasos umbilicales.

La melena precoz, inexplicable, puede ser síntoma de lues.

Los vómitos habituales y los accesos de cianosis, son signos de probabilidad de sífilis.

La génesis de la hidrocefalia y de las monstruosidades, es atribuible a la avariosis. En el niño se hace el diagnóstico de certidumbre, por el coriza, la esplenomegalia, la hepatomegalia, el pénfigo, la osteocondritis luética, las lesiones cutáneas infiltrativas y sifilides. Además, el aspecto del niño es de importancia; así el recién nacido sifilítico es un niño débil, con aspecto de viejecillo, en el que se aprecia un contraste notable entre la gracilidad de la parte superior del cuerpo y el volúmen del abdómen distendido por la ascitis. Un niño que nace con ascitis es, seguramente, heredo luético.

Labor de los Consultorios prenatales en el cuidado de la madre

Por el Dr. GUSTAVO VALLE RIESTRA

Cuidar la vida desde que se inicia en el claustro materno, seguir el paso a paso, observando el desarrollo del nuevo ser que va ganando energías vitales para recorrer el camino de la existencia, atender a la madre durante el proceso de la gestación, cuidando su salud por una atención técnica en los trastornos morbosos que pueda presentar durante el embarazo, es la noble labor médico-social de los Consultorios Prenatales.

Los Consultorios Prenatales deben difundirse en las ciudades y zonas rurales, como lógica deducción de las condiciones sanitarias y sociales del Perú: es conocida la llevada cifra de tuberculosis, de sífilis, infecciones gonocócicas que pasan por los consultorios y servicios hospitalarios, también nos es dable constatar el pauperismo proveniente, ya sea de la falta de salud que impide el trabajo, o con-

secuencia del alcoholismo; también hay individuos sin amor al ahorro ni al trabajo y que sólo se contentan con ganarse la subsistencia, son aquellos peones que sólo hacen una tarea de un sol cincuenta, y que la terminan a las diez de la mañana y prefieren pasar completamente desocupados el resto del día, pudiendo ganarse fácilmente tres soles en tareas y en cosecha de algodón hasta cinco y más soles diarios.

El hogar de nuestra clase popular, es paupérrimo; la familia está mal alimentada y peor alojada; la higiene personal no existe.

En la Maternidad no es fácil clasificar a la madre tuberculosa, porque es el problema obstétrico el que preocupa; si éste se desarrolla sin novedad, vuelve la enferma al seno de los suyos, consignándose tan sólo el diagnóstico de parto normal.

Los Consultorios Prenatales establecen estrecho contacto con las organizacioines de profilaxia antituberculosa y por medio de las visitadoras sociales se resuelven en lo posible difíciles y complejos problemas. Hay que considerar la situación angustiosa de algunas mujeres tuberculosas, que incapaces de valerse por sí mismas para ganarse el sustento, aceptan el apoyo del hombre y las obligaciones de la maternidad, y entristecidas por la marcha de su mal, sin alimento, y preocupadas como madres por sus hijos que terminan por contagiarse, solicitan protección médico-social.

Durante el proceso de la gestación es posible salvar de la muerte o degeneración al ser en formación, gracias al tratamiento antilúético en el Consultorio Prenatal.

Para tener una idea de la magnitud del problema de la sífilis de la mujer embarazada, menciono los siguientes datos de la Maternidad:

Nacimientos:

Año 1934.— Tercer trimestre	1.016
Cuarto trimestre	945
	<hr/>
Total:	1.961

Natimuertos:

En igual espacio de tiempo nacieron muertos 223, que representan con relación a los nacimientos un porcentaje de 11.3% de muertes atribuidas casi exclusivamente a la sífilis.

Cuando una madre embarazada se aleja del Consultorio, o interrumpe un tratamiento antilúético, se le envía la Visitadora Social, para informarse de su salud y de las causas de su ausencia. Siempre se ha obtenido éxito con estas visitas, pues se les ha servido en diversas formas, principalmente cuando la ausencia se debía a enfermos en su familia.

Las Visitadoras Sociales recogen las siguientes informaciones:

Tipo de la casa habitación. Número de habitaciones. Dimensión aproximada, ventilación e iluminación de las misma. Número de personas que duermen en cada dormitorio. Número de camas y cobijas que poseen. Estado de nutrición de los niños. Convivencia de animales. Dedicación de la madre por el cuidado de sus hijos. Cumplimiento del padre de sus deberes de jefe de familia.

Algunas veces la obstetriz o el médico atienden el parto en el domicilio, cuando la madre tiene numerosas criaturas, y su alejamiento de la casa presenta graves trastornos en la familia, y cuando esos hogares tienen los elementos necesarios para una atención obstétrica sin peligros de infección.

Hay madres jóvenes que desorientadas por una gestación que comienza, y ante los temores de abandono y pobreza por un lado y las obligaciones maternas por otro, llegan á solicitar el aborto; hemos casi siempre obtenido éxito evitandolo, gracias al estrecho contacto con la visitadora social, que les lleva consejo y aliento, que tranquiliza sus espíritus.

Los Consultorios Prenatales establecen relaciones estrechas con los Consultorios de diagnóstico de tuberculosis, con los Servicios de cirugía de la Maternidad, y a ellos se ha recurrido varias veces para diversas intervenciones que ha sido necesario realizar.

Noticias

TERMINO EL PRIMER PERIODO DE ESTUDIOS EN LA ESCUELA DE MEDICOS SANITARIOS.— Con mucho acierto se creó la Escuela de médicos sanitarios, que ha terminado su primer período de labores.

El personal que tuvo a su cargo la obra docente, ha sido el siguiente:

Dr. Telémaco Battistini.— Bacteriología Sanitaria, quien además ha tenido a su cargo la dirección de la Escuela.

Dr. Raúl Rebagliati.— Enfermedades Infecto-contagiosas, tropicales y parasitarias, Organización y Administración de la lucha contra las mismas.

Dr. Carlos Enrique Paz Soldán.— Epidemiología y Profilaxis.

Dr. Juan Francisco Valega.— Higiene personal y social.

Ing. Alberto Alexander.— Ingeniería Sanitaria y Urbanismo.

Dr. J. A. Estrella Ruiz.— Legislación Sanitaria.

Dr. Víctor Cárcamo.— Química Sanitaria.

Dr. Franz Schuffer.— Bio-estadística.

Dr. Manuel Pérez Buenaño.— Estadística Demográfica y Sanitaria.

Además, han dictado lecciones especiales los doctores Dagoberto González (Campaña Antituberculosa); E. Villalobos (Campaña Antipalúdica y Anquilostomiásica); Benjamín Mostajo (Campañas Antipestosa y Viruela); Max Kuszinski, (Epidemiología y Profilaxis del Tifus Exantemático); Manuel Salcedo, (Organización y Administración de la Asistencia Infantil) y Dr. M. Tellez, (Técnica y manera de efectuar surveys sanitarios).

La primera promoción de profesionales egresados de la Escuela de Médicos Sanitarios es la siguiente: Gabriel Delgado Bedoya, Humberto Lara Cubas, A. Pacheco Velásquez, Vicente Medina, Darío Rosas Loli y Juan Garaska.

PRIMERA JORNADA PERUANA DE EUGENESIA .— El 3 de mayo inició sus labores la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, cuya organización corrió a cargo de un Comité presidido por el Dr. Carlos A. Bambarén e integrado por varios miembros de la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" de Lima.

Presidió la sesión inaugural el Sr. Eduardo Dibós Dammert, Alcalde de la ciudad, asistiendo especialmente invitado el Sr. Luis Avelino Gurgel do Amaral, Embajador del Brasil en el Perú y el Dr. José de Albuquerque, Director y fundador del Círculo Brasileño de Educación Sexual.

En el estrado de honor ocuparon asientos, el Presidente del Comité Organizador, Dr. Carlos A. Bambarén, el Dr. Leonidas Avenaño, profesor honorario de la Facultad de Medicina, el Dr. Manuel Salcedo, Director del Instituto Nacional del Niño y la Dra. Susana Solano, Secretaria del Comité Organizador.

Después de escucharse el Himno nacional, el Alcalde de Lima, pronunció un discurso declarando inaugurada la Primera Jornada Peruana de Eugenesia. Enseguida, el Dr. Bambarén, señaló la importancia del certámen, refiriendo luego la marcha que ofrece la ciencia de Galton en el Continente colombo-cervantino.

Terminada esta primera parte de la actuación se procedió a la lectura de los trabajos que figuraban en el Programa y que correspondían a los Drs. José de Albuquerque de Río de Janeiro y Enrique Díaz de Guijarro, de Buenos Aires.

Acallados los calurosos aplausos que merecieron estas comunicaciones, se dió término a la sesión inaugural.

La segunda sesión se realizó el día 4 de mayo, en el mismo local, presidiéndola el Dr. José de Albuquerque, quien haciendo viaje desde Río de Janeiro, demostró su simpatía al Perú y su entusiasmo por todo lo que se refiere a la Eugenesia. Como en el día anterior el Programa se cumplió tal como estaba previsto.

La tercera reunión se llevó a cabo el 5 de Mayo, presidiéndola el Dr. Carlos A. Bambarén. Cumplido el Programa, se procedió a la

clausura del certámen, no sin haberse acordado antes que votos y proposiciones formulados, los homologase, dándoles su redacción final, el Comité Ejecutivo de la Jornada.

Se acordó que la Segunda Jornada Peruana de Eugenesia se efectúe el año 1942, encargándose su organización a la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

El Dr. José de Albuquerque fué objeto de finas atenciones por parte del Dr. Bambarén, habiéndosele ofrecido un banquete en el Restaurant "La Cabaña", al que concurrieron los miembros activos de la Jornada de Eugenesia.

RENOVACION DE CARGOS EN LA ACADEMIA DE MEDICINA.— El 3 de febrero se efectuó la trasmisión de cargos de la Junta Directiva de la Academia de Medicina, pronunciando el Dr. Francisco Graña, presidente de la Institución, un conceptuoso discurso sobre ejercicio profesional.

La nueva Junta Directiva es la siguiente:

Presidente: Dr. Francisco Graña.

Vice-presidente: Dr. Juan Voto Bernaldes.

Secretario perpetuo: Dr. Carlos E. Paz Soldán.

Secretarios anuales: Dr. Carlos Krumdieck y Alberto Hurtado.

Tesorero: Dr. Edmundo Escomel.

Bibliotecario: Dr. Guillermo Fernández Dávila.

SE INDEPENDIZO DE LA ASISTENCIA PUBLICA, EL SERVICIO NACIONAL ANTIVENEREEO.— Por Decreto Supremo de 25 de Abril de este año, se ha resuelto que el Servicio Nacional Antivenéreo, como estaba previsto en el Plan de organización de la Dirección de Salubridad Pública de 15 de enero de 1937, se independice de la Asistencia Pública, que en adelante se llamará Servicio Nacional de Primeros Auxilios.

El Dr. Ricardo Palma ha sido nombrado Jefe del Servicio Nacional de Primeros Auxilios y el Dr. Víctor Eguiguren del Servicio Nacional Antivenéreo.

Por Resolución Suprema de 9 de febrero se ha organizado un Servicio de Embalsamamiento, como dependencia de la Asistencia Pública.

LA SOCIEDAD PERUANA DE LA CRUZ ROJA CONMEMORO SU SEXAGESIMO ANIVERSARIO.— El 17 de Abril celebró con diversas actuaciones, el LX aniversario de su fundación la Sociedad Peruana de la Cruz Roja.

En la inauguración de una obra de Asistencia Social que ha instalado en la Urbanización Jesús María, concurrieron importantes personas, entre ellas el Sr. Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social.

REGRESO DE CHILE EL DR. BAMBAREN.— En los primeros días del mes de Abril, regresó de Chile el Dr. Carlos Bambarén, quien fué al país hermano aprovechando de las vacaciones.

El Dr. Bambarén se enteró con bastante detenimiento del movimiento cultural chileno, principalmente de la bibliografía técnica; trabó amistad con destacados hombres de ciencia de ese país; hurgó las formas como Chile enfoca el estudio de la alimentación y nutrición correctas; visitó algunas de las obras de protección y asistencia del niño sano y enfermo, así como también las que se dispensan al menor en "estado de peligro", igualmente se interesó, en cuestiones de Servicio Social, conociendo, por último, a los profesionales que organizarán el Segundo Congreso Americano de Criminología que se reunirá en Santiago el año 1941.

Próximamente se comentará con algún detalle la labor que le cupo desempeñar al Dr. Bambarén en la vecina República de Chile, de la que trae muy gratos recuerdos tanto de sus hombres representativos, cuanto de sus instituciones.

AGASAJO AL DR. CARLOS E. PAZ SOLDAN, CON MOTIVO DEL XXV ANIVERSARIO DE LA APARICION DE "LA REFORMA MEDICA".— El 6 de Mayo se ofreció al Dr. Carlos E. Paz Soldán una comida en el suntuoso comedor del Gran Hotel Bolívar, celebrando el XXV aniversario de la aparición de "La Reforma Médica".

Ofreció el agasajo el Dr. Francisco Graña, contestando el homenajeado con frases alusivas al acto.

Celebramos el acontecimiento conmemorado, por ser digna de aplauso la perseverancia del Dr. Paz Soldán, al mantener la publicación periódica dedicada a la medicina, que, por su antigüedad, es la segunda en el Perú.

SE COLOCO LA PRIMERA PIEDRA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER.— El 13 de Mayo se ha dado comienzo a la edificación del Instituto Nacional del Cáncer.

En la ceremonia pronunció un discurso el Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, en el cual enunció el concepto y finalidad que inspiran tan importante obra.

INAUGURACION DEL LOCAL PROPIO DE LA FEDERACION NACIONAL DE FARMACEUTICOS.— El 13 de Mayo se llevó a cabo en solemne ceremonia, la inauguración del local propio de la Federación Nacional de Farmacéuticos, pronunciando un extenso discurso el Sr. Rodolfo Galvez Sousa, presidente de la Institución, quien reseñó la obra ascensional que el gremio farmacéutico ha realizado en el país.

Aplaudimos a los farmacéuticos, que gracias a tezon meritorio, han llegado a edificar su local propio, dando con ello ejemplo digno de imitar por los otros grupos profesionales de la Medicina.



Primera Jornada Peruana de Eugenesia

LIMA 3 A 5 DE MAYO DE 1939.

PROGRAMA

SESION SOLEMNE INAUGURAL

Presidida por el Sr. Eduardo Dibós Dammert, Alcalde de Lima

Miércoles 3 de Mayo de 1939

6 y 45 p. m.

PALACIO MUNICIPAL

Himno Nacional.

- 1 Discurso del Sr. Alcalde de Lima, Don Eduardo Dibós Dammert.

En las cumbres del compositor arequipeño Aguirre.

- 2 Discurso del Dr. Carlos A. Bambarén, presidente del Comité Organizador.

Llorando del compositor arequipeño Aguirre.

- 3 La educación sexual como factor eugenésico por el Dr. José de Albuquerque, de Río de Janeiro.

Pequeñas variaciones sobre un tema indio de André Sas.

- 4 Eugenesia y matrimonio por el Dr. Enrique Díaz de Guíjarro, de Buenos Aires.

Cantos del Perú: a) La Ñusta; b) Siembra; c) Aire y danza de André Sas.

- 5 Clausura de la actuación.

S E G U N D A S E S I O N

Jueves 4 de Mayo de 1939
6 y 45 p. m.

PALACIO MUNICIPAL

- 1 Algunas sugerencias para la campaña eugenésica que conviene al Perú por la *Srta. María J. Alvarado Rivera*.
- 2 Colaboración al Plan eugenésico que requiere el Perú por el *Dr. Alejandro Benavente Alcázar*.
- 3 La Eugenesia desde el punto de vista católico por el *Dr. Carlos Burga Larrea*.
- 4 La Educación sexual, factor eugenésico por el *Dr. Luis A. Chaves Velando*.
- 5 La obra eugenésica en el Perú, por el *Dr. Guillermo Fernández Dávila*.
- 6 El Perú y sus problemas de higiene y política racial, por el *Dr. Enrique M. Gamio*.
- 7 Juicio sobre la trascendencia del certificado médico prenupcial por el *Dr. Alejandro C. González*.
- 8 Punto de vista eugenésico en la cirugía genital del hombre por el *Dr. Alejandro Higginson*.

T E R C E R A S E S I O N

Viernes 5 de Mayo de 1939
6 y 45 p. m.

PALACIO MUNICIPAL

- 1 Pedagogía sexual, por el *Dr. Roberto Mac Lean Estenós*.
- 2 La educación sexual factor eugenésico, por el *Dr. Porfirio Martínez La Rosa*.
- 3 Tradición insuperable que sobre raciogenia posee la Escuela Médica peruana por el *Dr. Carlos Enrique Paz Soldán*.
- 4 El hábito de mascar coca, factor de degeneración de la raza por el *Dr. C. A. Ricketts*.
- 5 El control de la natalidad, factor anti-eugenésico por el *Dr. Luis N. Saenz*.
- 6 Certificado y consultorio prenupcial por el *Dr. Manuel Salcedo*.
- 7 La cartilla biotipológica contribuye a la higiene de la raza por la *Dra. Susana Solano*.
- 8 Aprobación de Votos y clausura de la Jornada Peruana de Eugenesia.

SESION INAUGURAL

En acto solemne verificóse en las últimas horas de la tarde del 3 de mayo y en el Salón de Actos de la Municipalidad de Lima, la ceremonia inicial de la Primera Jornada de Eugenesia, organizada por la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

Desde momentos antes de iniciarse la actuación, nutrido público de uno y otro sexo, así como miembros de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social llenaron los asientos de la referida Sala de Actos.

Ocupaban el estrado de honor el Alcalde de Lima, señor Eduardo Dibós Dammert, que presidió el acto; el Presidente del Comité Organizador de la Jornada, doctor Carlos A. Bambarén; el Embajador del Brasil en el Perú, señor Luis Avelino Gurgel do Amaral, los Doctores José de Albuquerque, eminente sexólogo de Río de Janeiro, Leónidas Avendaño, profesor honorario de la Universidad, Manuel Salcedo, Director del Instituto Nacional del Niño y Susana Solano, secretaria del Comité Organizador.

Se dió comienzo al Programa con el Himno Nacional, que escuchó de pie la concurrencia.

Luego el Alcalde de Lima, dió lectura al siguiente discurso:

DISCURSO DEL ALCALDE DE LIMA

Señor Presidente del Comité Organizador de la Primera Jornada Peruana de Eugenesia.

Excelentísimo señor Embajador del Brasil en el Perú.

Señores:

Presido con agrado la sesión inaugural de la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, que es el resultado de entusiasmos bien orientados de los miembros de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social que funciona en la ciudad desde el año 1923.

Los motivos eugenésicos no son extraños al ámbito de las preocupaciones edilicias, porque, para defender la salud y la vida de los habitantes de la ciudad no basta cautelar la pureza de los alimentos y las condiciones sanitarias de la urbe, sino que precisa crear los medios necesarios para que las nuevas generaciones vengan al mundo libre de taras hereditarias.

Es por eso que el Concejo Provincial de Lima, auscultando palpitaciones modernas del agregado social y procurando el mejor cumplimiento de la Ley, estableció el año 1931 el primer Consultorio Médico Prenupcial que existe en el Perú, que trata de prestar útiles servicios en el noble afán de evitar que la descendencia padezca enfermedades transmitidas por los progenitores; y

para lo cual ha proyectado el Municipio la adopción de interesantes medidas.

Señores:

En mi condición de Alcalde de Lima, declaro inaugurada la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, cuyas deliberaciones tendrán, sin duda, éxito completo, y felicito a las personas que la han organizado y en especial al doctor Carlos A. Bambarén que presidirá las próximas sesiones.

A continuación el Dr. Carlos A. Bambarén, Presidente del Comité Organizador y de la Jornada de Eugenesia, pronunció el discurso que va a continuación:

DISCURSO DEL Dr. BAMBAREN

En el horizonte de la cultura actual, es posible distinguir centros de particular atracción que dan al pensamiento modalidades especiales de investigación con vasto contenido humanístico. La Eugenesia sobresale entre todos, porque cautela la salud de la estirpe.

Siguiendo la evolución natural, las preocupaciones eugenésicas en el Perú, sólo aparecieron en los últimos tiempos; modalidades propias de la mentalidad nacional y diversas circunstancias fortuitas mantienen encadenado a Prometeo, haciendo muy lenta la marcha ascensional hacia el progreso.

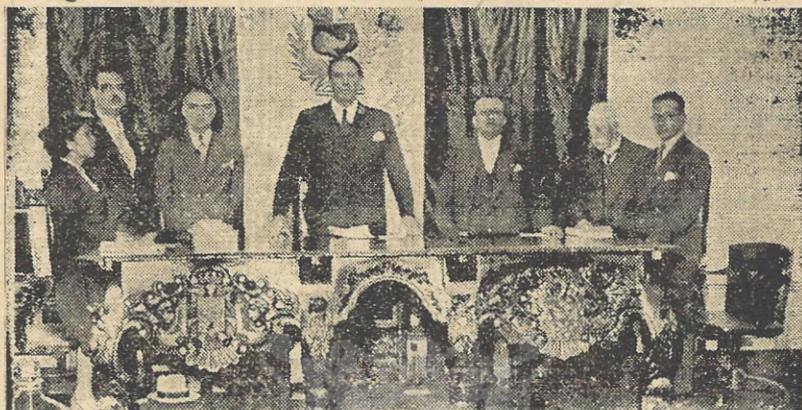
Fué en la Segunda Jornada Peruana de Nipiología celebrada el año 1937 que se recomendó efectuar este Certámen: uno de sus votos dispuso que los amantes de la Eugenesia se reuniesen, para cambiar opiniones, concretar anhelos y definir, si fuese posible, el plan eugénico que necesita el Perú. No es posible que por más tiempo permanezcan indiferentes a estas cuestiones los trabajadores intelectuales de esta Patria, que para ser grande y conquistar los destinos que le están reservados por el porvenir, necesita hombres sanos de cuerpo y espíritu.

Cumpliendo el voto ya indicado se constituyó el Comité Organizador de la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, que, por organizarla la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social, lo ha dirigido el presidente de esta Institución.

Grande ha sido el honor y muchas las responsabilidades derivadas de semejante encargo; hubimos de aceptarlas porque no es posible rehuir una obligación institucional y porque los imperativos y deberes para con la Patria son acicate poderoso que despierta energías y entusiasmos. El Comité organizador al brindarnos su apreciable cooperación, ha laborado con fé y tenacidad encomiables; son seguramente, sus valiosos esfuerzos, factores que explican el éxito que ya se vislumbra.

Toda obra humana obedece a un propósito; el significado trascendente de los empeños del hombre puede medirse por el mayor o menor desinterés individual que se pone en juego al trabajar en

cualquier ramo de las actividades técnicas. Veamos si la Jornada de Eugenesia que hoy inaugura sus deliberaciones tiene ese propósito y posee el alcance enunciado.



Al centro el Sr. Eduardo Dibós Pammert, Alcalde de Lima. Dra. Susana Solano, Dr. José de Albuquerque, Sr. Luis Avelino Gurgel do Amaral, Embajador del Brasil en el Perú, Dr. Carlos A. Bambarén, Dr. L. Avendaño y Dr. Manuel Salcedo. (De izquierda a derecha).

La difusión de conceptos nuevos, es el mejor servicio a la colectividad; ellos constituyen factores imponderables que preparan el progreso y aseguran bienestar común. Propagar en el Perú los conceptos eugenésicos, es tener presente a la nacionalidad, que no puede mantenerse dentro de la tradición si desea evolucionar de acuerdo con nociones que reinan en el Mundo, si desea cuidar la más valiosa de las riquezas, el capital humano, que debe estar libre de taras ancestrales, de condiciones biológicas que delaten *minus-valía* hereditaria e indeleble.

Si este es el propósito que se tuvo al organizar la Primera Jornada de Eugenesia, no hay duda que animó a los que han tenido a su cargo las tareas preparatorias, finalidad noble y desinteresada; este empeño eugenésico se vincula con necesidades básicas del país y enlaza con el movimiento mundial más notable y certero de todos los tiempos. Las conquistas que el hombre ha alcanzado en los dominios materiales y económicos, sociales o políticos, no aventajan a los que obtendrá cuando la Eugenesia domine el pensamiento colectivo y monopolice las preocupaciones constructivas; todos los que han luchado por el hombre, olvidaron la raíz de su verdadera felicidad, la salud.

Esta Jornada Peruana de Eugenesia, fuera de su fin esencialmente nacionalista, trata de vincular al Perú a un movimiento mundial que ofrece bellas y sugerentes contribuciones y alcanza contornos superlativos. Las nuevas ideas no son como antaño patrimonio de la vieja Europa; en América, la tierra del porvenir, existe intensa y viva inquietud eugenésica que ya supera en muchos aspectos a la tarea realizada en el viejo Continente. No juzgo necesario mencionar lo hecho en Europa y repetir las conquistas efectuadas por los países donde actuaron grandes adalides, que como Francisco Galton crearon la Eugenesia; no hay para qué referir la labor tesonera y fructífera que los sabios Norte Americanos han realizado en el campo de la Genética y Heredología humanas; conviene, en cambio, destacar los esfuerzos y desvelos de Indo-América, que al unirse a propósitos que buscan la felicidad del hombre, ha dado actitudes gallardas que urge subrayar.

La Eugenesia floreció en el Brasil desde hace más de 20 años; el empeño de Renato Kehl y su tenacidad, han fecundado la inquietud que este gran país ha puesto al servicio de la generación humana. Su fé lo coloca como el apóstol más encumbrado de esta ciencia en la porción ibérica de nuestro Continente. Prédica sin ocaso, acción ejemplarizadora y por sobre todas sus preocupaciones personales, afán por el mejoramiento biológico del hombre americano, tales los empeños de este gran eugenista. En la capital carioca existe, pues, el más potente faro que ilumina e iluminará la senda que debe recorrerse para alcanzar los fines eugenésicos en el Continente colombo-cervantino.

La Comisión Central Brasileña de Eugenesia es el campo donde desarrolla sus actividades este iluminado trabajador, que conociendo las necesidades biológicas de la población de su país, atisba su porvenir, indicando que sólo por la Eugénica se conseguirá el engrandecimiento nacional.

En la Argentina existen dos centros de actividad eugenésica; aunque de menos antigüedad que la labor brasileña, han hecho, sin embargo, obra que merece destacarse por sus caracteres particulares. La "Liga Argentina de Higiene Social" dirigida en forma ininterrumpida por Alfredo Fernández Verano, al encausar la lucha contra las enfermedades venéreas, no ha dejado de contemplar sus alcances eugenésicos, concretados en la intensa campaña que por la salud de la raza realizó el año 1937 en la patria de San Martín. La "Asociación Argentina de Eugenesia, Biotipología y Medicina Social" fundada el año 1933 por un grupo de hombres de ciencia de ese país preocupados de difundir las nuevas ideas de Biología humana, es el otro núcleo desde donde se difunden los conocimientos que contribuyen a la superación de la vida del hombre.

México, enseguida, es el país ibero-americano que ofrece mayor interés por la Eugenesia. Aquí no es un hombre, como en el Brasil, el que monopoliza tan nobles empeños; no son dos instituciones como en la Argentina, que por la labor realizada efectúan consecuentemente trabajo eugenésico; es ahora una Institución con



Dr. JOSE DE ALBUQUERQUE.

Eminente sexólogo brasileño que asistió a la Primera Jornada Peruana de Eugenesia.

finalidad directa la que en el país azteca realiza esta obra; es la "Sociedad Mexicana de Eugenesia" que en su frontispicio, sin subterfugios y rodeos, encara el problema más importante de la especie humana, tratando por todos los medios que la Eugenesia se difunda en los ámbitos de esa gran nación, ejemplo de virilidad para tratar las cuestiones que atañen al hombre y modelo que es menester seguir para adueñarse con valentía del impulso que necesita en cada pueblo la defensa de la raza.

Son tan numerosos los eugenistas de ese país; es tan encendida su prédica y constantes sus esfuerzos, que ya se han realizado varias "Semanas mexicanas de Eugenesia" tratándose de los más variados aspectos de la Homicultura. Su obra divulgadora alcanza contornos extraordinarios, pues no sólo el folleto la atestigua, sino también la Revista, lazo de unión entre pasado, presente y futuro de un pensamiento en acción. No puedo dejar pasar este momento sin aprovechar la oportunidad para rendir al Comité directivo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, la gratitud peruana por habernos enviado abundante literatura sobre la disciplina que cultiva con tanto éxito y sin expresar la emoción que me produjo recibir el título de Miembro Honorario de tan connotada institución, por servir en mi patria a la ciencia de Galton. Y como toda obra es el resultado del pensamiento de un hombre, permítaseme mencionar a Alfredo M. Saavedra, secretario perpetuo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, quien seguramente la inspira, dirige y trasmite su grandeza.

Mi admiración por el trabajo mexicano en pró de la Eugenesia está compartido por los directores del movimiento eugenésico mundial. Así se explica que al constituirse en 1935 la Federación Latina de Sociedades de Eugenesia, escogieran a México para la reunión preliminar que precedió al Primer Congreso Internacional efectuado en París el año 1937. En esa reunión, a la que concurrió la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social de Lima, por mantener en su seno un Comité Permanente de Eugenesia, acordóse que la Sociedad Mexicana fuera centro de recepción de las actividades eugenésicas de este Continente y lazo de unión con el Comité de la Federación Latina de Eugenesia.

En la Perla de las Antillas el ademán eugenésico dió origen a un término nuevo, traducción del pensamiento de su autor que lo ha elevado a cima del mayor prestigio. Domingo F. Ramos al crear la palabra "Homicultura" señaló con razón y acierto un nuevo acento a las preocupaciones eugenésicas americanas, porque la Eugenesia es la ciencia del buen nacer, cualquiera que sea la especie viva que se contemple, necesitándose por consiguiente agregarle el calificativo de humana si se utilizaran locuciones gramaticales traduciendo conceptos completos; pero como el uso y la costumbre tienen fuerza de ley, al decirse Eugenesia todos entienden la ciencia del hombre. Se explica así porqué no se ha difundido la expresión cubana Homicultura; sin embargo, atentos los hombres que gobiernan el pensamiento americano en sanidad continental, acordaron organizar reuniones periódicas de Eugenesia y

Homicultura, que se han celebrado coetáneamente con las Conferencias Sanitarias Panamericanas, a partir de la efectuada en la Habana el año 1924. Dos reuniones se llevaron a cabo en América de conformidad con esta resolución y la tercera debió realizarse en Bogotá el año 1938, si un acuerdo tomado en esa ciudad hubiese resuelto, sin acierto y justificación, que estas justas de los que avisoran el mejoramiento de la población de América, se trasfiriesen a los Congresos Panamericanos del Niño que se reúnen en el Mundo de Colón.

Nunca podrá lamentarse lo suficiente este acuerdo de la Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Bogotá; parece que los higienistas de América no hubiesen pensado en el momento de adoptar esa resolución que la profilaxia de las enfermedades irrumpe los campos promisorios de la Eugenesia y que ya llegó la hora de orientar la Sanidad Pública por la senda eugénica.

Y dicho ésto, permítaseme que manifieste que en el resto del continente ibero-americano, la idea eugenésica encuentra cultores de gran nombradía, apasionados por la doctrina que enunciada por Platón en su "República", alcanzó lineamientos inconfundibles y perspectivas definidas cuando Gregorio Mendel, el monge augustiniano de Moravia, señaló por primera vez el descubrimiento de las leyes que regulan la Herencia.

X La Eugenesia ha tenido sus simpatizantes en el Perú, produciendo floraciones de altos quilates por el ensueño que pusieron en sus elucubraciones dialécticas. Nadie antes que Carlos Enrique Paz Soldán, lanzó la idea de trabajar por la eugenización de América; esta gallarda actitud no fué óbice para que discutiese algunos aspectos de la Eugenesia, cuando Augusto Turenne alzó su voz en Montevideo defendiendo constructivamente al niño futuro, que perece por venir al mundo en condiciones biológicas o económicas precarias.

Después de este hecho personal y digno del más acucioso análisis, un esfuerzo de grupo en favor de la Eugenesia apareció en el Perú, cuando en 1923 se fundó la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" que cuenta con un Comité Permanente de Eugenesia y ha llevado a cabo en nuestro país, el primer esfuerzo orgánico de propaganda de esta ciencia el año 1934. La Jornada Peruana de Eugenesia que hoy se inaugura, es la culminación del deseo de difundir los conocimientos eugénicos, despertar preocupación por sus propósitos, agrupar voluntades y reunir prosélitos que piensen en forma perenne en el futuro de los pobladores del país.

No puedo terminar sin rendir la más férvida gratitud a todas las personas e instituciones nacionales, de América o de Europa que en alguna forma han alentado los trabajos preparatorios de este certámen.

El Sr. Alcalde de Lima, Don' Eduardo Dibós Dammert, merece mención especial porque en todo momento aplaudió la idea de celebrar esta Jornada de Eugenesia, facilitando la Casa Consistorial para sus deliberaciones y presidiendo esta sesión inaugural

que así adquiere brillo singular por otorgarnos sus prestancias ciudadanas.

Gesto muy simpático es el que han realizado José de Albuquerque, de Río de Janeiro, y Enrique Díaz de Guijarro, de Buenos Aires, al asociarse en forma sin igual a este certámen. Veniendo distancias y acercando su corazón al nuestro, ha venido el primero, que es también el primer sexólogo de ibero-américa, a decir a los que trabajan por la Eugenesia en esta tierra, cuna de la grandeza incaica, que las palpitaciones de una República repercuten en el resto del Continente, produciendo solidaridad de ideas y propósitos, que enorgullece a todos. El pensador argentino no ha podido llegar a Lima, por causas de fuerza mayor; vayan hasta él mis expresiones de inmensa simpatía.

A la concurrencia que ha venido a alentarnos con su presencia mil gracias; ella simboliza la ciudadanía de todo el Perú que anhela seguramente nuevos horizontes en el panorama cultural de nuestra patria.

Acallados los aplausos y terminada esta parte de la actuación, se dió comienzo a la lectura de los trabajos presentados a la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, de los que va un resumen a continuación.

RESUMEN DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

Dr. José de Albuquerque: *La educación sexual como factor Eugénésico*.—El Presidente del Comité de Educación Sexual y Director de la Oficina Internacional de Educación Sexual y Anti-venérea de Río de Janeiro, expone en su trabajo cómo la educación sexual se convierte en factor eugenésico, al señalar los elementos morbosos de origen venéreo que actuando sobre el individuo trascienden sobre la descendencia.

En su concepto el sexólogo aplica sus conocimientos al individuo y el eugenista a la especie; pero como no es posible circunscribir los fines de la educación sexual únicamente al individuo, sino proyectarlos a la especie, es difícil señalar en qué momento se cumple uno y otro propósito.

Para demostrar su tesis señala varios casos concretos de educación sexual que poseen alcance eugenésico, de donde deduce que la educación sexual hace la defensa eugenésica del pueblo. Recomienda que los sexólogos y eugenistas se vinculen en la labor común de elevar el valor biológico de la Humanidad, tratando de perfeccionar y salvaguardar las generaciones del porvenir.

Sostiene, en resumen, que la educación sexual al dictar normas que sirven al individuo para que conduzca su vida sexual por la senda correcta, presta un gran auxilio a la Eugenesia, ya que con ello realizará la función procreadora dentro de normas higiénicas y cuando los individuos no poseen condiciones sanitarias

favorables para la reproducción, debe impedírsela temporal o definitivamente.

Dr. Enrique Díaz de Guijarro: *Eugenesia y matrimonio*.—El Profesor de Derecho Civil de la Facultad de Ciencias Económicas de Buenos Aires, sostiene que la Eugenesia al proyectarse al Derecho Civil, incrusta en la legislación del matrimonio los conceptos biológicos que procuran asegurar a las generaciones futuras un estado hígido necesario para su vida e indispensable para su progreso.

En su concepto la aptitud para contraer matrimonio sólo puede evidenciarse por medio de examen especial y constatarse por un instrumento también especial: El certificado médico prenupcial, que debe ser obligatorio e irremplazable por declaraciones juradas u otros sistemas indirectos; categórico, con expresa indicación de que no se padece de las dolencias que la Ley declara impedimentos matrimoniales; individualizado, con perfecta identificación de la persona actual; con validez no mayor de tres días; oficial, extendido por autoridades médicas de organismos estaduales o por profesionales especialmente autorizados; exigible sin distinción de sexo y excusable sólo en caso de matrimonio en inminente peligro de muerte.

En su concepto constituyen impedimento matrimonial la enfermedad crónica contagiosa o hereditaria; la inhabilidad para las nupcias desaparece cuando pasa el período de contagio y siempre que no haya riesgo para la descendencia; así mismo proclama la nulidad absoluta del matrimonio contraído mediante el impedimento de enfermedad crónica, contagiosa o hereditaria, con la particularidad de que siempre se considerará la unión como matrimonio putativo de buena fé, con respecto a los hijos; por último, reclama el divorcio, cuando se revele o adquiera una enfermedad crónica, contagiosa o hereditaria.

Srta. María J. Alvarado Rivera: *Algunas sugerencias para la campaña eugenésica en el Perú*.—La autora que hace muchos años propaga ideas de Eugenesia en el ambiente escolar femenino, expone en forma esquemática algunas sugerencias que pueden cooperar en la formación de un Plan eugenésico necesario para el país.

Múltiples son los problemas que plantea la vigilancia de la raza, pero ninguno es más importante que el de la educación eugenésica, puesto que con ella se difunden las nociones necesarias para obtener el mejoramiento del individuo y de la especie; desgraciadamente la enseñanza de la Eugenesia encuentra aún porfiada resistencia.

La autora sostiene que la educación eugenésica debe comenzar por la mujer, puesto que ella es la que conociendo las leyes de la vida puede seleccionar con acierto a su marido y conociendo la responsabilidad maternal sólo debe aceptarla cuando está en condiciones de dar vida a seres sanos y fuertes. Agrega que la Euge-

nesia tiene que evolucionar la moral, así como también incidir sobre la legislación del matrimonio.

Termina su trabajo proclamando la necesidad de fundar una Sociedad de Eugenesia, de divulgar la ciencia de Galton, de estimular en la juventud la observancia de las nociones necesarias para contribuir a estos fines, de incluir la educación sexual y eugénica en los programas de enseñanza y de luchar porque sean eficientes en toda la República las disposiciones eugenésicas.

Dr. Alejandro Benavente Alcázar: *Colaboración al Plan eugenésico que requiere el Perú.*—Después de revisar rápidamente la tragedia que presenta la población del País, como resultado de causas biológicas y morbosas, sostiene que la previsión con criterio eugénico es preparar al hombre, gracias a las enseñanzas de la ciencia de Galton.

En su concepto, la reconstrucción del hombre comprende evitar que las taras del plasma germinativo se transmitan a la descendencia y actualizar los valores biológicos, virtudes que cada individuo posee. Pensando que la Eugenesia basada exclusivamente en la Genética no puede aplicarse totalmente cuando se trata del hombre, preconiza una inteligente dirección del proceso evolutivo de la personalidad, esto es, la aplicación de la Eutenesia.

La educación es el gran factor que puede conducir a la meta anhelada, principalmente dirigida a la mujer, que con su gran influencia forma el nuevo ser. La política constructiva del capital humano requiere preparar a la mujer para el perfecto cumplimiento de su función maternal.

Preconiza, por último, que se incorpore al Ministerio de Salud Pública una nueva función: La previsión eugénica, que podría ejercerse por intermedio de los organismos que defienden al niño.

Dr. Carlos Burga Larrea: *La Eugenesia desde el punto de vista católico.*—Después de enunciar el concepto de Francisco Galton sobre Eugenesia y de referir lo que sobre esta materia han hecho diversos países, implantando medidas drásticas para impedir la unión matrimonial que ofrece peligro de transmitir taras degenerativas, el autor se pronuncia desfavorablemente sobre el control de la maternidad, la esterilización de los tarados, la legalización del aborto y las prácticas anticoncepcionales, ya que sostiene que la Eugenesia sólo debe preocuparse por implantar un severo régimen de salud en todos los hombres, a fin de que cuando llegue el momento nupcial, la prole atestigüe la vitalidad de los seres que le dieron origen.

La Eugenesia, en su concepto, no está reñida con la religión cristiana católica, porque representa la estricta aplicación del mandato divino, además, mediante la instrucción y la educación se inculcará hábitos de salud y de moral para que el cuerpo humano goce siempre de plenitud de vida.

El autor suscribe la doctrina Papal de la Eugenesia, que debe emplear medidas lícitas y honestas cuando se propone el mejoramiento humano.

Dr. Guillermo Fernández Dávila: *La obra eugenésica en el Perú.*—El profesor Guillermo Fernández Dávila refiere en este trabajo las ideas que con sabor eugénico han expresado en el Perú desde mediados del siglo XIX diversos hombres de ciencia.

Recuerda que el Dr. Manuel A. Fuentes en el año 1869 manifestaba que para celebrarse el matrimonio deberán tenerse en cuenta las enfermedades no sólo transmisibles al cónyuge, sino también a la prole, debiendo evitarse la unión de personas en quienes se reconozcan síntomas de sífilis, tuberculosis pulmonar, etc.

En 1872 el Dr. Manuel C. Barrios expresaba que debían señalarse entre los impedimentos a la unión conyugal, las enfermedades hereditarias y muy especialmente la diátesis tuberculosa.

El Dr. Manuel Olaechea en 1879 propuso que se modificase el inc. 2º del art. 150 del Código Civil de 1852, de modo que no se consintiese el matrimonio cuando los cónyuges adolecían de estados mórbidos, capaces de hacer repugnante el concubito.

En 1885 el profesor Leonidas Avendaño sostuvo que había que impedir el matrimonio entre tuberculosos.

Después de estas citas que corresponden al período pre-galtoniano, el autor enumera en detalle las diversas recomendaciones formuladas en el curso de los años transcurridos del presente siglo hasta llegar al Decreto-Ley N° 7282 de 22 de agosto de 1931 que estableció el Certificado Médico Prenupcial como requisito previo al matrimonio civil.

Dr. Enrique M. Gamio: *El Perú y sus problemas de higiene y política racial.*—El autor sostiene que el único, auténtico y verdadero problema de orden nacional, es el eugenésico y que para resolverlo se necesita de la Higiene Social y de la Política Racial; proclama que es necesario formar hábitos eugenésicos desde el hogar del campesino y del obrero, hasta las oficinas del Gobierno.

Revisa, luego, las restricciones inmigratorias de Estados Unidos, Australia, Persia, Grecia y Turquía, para destacar lo hecho en Alemania, de acuerdo con la Ley de 7 de abril de 1933.

Enseguida se refiere a la política racial italiana en Africa, para recordar, por último, que Hipólito Unánue también se preocupó en el Perú de estos asuntos etnológicos, en los primeros años del siglo pasado.

Pidió que la Higiene Social y la Política Racial, por ser de orden público y garantizar el progreso y bienestar nacionales, se eleve a precepto constitucional y que se dicte una Ley orgánica de inmigración.

Dr. Alejandro C. González: *Juicio sobre la trascendencia del Certificado Médico Prenupcial.*—La exigencia del certificado médico prenupcial, sólo aparece en el Perú cuando se expide la

Ley 7282 de 22 de agosto de 1931, que dispuso que los contrayentes deberían poseer certificado médico pre-matrimonial, comprobando sus condiciones físicas y psíquicas. Este requisito se incorporó al Código Civil vigente desde el año 1936, aunque estableció que la declaración jurada podía reemplazarlo.

El autor lamenta que los codificadores no hayan introducido en el Código Civil disposiciones concordantes con las opiniones de la Comisión Reformadora y sostiene que no han tenido previsión jurídica eugenésica que favorezca a la familia.

Después de formular diversas consideraciones sobre las aptitudes que necesitan los médicos para expedir el certificado prenupcial y de señalar los múltiples vacíos que ofrece el Código Civil Peruano, desde el punto de vista de prácticas consuetudinarias que se mantienen en el País, el autor expresa que no obstante la discusión que suscita la Eugenesia, es necesario declarar la preeminencia del certificado médico prenupcial cuando hay el propósito de proteger la raza. Entiende que es necesario hacer intensa labor para que estas disposiciones de tutela del matrimonio rindan los beneficios que se propone la Ley.

Dr. Alejandro Higginson: *Punto de vista eugenésico en la cirugía genital del hombre.*—Basado en su experiencia personal y compulsando la evolución que ofrecen los enfermos atacados de tuberculosis genital, el autor preconiza la castración bilateral, aunque las lesiones tuberculosas hubiesen estado localizadas en un solo testículo, puesto que la castración unilateral, extirpando el órgano enfermo, no detiene ni impide que el testículo aparentemente sano exteriorice después de la operación manifestaciones clínicas evidentes de tuberculosis testicular. Haciéndose desde el principio la castración bilateral se hace obra eugenésica, porque estos pacientes no pueden ya reproducirse, dado que son incapaces de fecundar.

Dr. Roberto Mac Lean Estenós: *Pedagogía Sexual.*—El progreso humano sólo es posible mediante el perfeccionamiento moral y la moral se ha estancado porque el problema sexual, que llaga y enturbia los principales aspectos de la vida, no ha sido bien enfocado en nuestra cultura. El autor repitiendo la expresión de San Clemente de Alejandría, que “no deberíamos avergonzarnos de hablar de lo que Dios no se avergonzó de crear”, se declara entusiasta partidario de la Educación Sexual y recomienda que se la incorpore en los programas oficiales de Educación Pública del Perú; igualmente pide que se cree un cuerpo de maestros especializados en Pedagogía Sexual y que la Educación de este carácter se imparta en forma cíclica en la infancia, pubertad y adolescencia, colocándose en los padres de familia un empeño cuidadoso por la educación sexual de sus hijos.

Dr. Porfirio Martínez La Rosa: *La educación sexual factor eugenésico.*—Después de destacar la importancia de la Eugenesia,

manifiesta que la Educación Sexual es imprescindible para conseguir el mejoramiento de la población humana, teniendo este propósito que luchar, sin embargo, con prejuicios seculares que hacen creer que lo sexual ataca el decoro de las gentes.

Proclama, luego, que no se puede entrar a oscuras al templo del amor y que la educación sexual es tan necesaria para el hombre y la mujer, ya que es urgente preocuparse por el porvenir de las generaciones futuras.

Revisa suscitadamente, enseguida, los alcances de la Educación Sexual en la teoría y en la práctica administrativa, para recalcar que con ella se conseguirá mejores resultados que los que ha proporcionado hasta ahora el Certificado Médico Prenupcial.

Aboga, por último, por la coeducación de los sexos y por la enseñanza de la Eugenesia en la instrucción secundaria y superior.

Dr. Carlos Enrique Paz Soldán: *Tradición insuperable que sobre raciogenia posee la Escuela Médica Peruana.*—El Profesor de Higiene de la Universidad de Lima, luego de exaltar los alcances de la Eugenesia, expuso la forma y modo cómo Hipólito Unánue en los primeros años del siglo pasado trató los problemas raciológicos del Perú en su famosa obra: "El clima de Lima".

El movimiento moderno de la raciología convertido en idea fuerza para la evolución de los pueblos, suscita el máximo interés del autor, que hace un cuarto de siglo proclamó la necesidad de eugenzar América, convencido que es la vía real para mejorar la Patria.

Expone, enseguida, los antecedentes ideológicos de la raciología, que con el Conde de Gobinneau adquiere forma precisa, hasta transformarse en la actualidad en método de la política, haciendo del culto de la raza, el culto nacional.

Recuerda que según Kollman la verdadera y genuina sangre de la estirpe no se pierde jamás; se manifiesta siempre al través de toda clase de anomalías, cruzamientos e influencias ambientales. Los cruces de la estirpe humana no dan origen a ningún tipo nuevo. El actual es variable, no mudable.

Agrega, luego, que la raza es un sentimiento y no una realidad y que a sus felices mezclas, ha exclamado Mussolini, se debe a menudo la fuerza y belleza de la Nación.

Enseguida comenta el valor que tienen las actuales ideas de importantes grupos étnicos sobre racismo, para ocuparse, luego, del pensamiento americano sobre raza, inspirado en la realidad de su historia y en la experiencia del mestizaje que se ha producido en el Nuevo Mundo como consecuencia de las innumerables inmigraciones que lo poblaron sucesivamente.

Termina refiriendo los conceptos de Hipólito Unánue sobre raciogenesia y la forma como el Padre de la Medicina Peruana describe las diversas razas que pueblan el Perú, así como sus mezclas, para que el comentario sirva de ilustración y ejemplo a las nuevas generaciones.

Dr. C. A. Ricketts: *El hábito de mascar coca, factor de degeneración de la raza.*—Teniendo en cuenta que la raza indígena constituye dos tercios de la población del Perú y que está habituada a mascar hojas de coca (*Erythroxylon Coca*) desde la niñez; que la cocaína es un alcaloide de efectos indudables sobre el organismo; que el indígena adulto que practica el "coqueo" absorbe alrededor de 0.10 centigramos de cocaína por día; que esta intoxicación crónica tiene que repercutir en la descendencia, conspirando contra la eugenización del País, el autor se declara partidario de medidas restrictivas para impedir este hábito que degenera la raza y debe merecer, por sus vastos alcances, la preocupación del Estado.

X Dr. Luis N. Sáenz: *El control de la natalidad, factor anti-eugenésico.*—Pocos países requirerán en forma más urgente que el Perú medidas eugenésicas, porque la calidad de sus pobladores deja mucho que desear.

La difusión que en el País ha alcanzado el control de la natalidad hace que se le considere como opuesto a las conveniencias nacionales. Sostiene que comerciantes inescrupulosos hacen activa propaganda de drogas y artefactos anticoncepcionales que figuran, por otra parte, en la Lista Oficial de Precios de productos farmacéuticos.

Como no hay sobrepoblación en el Perú el birth-control carece por ahora de indicación, resultando factor selectivo contraproducente, ya que los que lo ponen en práctica son los pobladores genéticamente de mejor calidad, aumentando por lo tanto la densidad de la población indígena.

Dr. Manuel Salcedo: *El certificado y consultorio prenupcial.*—El autor refiere en primer lugar la necesidad de apoyar la campaña emprendida por la Liga de Higiene y Profilaxia Social para revisar los artículos del Código Civil que tratan de disposiciones eugenésicas del matrimonio civil, citando las opiniones de los doctores Bambarén, Burga Larrea y Martínez La Rosa.

Sostiene que es necesario exigir certificado médico prenupcial en el matrimonio religioso, ya que según el Código Civil de 1936, se acepta que este puede realizarse antes del civil. Los sacerdotes no exigen certificado médico prematrimonial y cuando los cónyuges se limitan al matrimonio religioso, no funciona la parte del Código Civil que prescribe presentar certificado de salud.

Expone, luego, la forma como se cumple con la obligación del certificado prenupcial, deduciendo que es necesario darle más seriedad y rodearlo de más garantía, ya que generalmente, se expide como un vulgar certificado de salud, sin darse cuenta de la trascendencia de dicho documento.

Aboga, en seguida, porque se centralice en un bien montado Consultorio Prenupcial, que comprendería a muchas Municipalidades circunvecinas, la tarea de examinar a los futuros cónyuges y como se delimitaría su radio de acción, sería posible evitar que

el sujeto rechazado para el matrimonio en una localidad pueda, sin gran molestia, realizarlo en lugar vecino.

Los consultorios Prenupciales así organizados en la República, cumplirían, además, una función fundamental: educar y divulgar los principios eugenésicos y servir de consejeros no sólo a los que están en vísperas de casarse, sino a cualquiera, en edad matrimonial, que lo solicite.

Refirió, por último, que en el Consultorio Prenupcial de la Municipalidad de Lima más del 50% de los que solicitan certificado prematrimonial, ya tenían relaciones sexuales o descendencia y que en estos casos era urgente legalizar una situación preexistente.

Dra. Susana Solano: *La cartilla biotipológica contribuye a la higiene de la raza.*—Después de definir la Eugenesia y de describir lo que es la Cartilla Biotipológica, la autora sostiene que su implantación contribuirá a que se conozcan los factores hereditarios y personales que cada individuo posee; preconiza que la "Cartilla Biotipológica" se efectúe después del nacimiento; afirma que será posible por este medio combatir los factores disgenésicos que hubiese traído el niño al nacer, cooperándose de este modo al desarrollo eurítmico de las generaciones futuras.

Como la Cartilla Biotipológica debe seguirse en el curso de la vida, se tiene en cualquier momento el perfil somato-psíquico del que la posee y como es necesario preparar el personal que debe llevarla a cabo, se plantea por primera vez en el Perú, la creación del Instituto Nacional de Eugenesia llamado a prestar papel básico en este empeño de mejoramiento biosocial.

Diversos votos terminan el trabajo que condensan las ideas expuestas, acabando por manifestar que los Servicios Municipales de "Examen de Nacidos" deben iniciar la Cartilla Biotipológica en el Perú.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima
 Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Biotipología Clínica

Por el Dr. DOMINGO G. KUON CABELLO

“C'est l'orga nisme et non le microbe qui fait
 “le maladie”.—Bouchard.

“Sanitas symmetria quaedam est; et morbus
 “ametrica seu immoderatio, seu improporcio”.—
 (Aforismo griego).

La medicina antigua sostenía que salud y enfermedad representaban, respectivamente, el producto de la más o menos proporcionada fusión en el individuo, de elementos y cualidades fundamentales (calor, frío, humedad y sequedad).

Enseguida, se aceptó que la enfermedad era algo extraño al organismo, el cual constituía la sede de un agente morboso,—“*morbis esse parasitum*” decía TRAUBE—presunción que la Bacteriología confirmó después.

Si se piensa que en el ambiente en que vive el hombre, existen influencias que actúan sobre él, se puede aceptar que en gran parte la enfermedad se debe a estos contactos *paratípicos*, siendo expresión de las maneras de soportar las agresiones; pero, la verdadera causa morbígena, el elemento directamente desencadenante de un proceso morboso, no siempre se halla en los factores exógenos, implica *necesariamente la aptitud a enfermar por parte del organismo*. En diversa medida los agentes *paratípicos* y *genotípicos* intervienen en la constelación patógena. Adquiere por ello toda su prestancia en Fisiopatología, el concepto de la predestinación patológica del sujeto en relación con su originario estado constitucional, que resulta del disturbio trófico de uno u otro órgano durante la evolución ontogénica.

DE GIOVANNI escribía: “El mismo principio que explica la formación de los órganos y de sus funciones, da razón de las anomalías que se presentan en períodos diversos de la vida, en los cuales residen las causas de su especial morbilidad”.

LE DANTEC decía: “Se dice con razón, que el estado actual de un ser vivo, depende de lo que fué su huevo, y de lo que ocurrió

después del nacimiento. Ningún hecho por insignificante que parezca, carece de importancia en la historia de la construcción individual; y, si toda variación deja sus huellas en el organismo, no hay ninguna razón para separar las leyes que rigen el estado de enfermedad de las que se manifiestan en el de salud”.

PENDE dice: “La patología que llamamos especial, es en realidad, una patología de especie, construída sobre la base de los síntomas más frecuentes observados en cada entidad morbosa; pero la clínica, como patología diferencial es hecha por el estudio de las infinitas variaciones individuales de la enfermedad. Teóricamente esta variabilidad individual frente al mismo agente morboso es ilimitada; pero en realidad, de modo semejante a lo que ocurre con los fenómenos normales, los fenómenos morbosos no se sustraen a la ley del error, que impone un límite a las variaciones de la enfermedad, y en este concepto, ha sido aplicada con éxito a los problemas médicos y especialmente a la personalidad del enfermo”.

Resulta de importancia clínica establecer por la seriación de los caracteres, los límites entre salud y normalidad y entre enfermedad y anomalía. Como con caracteres morfológicos y funcionales anormales, que se alejan del hombre medio, la salud es compatible, se necesita aclarar estos conceptos.

No hay perfecto paralelismo entre salud y normalidad; entre enfermedad y anomalía. El término normal, en sentido estadístico, corresponde a los caracteres morfológicos y funcionales de mayor frecuencia en la curva del error. Las anomalías, son las variaciones más o menos graves de lo normal. Un sujeto puede ser sano en sentido médico, exhibiendo, sin embargo, errores constitucionales.

Como ha demostrado VIOLA, la salud perfecta e inalterable coincide con una perfecta morfología y un excelente funcionalismo, lo que es muy raro en la naturaleza. La contingencia biológica habitual es el estado de *salud relativa*, es decir, la existencia de sujetos que por los mecanismos de compensación y protección que se establecen entre los primitivos errores morfo-funcionales, les permiten responder favorablemente a los estímulos del ambiente, apareciendo como sanos. Pero este estado de salud es lábil, y fácilmente puede alterarse por desequilibrios funcionales transitorios o permanentes, existiendo entre la salud perfecta y la enfermedad declarada estados de equilibrio fisiológico transitorios, que constituyen las anomalías constitucionales, los estados sub-morbosos, los temperamentos patológicos y ciertas enfermedades latentes, cuyo estudio entra en la órbita de la Patología Constitucional.

Si corrientemente coincide la salud con la anomalía, pues todo individuo es en realidad un anómalo en mayor o menor grado, es porque, existe también una capacidad individual de compensación morfológica y funcional, una forma propia de correlación entre las partes, que escapan a toda ley, y que le permite adaptarse a las exigencias del ambiente. Opinamos con PENDE, que el conocimiento de la ley del error, vale decir, el estudio del biotipo con criterio integral, suministra una orientación para el juicio prác-

tico de los estados premorbosos o sub-morbosos, y que sirve, para aquello que VIOLA denomina "el diagnóstico cuantitativo de los estados morbosos verdaderos o enfermedades".

En Patología adquiere importancia la demostración hecha por VIOLA y BARBARA de la gradual transición que se verifica en los caracteres morfológicos del hombre medio a sus variantes, hasta llegar a las ectipias extremas. Estas modificaciones han de crear indudablemente condiciones neuro-endocrinas y humorales, en una palabra, condiciones endógenas especiales, que explicarían las diferentes modalidades reaccionales frente a un mismo agente morboso.

TIPOLOGIA SOMATICA EN EL ASMA BRONQUIAL

El estudio del tipo morfológico de un individuo, no obstante que es una parte del análisis biotipológico, sin embargo, puede servir de dato de orientación sobre una individualidad, por las paralelas variaciones existentes en su función. De aquí que se le juzgue muy interesante porque permite descubrir el factor somático de la predisposición a las distintas enfermedades.

La tipología somática puede efectuarse en el sujeto sano y en el enfermo. Su determinación en el hombre sano permite estudiar las peculiaridades morfo-fisiológicas y psíquicas de cada variante individual, y el reconocimiento en un plazo más o menos largo de sus predisposiciones morbosas; su búsqueda en el hombre enfermo, señalando la frecuencia mayor de unos tipos que otros, circunscribiría la investigación patogénica, pues en un segundo tiempo se puede tratar de precisar las condiciones fisiopatológicas constitucionales en que la enfermedad se desarrolla.

BENEDETTI dice: "El producto patológico en sí, no forma parte del estudio de la patología constitucional; en cambio entra en su órbita la valoración de las condiciones endógenas en que se desarrolla".

Efectuada esta investigación, cabe analizar las perturbaciones que la enfermedad puede imprimir en el tipo morfológico y en la dinámica humoral del sujeto, visto que órganos y funciones tienen que sufrir el influjo de la enfermedad, puesto que las lesiones patológicas comprenden todo el organismo, cuando menos una parte, del aparato o sistema en el que asienta la enfermedad.

Pero como los datos normales resultan indispensables para valorar los morbosos, se hace necesario estudiar el biotipo (normotipo y ectipias) sin enfermedades, que son las que vienen a agregar peculiaridades a cada individuo o que sólo explican la predisposición morbosa.

En el Perú, país que ofrece como muchos de América, un tipo étnico particular, será necesario determinar previamente el cánón del "hombre regional", a fin de discriminar lo patológico?

Si es cierto que la búsqueda del "hombre regional" es interesante, más aún en el Perú en el que existe gran heterogeneidad racial, no debe olvidarse que se ha demostrado que las variaciones

somáticas apreciadas en grados centesimales no son tan grandes para que invaliden una investigación efectuada sin conocer previamente el "hombre medio regional".

Los valores medios para el "hombre emiliano", dados por VIOLA y FICCI, se consideran hoy como del "hombre medio universal"; tal el criterio de los biotipólogos del Mundo, inclusive los de Sur América. Los índices fundamentales somáticos, son siempre los mismos, en cualquier tipo morfológico, porque la comparación de las medidas, no sólo se hace con el hombre medio, si no también entre las que exhibe un mismo sujeto, de modo que un biotipo cualquiera, será el mismo en cualquier parte del Mundo que se le investigue y sea cual fuere el patrón adoptado.

Aunque no se conoce el tipo morfológico que predomina en el Perú, sin embargo, es posible afirmar que los individuos *megalo-espláncnicos* son los más numerosos; tendrá que señalarse en el futuro su índice de frecuencia.

Los estudios que hemos realizado se han efectuado analizando el tipo somático de los individuos enfermos con *asma bronquial*. No se ha escapado a nuestro espíritu, el hecho que este síndrome morbozo, localizado en el aparato respiratorio, puede determinar modificaciones en la forma del tórax, que es la parte del cuerpo que suministra al biotipólogo uno de los índices fundamentales, con el cual se filia el tipo morfológico. Los resultados que se han obtenido permiten afirmar que esta influencia, si existe, es de escaso valor, porque las comprobaciones han demostrado que los asmáticos estudiados pertenecen a un tipo somático, en el cual no predomina el tronco.

En efecto, se ha encontrado un enorme porcentaje de longitipos deficientes entre los asmáticos estudiados, estando ausentes otros tipos somáticos. La curva gaussiana tiene evidente asimetría del lado de los valores negativos, y entre ellos con mayor predominio de ciertos tipos morfológicos. En el supuesto que este predominio resultase una consecuencia del tipo medio racial, lo que implicaría su ninguna relación con la enfermedad estudiada, cabe preguntar: ¿Dónde se hallan los restantes tipos morfológicos que deben encontrarse con mayor o menor frecuencia en la escala de seriación? Si se trata del tipo racial y nó del prevalente en el asmático, deberá encontrarse con igual frecuencia en otras enfermedades. La cuantía de las observaciones es poco numerosa para llegar a conclusiones definitivas, pero como este es el primer trabajo de biotipología somática empleando el método de VIOLA en el Perú, nuestras comprobaciones plantean interrogantes de mucho valor.

Parece que existe cierta relación entre el tipo morfológico y el asma bronquial. El hallazgo de valores negativos tiene cierta importancia, pues puede indicar un carácter patológico.

En efecto, los estudios de VIOLA en individuos sanos, consiguan que los valores positivos, son los que predominan. La asimetría de la curva de GAUSS en estos casos, indica que los individuos examinados poseen caracteres morfológicos y funcionales superio-

res a lo normal, hallándose por consiguiente en mejores condiciones para enfrentarse a las agresiones del ambiente. Los valores negativos, que se han encontrado estudiando asmáticos, demuestran que se han valuado individuos enfermos.

El tipo morfológico medio y las ectipias extremas, no son las más frecuentes en la práctica, sino más bien los intermedios; tratándose de filiar individuos de población heterogénea como el Perú, se ha escogido la clasificación de MARIO BARBARA, que para identificar la biotipología somática hace un análisis prolijo de la relación tronco-miembros, permitiendo una filiación más individual, y por consiguiente más exacta.

Siendo el asma un síndrome vagal, como generalmente se sostiene, lo lógico es pensar que el tipo megaloesplácnico o braquitiipo debe ser el más frecuente en estos enfermos, ya que es el de mayor predominio vegetativo. Los resultados obtenidos no confirman esta hipótesis.

En la obra de Medicina Interna del Prof. ANGELO CECONI (Vol. V, págs. 838 y sigtes.), al hablar de la *constitución en el asma bronquial*, los profesores FRUGONI y G. MELLI dicen: "Se ha afirmado, pero no está demostrado, que los asmáticos pertenecen a unos tipos morfológicos más que a otros. Cuando más se podría decir, que quizás los asmáticos son más frecuentes en las ectipias extremas (microesplácnico y megaloesplácnico) que en los normoesplácnicos; pero ésto lo decimos con toda reserva. En lo que concierne al equilibrio neuro-vegetativo, es afirmación corriente en la literatura que los asmáticos son por regla general vagotónicos o vagoestésicos, con reflejo óculo-cardíaco acentuado; crónicamente estreñidos por espasmo, con acrocianosis y facilidad al enfriamiento de las extremidades, con respuestas exageradas a la pilocarpina. Debemos decir, que en realidad es el estado de vagotonía no es tan frecuente como se afirma corrientemente, o por lo menos no es regla absoluta. Entre los asmáticos pueden hallarse los más típicos simpaticotónicos o simpaticostésicos, aunque rara vez se observa la coexistencia del asma con la típica enfermedad de BASEDOW. Que en la crisis asmática concurren y coinciden las notas de vagotonía, es de retener, sin que pueda afirmarse rotundamente. De todo esto se puede concluir, que en el estado asmático, indudablemente cooperan factores escasamente estudiados en su esencia, y cuyo conjunto constituye la predisposición personal, que no siempre se hereda".

"De otro lado, hay casos en que se puede prescindir de la predisposición, y esto ocurre cuando las condiciones morbígenas ambientales son de tal naturaleza, que superen la escasa aptitud constitucional a sensibilizarse. Como ejemplo puede citarse la clásica observación de ANCONA, que en un pueblo de Toscana, vió surgir entre los molineros una epidemia de asma bronquial, vinculada a la intensa carga inhalatoria de un agente singularmente asmógeno (grano parasitado del *pediculoides ventricosus*) a tal punto que todo sujeto en dicho ambiente se hace asmático".

Lo transcrito permite afirmar que el tipo morfológico del asmático, no está estudiado suficientemente y que las pocas comprobaciones efectuadas no confirman el predominio del braquitipo, que explicaría la génesis vagotónica que se atribuye a esta enfermedad. En cambio, parece que predomina el longitipo, que daría lugar a sostener una génesis simpácticotónica. De todos modos, se contribuye a precisar el tipo morfológico más frecuente en el asma bronquial, estudiando, como lo hemos hecho, 32 enfermos atacados de esta dolencia; la diversidad de tipos somáticos encontrados explicaría el porqué de las reacciones tan particulares que se observan en la Clínica, cuando se instituyen los diversos tratamientos que se preconizan para este síndrome morboso.

Esquizofrenia e incapacidad civil

Por los Doctores

BALTAZAR CARAVEDO.

Director del Hospital "Victor Larco Herrera"

y

CARLOS A. BAMBAREN.

Profesor de Criminología en la Universidad de Lima

Un nuevo caso de Esquizofrenia que origina interdicción, se publica enseguida. Revela que el trastorno mental endógeno, fué actualizado por proceso morboso intercurrente que atacó con preferencia, seguramente, las estructuras nerviosas, originando la ocasión para que la psicopatía se exteriorizase.

Ante superficial inquisición del caso *sub júdice* la tifoidea podría juzgarse como la causa exógena del padecimiento mental, pero favorece la interpretación primera, el hecho que en la familia del enfermo existan hermanos con particularidades psicológicas del "círculo de la Esquizofrenia", lo que demuestra que existen factores de carácter hereditario, que siempre condicionan esta enfermedad.

He aquí la Historia clínica, que se presentó a uno de los juzgados en lo civil del Distrito Judicial de Lima. El relato hecho por el Dr. Carlos A. Bambarén consta de tres partes:

- I.—Examen del sujeto;
- II.—Consideraciones de Psiquiatría forense; y
- III.—Conclusiones.

I.—EXAMEN DEL SUJETO

El Sr. N. N., nació en Lima, teniendo en la actualidad 48 años de edad; es de raza blanca y de profesión ingeniero agrónomo; fué bautizado dentro del rito católico; reside actualmente en el Sanatorio de Magdalena.

Datos genealógicos y antecedentes hereditarios.—Este rubro es de mucha importancia en el análisis de la personalidad de un enfermo mental; por desgracia no ha podido hacerse en el caso *sub-judice*, razón por la cual nos limitaremos a la enumeración de unos pocos datos.

El padre de nuestro examinado falleció en París a la edad de 82 años de “ataque cerebral”. La madre vive.

Han sido 13 hermanos, de los cuales han muerto 4. De los vivos hay uno que sobresale en el mundo de las Artes, en la pintura. y otro entregado al hábito alcohólico.

Antecedentes personales.—Nació a término y se alimentó con lactancia mercenaria. Dícese que no ofreció nada anormal en los primeros años de la vida.

A los 14 años de edad fué atacado por proceso morboso de naturaleza tífica. Esta tifoidea, que revistió forma grave y fué de larga duración, no dejó de hacer extragos en la personalidad del Sr. N. N., pues la familia dice que poco después de dicha enfermedad comenzó a exhibir “extravagancias”.

Su instrucción se desarrolló en forma normal y aprovechada, lo que prueba que la tifoidea no deterioró el intelecto, sino otras esferas de la actividad mental más predispuestas, dada su particular constitución psicológica. En efecto, después de terminar la instrucción Primaria, siguió los estudios Secundarios, terminando, por último, con instrucción Superior que le permitió obtener el título de ingeniero agrónomo.

Relativamente joven ocupó la gerencia de una Negociación agrícola, pero por la intensificación de sus perturbaciones mentales, que ya comenzaban a hacerse ostensibles, el Directorio de esa Empresa lo reemplazó en el cargo.

Ha sido difícil averiguar la forma cómo el Sr. N. N., ejerció el cargo de Gerente de la mencionada negociación, razón por la cual no podemos enjuiciar su actuación, que seguramente atestiguaba la inconfundible personalidad psicopática que hoy ofrece.

Al inquirirle al señor N. N. el porqué de su salida de la gerencia de la Negociación agrícola, responde, llamando en su auxilio recuerdos al parecer lejanos, qué no sabe las causas, pero que seguramente el Directorio no supo apreciar sus esfuerzos por el progreso y desarrollo de la Hacienda.

Por esa misma época el Sr. N. N., ingresó al cuerpo docente de la Escuela Nacional de Agricultura y Veterinaria, pero coincidiendo con su salida de la gerencia de la Negociación Agrícola, dejó también de ser profesor del mencionado Instituto de enseñanza especializada. Razones semejantes a las anteriores, motivaron,

con toda yerosimilitud, esta separación del profesorado de la mencionada Escuela.

Hace 9 años más o menos que el Sr. N. N., fué enviado por se familia a Europa, radicándose en París, donde ingresó al Sanatorium de la Malmaison. Ahí permaneció 8 años, regresando al Perú sin haber experimentado beneficio alguno en sus trastornos mentales. Después de su regreso ha estado alojado una temporada en el Hotel Bertolotto de San Miguel, enseguida ha residido en Chorrillos, ingresando, por último, al Sanatorio de Magdalena, donde lo hemos examinado.

Durante el tiempo que precedió a su ingreso al Sanatorio de Magdalena, el Sr. N. N., ha estado vigilado y atendido por personal especial que ha hecho las funciones de Enfermero, pero como muchas veces burlaba esta vigilancia y en muchas ocasiones ésta no era lo suficientemente asidua, practicaba actos reñidos con su situación social, que al mortificar a sus familiares los decidieron a internarlo a una casa de curación de enfermos mentales.

En una oportunidad uno de nosotros lo ha visto pasearse solo o casi solo en el balneario de La Punta; eran días de carnavales; el Sr. N. N., ingresaba a todas las casas cuyas puertas o verjas estaban entreabiertas, miraba a todos como escudriñando algo que buscaba; al inquirírsele el objeto de su entrada, unas veces no respondía nada y se salía andando; otras, ejecutaba ademanes de cierta agresividad, que hacían tomar actitudes de prudencia. Las personas que lo conocían disimulaban estos actos inconsultos y anormales.

El Sr. N. N., nació en el mejor ambiente social y toda su vida se ha desarrollado en holgada situación económica. Es fumador relativamente moderado y ha ingerido bebidas alcohólicas de modo esporádico.

Examen clínico.—El Sr. N. N. es de talla alta, relativamente delgado, ofreciendo por consiguiente predominio de las medidas de longitud, es, pues, un sujeto que pertenece al tipo morfológico leptosómico o microesplácnico.

Se presenta con sus vestidos aliñados, pero es posible sorprender algún descuido haciendo un análisis prolijo.

Toma contacto con las personas sin grandes averiguaciones patronímicas y comienza a hablar, más que en respuesta a las preguntas que se le formulan, obedeciendo a su pensar patológico.

Analizando su actividad psicológica es posible comprobar los siguientes trastornos, que los enumeraremos unos a continuación de otros:

La *asociación de ideas* es la que ofrece mayores perturbaciones: no presenta la cohesión normal: las asociaciones se hacen en desorden, razón por la cual la actividad discursiva del Sr. N. N., se hace incoherente. Pasa de un tema a otro, sin que entre ellos exista relación lógica, haciéndose en ciertos momentos incomprensible su relato.

Al preguntarle algo de la Hacienda que pertenecía a la Negociación donde trabajó y que dice haber visitado, comienza a narrar

las características de la casa de la Hacienda, pero bien pronto pasa a descripciones meteorológicas, a su situación social, a la actuación de sus hermanos, al modo como su señor Padre los educaba, a sus compañeros de estudio y tantos otros asuntos que demuestran una mutación y falta de claridad en los conceptos, bastante saltante para apreciarse.

En ciertas ocasiones la asociación de ideas y la manera de expresarlas adquiere caracteres pintorescos; en otros momentos revela falsa comprensión de las situaciones; más allá se comprueba una condensación o fusión de los conceptos; en otra circunstancia aparecen asociaciones accesorias que difuman la claridad del objetivo perseguido por la conversación.

El curso del examen permitió comprobar que dentro de la incoherencia evidente, existían asociaciones intermedias, pues durante la conversación hacía que ingresase al curco de su relato particularidades captadas por sus sentidos, que como se comprende no tenían ninguna relación con el tema que estaba desarrollando.

Fué también de fácil comprobación el trastorno conocido con el nombre de "interceptación", el cual consiste en que la asociación de ideas se detiene de repente; es el "sperrung" de Bleuler o la expresión francesa "barrage des pensées" de Hesnard.

Parecíamos también comprobar en el curso del examen psicológico del Sr. N. N., desplazamiento de los conceptos, esto es, que expresaba un concepto en vez de otro.

Toda la conversación que sostuvo con nosotros fué llena de episodios jocosos, entretenidos, de tal modo que aparecían como el resultado de una "erupción de pensamientos".

La *afectividad* la encontramos también perturbada; al plantearle problemas que se referían a su situación, a su porvenir, a los intereses de su familia, expresó conceptos de frialdad, de indiferencia, que demostraban una falta de modulación efectiva característica. Se nos ha dicho en el Sanatorio que recibe con gran desafecto a su señora madre.

Se comprobó también *ambivalencia*, esto es, fenómenos psicológicos a la vez bajo su aspecto positivo y negativo, que ingresaban tanto en el dominio afectivo, como intelectual y activo.

La *sensoriopercepción*, la memoria, la orientación en el tiempo y en el espacio y la motilidad, aparecieron a nuestro examen como normales. La orientación fué un tanto deficiente, pudiendo incriminar este defecto a la reclusión. La memoria ofreció algunas imprecisiones, de lo que es bueno dejar constancia.

En conjunto el examen psicológico del Sr. N. N., dá la impresión que ha perdido el contacto con la realidad, es decir, que se ha *introvertido* dentro de su mundo autístico. En muchos momentos su pensamiento desordenado es la resultante de esta perturbación tan característica de la enfermedad que padece.

La *atención activa* la encontramos débil, como que en realidad le falta interés para muchas motivaciones; igual trastorno comprobamos en la esfera volitiva; hay que instarlo para que se vista y ejecute otros actos instintivos.

Por los relatos de la vida del Sr. N. N., es posible manifestar que en muchas ocasiones ha presentado ideas delirantes y actos impulsivos.

Omitimos por inoficioso la particularización de hechos somáticos, porque los datos psicopatológicos son concluyentes para formular el diagnóstico psiquiátrico.

II.—CONSIDERACIONES DE PSIQUIATRIA PORENSE

Los antecedentes personales del Sr. N. N., permiten señalar que en su adolescencia sufrió enfermedad particularmente grave, Tifoidea.

Es indudable que este proceso morboso comprometió la esfera psíquica, lesionando diversos elementos del tejido nervioso, que al sufrir modificaciones patológicas, actuaron sobre un sector de la vida mental, que por particular susceptibilidad ancestral dió origen al trastorno mental yacente en las profundidades de su "alma".

Quiere decir que la Tifoidea no es la causa eficiente de la perturbación mental incurable que aqueja al Sr. N. N., sino el factor ocasional que hizo emerger aquel patrimonio morboso que trajo a la vida.

Así concebido el mecanismo genético de la enfermedad del Sr. N. N., es obvia la relación de causa a efecto, si se tienen presente los datos suministrados por su familia, según los cuales después de la Tifoidea el examinado ofreció "extravagancias". Esta expresión tiene un valor significativo si se la analiza con criterio psicológico. Las extravagancias, son en el mayor número de las veces, las primeras manifestaciones de la enfermedad mental que padece el Sr. N. N.; por ellas comienza, abriéndose la escena de un drama que termina en la Casa de Insanos.

Luego sus fracasos profesionales al frente de la Negociación Agrícola, indicaban la existencia de una personalidad psicopática, que alcanzó el máximo de su intensidad, sea por los trabajos que este cargo exigía, sea por la evolución misma del complejo psicopático que arteramente se desarrollaba en su persona.

El cuadro clínico que se ha comprobado, consistente en:

- a) Asociación de ideas incoherentes;
- b) Interceptación;
- c) Erupción de pensamientos;
- d) Falta de modulación afectiva;
- e) Ambivalencia;
- f) Introversión;
- g) Perturbaciones de la tención y de la esfera volitiva;

permite sentar un diagnóstico incommovible: ESQUIZOFRENIA.

Esta enfermedad mental anula la capacidad civil, porque aunque no está derruida totalmente la actividad psíquica, se piensa en forma tan absurda, que basta el más somero examen para darse cuenta que el sujeto que sufre esa dolencia es un alienado.

En el caso que motiva este peritaje la evolución de la Esquizofrenia ha tomado carácter crónico. Si nos atenemos a las referencias familiares hace más de 30 años que el Sr. N. N., comenzó a exteriorizar las primeras manifestaciones de su enfermedad (pero ellas no fueron óbice para que su vida de estudiante llegara a coronarse con una carrera profesional y para que terminada ésta ocupase un puesto de profesor en la Escuela Nacional de Agricultura y Veterinaria y el elevado cargo de Gerente de una importante negociación agrícola.

Hace más de 10 años que la enfermedad mental que aqueja al Sr. N. N., adquirió el desarrollo que hace indiscutible su conceptualización diagnóstica. Ignoramos quién lo vió en Lima, desde el punto de vista médico; pero es evidente que su permanencia de 8 años, más o menos, en un Establecimiento de asistencia psiquiátrica de París, no ha influido en ninguna forma sobre la enfermedad que padece.

Por todo esto es posible concluir que la enfermedad del señor N. N., se encuentra definitivamente constituida, y que su curación es más que problemática, improbable.

Como aparte de la sintomatología de la enfermedad, que termina generalmente en la demencia, la actividad de la persona, la conducta, sufre profundas alteraciones, es conveniente en estos casos, para tranquilidad de la familia, para defensa de enfermo y para tutelar su patrimonio, mantener a los pacientes bajo vigilancia técnica en un Establecimiento especialmente dedicado a esos menesteres y colocarlo en condición que les impida realizar actos de comportamiento desordenado.

III.—CONCLUSIONES

1.—El Sr. N. N., es un enfermo mental, atacado del proceso morboso conocido con el nombre de ESQUIZOFRENIA.

2.—Es un incapaz para realizar los actos de la vida cotidiana, requiriendo las medidas de tutela que señala el Código Civil.

Notas médico - quirúrgicas

TRATAMIENTO MODERNO DE LAS QUEMADURAS.— Desde Davidson (1925), el tratamiento de las quemaduras cuenta con el tanino.

Para asegurar el éxito se observarán dos reglas fundamentales, considerando las quemaduras como heridas quirúrgicas: prevenir o tratar el shock y asepsia rigurosa.

Las lesiones determinadas por quemaduras de cualquier origen provocan con frecuencia el shock, lo primero es dominarlo. El dolor y la agitación se tratarán con sedantes, aplicaciones de calor o mejor de aire caliente manteniendo al paciente desnudo bajo aparato protector; el descenso de presión sanguínea requiere estimulantes y abundantes inyecciones intravenosas de suero fisiológico. También es de importancia que el enfermo tenga ambiente tranquilo. Las heridas se limpiarán con el mayor cuidado sin traumatizarlas. Las pérdidas insensibles de líquido que concentran la sangre serán repuestas inmediatamente con inyecciones intravenosas de suero normal o hipertónico para mantener los cloruros de la sangre en su nivel normal.

El tratamiento aséptico auxilia a la solución de tanino contribuyendo al éxito final. Los contornos de la herida se mantendrán escrupulosamente limpios, lavándolos con frecuencia con solución antiséptica, alcohol al 70% es muy conveniente; el lecho será esterilizado; no se intentará disolver los coágulos ni desprenderlos con curaciones húmedas, lo que pudiera provocar toxemias.

Los síntomas que se presentan después de las quemaduras graves pueden dividirse en tres grupos: período inicial de shocks; período secundario del llamado shock tóxico de las quemaduras; y período de reparación, complicado o no de infección.

La causa de los síntomas generales que siguen inmediatamente a las quemaduras se ha discutido e investigado mucho en clínicas y laboratorios; se ha empleado el nombre de shock para calificarlos. Ese cuadro de shock primario es de origen nervioso, asociado con vasodilatación y caída de la presión sanguínea, y consecutiva reducción del impulso cardíaco. El síndrome debe buscarse siempre aunque se le encontrará casi solo en las quemaduras extensas, que comprometen numerosas terminaciones nerviosas cutáneas. Sobre su génesis se discute si se debe a acción tóxica de substancia derivada de las proteínas alteradas por el calor o simplemente a deshidratación.

Poseyendo el tanino la propiedad de precipitar las proteínas, fija éstas en las superficies quemadas, limitando así la absorción de sus productos tóxicos de descomposición; produce sobre ellas cubierta suave, firme, de coloración bruna, que actúa como protectora contra las influencias químicas, bacterianas y mecánicas y también contra las irritaciones de los nervios sensitivos por otras causas: el tanino alivia el dolor haciendo innecesario el empleo de sedantes.

La solución empleada ha de estar esterilizada y en proporción del 5%.—E. B.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS AORTICA.—Los efectos del tratamiento de las lesiones aórticas cuando son ya reconocibles clínicamente, se considera poco eficiente, y en lesiones avanzadas como el aneurisma y la insuficiencia aórtica casi nulo. COLE y USILTON creen que la sífilis aórtica evoluciona silenciosa, haciéndose incurable porque sus signos iniciales y síntomas no son interpretados correctamente; pero algunos de los casos que mencionan están asociados con lesiones más serias, y el examen con los rayos X, al que dan importancia primaria, es difícilmente aplicable en ausencia de síntomas e ignorando la enfermedad del paciente. Se dice que es raro que aparezcan las lesiones cardiovasculares en los primeros veinte años después de la infección sífilítica. Los pacientes con aortitis no complicada tratados por dos o tres meses con yodo por la boca e inyecciones de metales pesados, y luego con preparaciones arsenicales, viven mucho más que los no tratados y tratados mal. COLE y USILTON prefieren arsenicales a dosis pequeñas e insisten en la necesidad de precauciones cuando hay asociación de neurosífilis. En los enfermos con insuficiencia aórtica se comprueba que pocos de ellos recibieron tratamiento precoz y completo; pero aún en estado avanzado el tratamiento adecuado prolonga la vida. La dosis inicial de neoarsfenamina, después de una anterior de bismuto, fué sólo de 0.05 gr., y cuando el angor era uno de los síntomas fué preciso redoblar los cuidados, aunque no se suprimieron los arsenicales.

El tratamiento posterior, fué en general idéntico para casos de insuficiencia aórtica como de aneurismas, es sintomático, obteniéndose alivio en la mitad de los casos, y la duración de la vida en los bien tratados dos veces superior a la de los tratados mal.

A estos datos importantes que tomamos de "The Lancet", agregaremos los resultados obtenidos personalmente en dos casos con aneurisma aórtico en sífilíticos terciarios, ambos tratados irregularmente; resultados favorables, con desaparición de los síntomas—anginosos y de insuficiencia cardíaca—empleando después de serie de bismuto, dos series sucesivas de inyecciones intramusculares de lipiodol. Ambos pacientes hacen vida activa, han trascendido dos años desde que terminaron su tratamiento y su salud es regular; en uno de ellos nuevas radiografías revelan notable modificación en el sentido de restablecimiento a la normalidad de los contornos de la aorta (aneurisma fusiforme). Captaciones en

la literatura médica española nos indujeron a servirnos del lipiodol en la sífilis vascular, y los resultados nos parecen alentadores.—E. B.

MUERTE SUBITA.—Por regla general, dice Parsons Smith, la causa de muerte súbita puede solamente discutirse después de la autopsia, pero algunas veces conociendo la historia previa del fallecimiento se hallará datos de valor para determinarla; la evidencia circunstancial puede justificar también concepto aproximado, por ejemplo en muerte seguida de hemorragia abundante en enfermo donde se sabe que padecía de aneurisma de la aorta, o si fallece con hemorragia habiendo sido operado por necesidades obstétricas, o experimentado accidentes en un parto. Las enfermedades crónicas, decía OSLER, no explican necesariamente la muerte súbita; parece paradójico afirmaba pero es positivo que las personas mueren rara vez de las enfermedades que padecen. En casos de muerte súbita la autopsia es necesaria aunque hayan evidencias circunstanciales convincentes. Según GLAISTER 1% de todas las defunciones por causas naturales son súbitas, asociándose con variados tipos de enfermedades cardio-vasculares; el riesgo de una muerte súbita es grande en las enfermedades valvulares de la aorta, angina pectoris, ateroma de las coronarias y miocarditis, sean agudas o crónicas; la asistolia brusca ha sido atribuida a inhibición del vago, pero duda LEWIS que así puede producirse asistolia permanente. La muerte súbita se ha asociado con la fibrilación ventricular, que puede aparecer en todos los tipos de enfermedad cardíaca, en particular en la toxemia digitálica, que por fortuna es ahora menos frecuente que antes. La fibrilación se ha creído sea la causa inmediata de muerte súbita por terror violento ó espasmo del vago, considerándola como explicación de fallecimientos consecutivos a accidentes triviales, sustos bruscos y estímulos dolorosos.

Las hemorragias, embolias arteriales y trombosis son los accidentes vasculares que pueden dar resultados fatales inmediatos. La embolia pulmonar merece mención especial porque es más frecuente y de mortalidad más alta; las derivadas de coágulos venosos son las más graves, los émbolos pequeños de origen intracardiaco, sin complicaciones, son raras veces fatales. Los émbolos del circuito mayor, partidos en general de una endocarditis infecciosa con falencia del corazón izquierdo, pueden determinar muerte brusca introduciéndose en las arterias cerebrales o coronarias; se registran también resultados fatales por su introducción en los vasos mesentéricos y suprarrenales. Las trombosis sin embolia pueden causar muerte súbita si se presentan en el corazón o el cerebro.

El Dr. E. SMITH hace notar que las autopsias suelen ser insuficientes para proporcionar la verdadera causa de la muerte; por ejemplo, en un caso de muerte durante la anestesia, el anestesador hubo de agradecer al patólogo que halló dos libras de higos en el estómago. ¡Otros ejemplos de autopsias mal hechas se refieren: a un obrero que trabajando tranquilamente, murió de-

repente; el médico atribuía su defunción a fractura del cráneo, creyendo que había chocado con el muro en su tarea; la investigación reveló que la fractura fué hecha en la autopsia y el fallecimiento se debía a golpe de remo; en otro caso un pañuelito arrollado en el fondo de la faringe no fué hallado en la autopsia y sólo se descubrió en la sala de disección.

Cree el Dr. SMITH que debe distinguirse entre fallecimiento por el anestésico y muerte ocurrida durante la anestesia. El estado mental es en veces importante para determinar muerte súbita, por ejemplo, en personas con arterias endurecidas que después de comer tienen de pronunciar un discurso. Las gastritis agudas no pueden señalarse como causas de muerte súbita, sin amplificar datos sobre su origen.

El Dr. S. KEITH ha analizado los últimos 800 casos de muerte súbita sometidos a su investigación, encontrando los siguientes porcentajes causales: enfermedad cardio-vascular 60, enfermedad pulmonar 8, enfermedades del intestino 2.5, enfermedades del sistema nervioso central 1.5, enfermedades renales 0.5, condiciones especiales 6, nacidos muertos 0.5, por influencias exteriores 21.

Las muertes por operación quirúrgica corresponden a tres grupos; el primero en pacientes sin fuerzas bastantes para resistir la operación necesaria, por ejemplo una intervención de exéresis abdominal-perineal, o por hallarse demasiado agotado o con peritonitis avanzada; el segundo grupo corresponde a accidentes quirúrgicos; el tercero se debe al *estatus linfáticus*, complicación negada, pero positiva según KEITH, y más frecuente en niños muertos durante la anestesia que en accidentados en las calles.

Las muertes por lesiones de causa externa incluyen las ocurridos al nacer, casi siempre por desgarros intracraneales (tentoriales), tan frecuentes en partos naturales y fáciles como en los difíciles con auxilio del forceps.

En resumen, se comprueba una vez más las dificultades de diagnóstico aún en la autopsia y que en este terreno como en todos los del dominio médico, la verdad se alcanza sólo por cooperación de la Clínica con la Anatomía patológica.—E. B.

A educacao sexual como factor eugénico

Por el Dr. JOSE DE ALBUQUERQUE

Presidente do Circulo Brasileiro de Educacao Sexual e Director do Bureau Internacional de Educacao Sexual e Anti-Venerea.

A procreacao da especie humana, nao deve ser um acto do acaso, producto exclusivo da fatalidade, mas sim, um acto de consciencia, inspirado nos dictames da sciencia, da logica, da razao e do direito.

Procrear nao deve ser apenas por no mundo um novo ser, mas sim e sobretudo, que este ser seja dotado de qualidades taes, que o approximem o mais possivel do biotipo normal.

Nesta ordem de raciocinios surgem ao nosso espirito as figuras gigantescas: de dois grandes vultos que deverao viver sempre inapagaveis na galeria dos grandes nomes da historia de Humanidade: Mendel e Galton; o primeiro, o fraile illustre a quem se deve o descobrimento dos mais intrincados problemas desta sciencia complexissima que é a Heredologia; e o segundo, o medico notavel que passou sua existencia embalado pelo sonho, hoje felizmente já realidade, de dar á humanidade consciencia do mais elevado de seus destinos que é a procreacao, erigindo para isso os fundamentos desta sciencia que cada día ganha mais terreno e toma vulto, que é a Eugenia.

Quem falla em procreacao, inevitavelmente tem que alludir á funcao sexual e quem a esta se refere tem que entrar neste cipoal tremendo que tem sido pomo de discordia, entre pensadores de orientacoes philosophicas e religiosas diferentes, que é a educacao sexual.

Só o individuo que recebem educacao sexual, pode saber conduzir sua vida sexual dentro de directrizes compatíveis com as necessidades bio-psychologicas de seu organismo e com as necessidades da especie, e si assim é, somente este é que podem concorrer

para o aperfeicoamento da especie humana que é o ideal da Eugenia.

Como se ve Educacao Sexual e Eugenia se confundem e tao entrelacadas se acham as suas relacoes de dependencia, que o sexologo fica vezes sem saber onde termina a sexologia e comeca a Eugenia; tal como, o eugenista, que ao prègar a eugenia vae sem se aperceber cahindo no terreno da pura sexologia.

O sexologo estuda os problemas da vida sexual, preocupado com as répercussões que elles possan ter nas funcões sexuaes do individuo.

O eugenista estuda estes mesmos problemas, interessado nas repercussões que elles possam ter sobre a especie.

Sexologos e eugenistas, interessandose pois pelos mesmos problemas, teem miras differentes; pois enquanto que a daquelles é o Individuo a destes é a Especie.

E' muito commum se ver sexologistas se transformarem de inopinado em eugenistas. Aos inexperientes isto pode parecer a principio uma Ieviadade commettida pelos cultores da sexologia, mas na realidade nao o é. O que se observou foi apenas o seguinte: que o sexologista mudou o angulo de applicacao de seus estudos, desviando-o do Individuo para a Especie.

Fallar-se de Eugenia sem se fallar de Sexologia é que se nao pode comprehender e como aquélla é uma sciencia de applicacao social, pretender colher-se os melhores fructos que ella possa produzir, será uma utopia, si nao se der ao individuo consciencia do que é a funcao sexual, da qual depende a procreacao, isto é, si nao se lhe der conhecimentos exactos e precisos deste ramo da sexologia que se convencionou chamar educacao sexual.

O sexologo por exemplo quando ensina, nós seus cursos de educacao sexual, que os individuos devem procurar fazer uso de prophylacticos anti-venereos toda vez que se expuserem á possibilidade de contagio, porque as doencas venereas lhes sao grandemente nocivas ao organismo, podento lhe proporcionar taes ou quaes estados morbidos de consequencias gravissimas, está sem o pretender, fazendo obra de alevantada eugenia, porque vae evitar que estes se contagiem pela syphilis e como tal impedir que seus elementos germinativos possam ficar blastotoxicamente impregnados, de modo a por occasiao da fecundacao virem dar lugar a desenvolvimento de seres anormaes.

Aida no terreno da blastotoxia, temos o que se refere á blastotoxia alcoolica.

Quando o sexologo procura demonstrar nos cursos de educacao sexual, que o alcool é grandemente prejudicial ás funcões sexuaes, e cita, para documentar suas explanacoes, os resultados de experiencias levadas a effeito neste sentido e as conclusões de laudos de autopsias clinicas processadas nos hospitaes etc., realiza tambem, como no caso anterior, ao lado de sua missao de orientar os seus ouvintes a respeito da educacao sexual, uma outra missao, que elle directamente nao pretende, que a de eugenista.

Quando o sexologo estuda o problema do casamento, advertindo os que se pretendem casar, da necessidade de se fazerem previamente examinar para que eliminem de seus organismos os estados morbidos que possam ser transmittidos ao outro conjuge pelo acto sexual; quando mostra aos individuos do sexo masculino os prejuizos incalculaveis que podem acarretar á esposa si se casarem portadores de uma blenorragia latente, porque poderao transmittir-lhe estados morbidos localizados nos orgaos sexuaes que muita vez requerem intervencoes operatorias delicadissimas e até mesmo mutilacoes de seus organismos, quer de ordem propriamente anatomicas, pela extirpacao de orgaos, quer ainda de ordem physiologica, pela repercussao que a retirada de taes orgaos possa acarretar em funccoes outras e até na propria vida mental da esposa; quando o sexologo assim analysa e argumenta, está realisando ao lado de sua tarefa de educador sexual, a missao tambem de eugenista pois ninguem desconhece as influencias maleficas que sobre a prole podem ter os processos de natureza gonococcica da mulher. influencias essas que infelizmente outr'ora eram verificadas com uma frequencia maior, e que hoje em dia felizmente já vao escasseando, nos paizes em que se emprega de forma systematica a instillacao da solucao de Credé nos olhos dos recém-nascidos.

As mesmas consideracoes poderia applicar em relacao aos prejuizos que a syphilis de um dos conjuges pode causar no outro, que o sexologo nos cursos de educacao sexual realca, advertindo os individuos de ambos os sexos, que se pretendem casar, e cujos effeitos maleficos se fazem sentir de uma forma muito mais ampla que o das infeccoes gonococcicas, porque muita vez antes do casamento já o contagio se verifica e muita vez mesmos se estabelece entre individuos que nao chegam a se casar, pois o beijo entre os namorados pode ser o vehiculo da doenca. Pois bem, o sexologo ao estudar estes problemas, advertindo a mocidade de ambos os sexos dos perigos a que o instincto sexual, de que o amor é uma de suas manifestacoes, lhes pode acarretar, sem pretender, como nos casos anteriores, fazer obra de eugenia, entretanto a está realisando, pois sao conhecidas as influencias cacogenicas que sobre a prole podem ter os estados-syphiliticos dos paes.

Quando o sexologo nos cursos de educacao sexual, estuda os cuidados hygienicos de que a mulher deve se cercar no decurso da gravidez, cuidados que variam desde o simples regimen alimentar, até os habitos de trabalho e as prescripcoes de ordem sexual que ellas devam adoptar, parar que garantam o curso normal da gestacao, chegando no momento do parto sem complicacoes e tendo-o nas melhores condicoes em que este se possa apresentar; o sexologo quando assim procede, preocupado com a defeza das condicoes biologicas da mulher, está tambem realisando, como nos exemplos pre-citados, um trabalho de eugenista, porque defendendo o organismo da mae, de qualquer investida malefica, vae *ipso-facto* defender o organismo do filho, dadas as intimas relacoes de dependencia que os ligam.

Estas consideracoes sao suficientes, muito embora pudessem ser dilatadas a um numero muito maior, nao só para demonstrar o papel importante que representa a educacao sexual na defeza eugénica do povo, como ainda, para provar a enorme interdependencia em que se encontram estes dois ramos dos conhecimentos humanos: educacao sexual e eugenia.

Sexologos e eugenistas devem, por conseguinte, se ligar cada vez mais, afim de poderem realizar em commum este trabalho de alevantada humanidade e de absoluta justica, que é o de aperfeiçoar e salvaguardar as geracoes do porvir.

E' um trabalho de alevantada humanidade, porque, com elle, se evitará o nascimento de criaturas que muita vez mais parecem mulambos humanos, que seres humanos.

E' um trabalho de absoluta justica, porque, ao individuo nao assiste apenas o direito de nascer, mas de nascer com saúde e em condicoes de poder ter uma vida sadia.

Nos casos de um casal nao poder procrear um filho sadio, é preferivel que evite o seu nascimento a fazel-o nascer doente, porque assim nao praticará o duplo crime, de dar vida a um ser enfermico e de dotar a sociedade de um peso morto na balanca dos valores sociaes.

O individuo vivendo em sociedade tem que ser tambem encarado em funcao da sociedade em que vive.

Que vale para o organismo social um ser docente. Vale apenas como um valor negativo. Ora, nao é dos valores negativos, que vao sobrecarregar de despezas os orcamentos das nacoes, que estas se poderao locupletar para progredir e crescer. Uma nacao nao ale pelo maior numero de asylos, hospicios, manicomios, presidios e hospitaes, que possui, pois todos esses sao escoadoures por onde se escapam as economias nacionaes. As nacoes só podem progredir á custa dos valores positivos de que dispuzerem é estes se encontram entre os individuos sadios e fortes que nas cidades e nos campos accionam as forcas de producao nacional.

Os nascimentos de seres enfermicos devem pois ser evitados e ainda neste ponto é a sexologia chamada em auxilio da eugenia. E' se educando o povo no sentido de controlar a natalidade, toda vez que as condicoes sanitarias dos conjuges nao permittam o nascimento de seres sadios e normaes, que se poderá evitar para as nacoes o peso morto que para ellas representam as proles cagogenicas.

O controle da natalidade tem sido um campo aberto a toda sorte de discussoes, contando, como toda idéa, com encarnicados detractores e vigorosos antagonistas; entretanto, quem bem lhe apprehender o sentido, ha de ver que seu fim nao é, como muita gente suppoe, oppor barreiras á procreacao, evitando que os casaes procreem, mas tao somente impedir que se reproduzam, casaes que nao estejam em condicoes de gerar proles cujo padrao biologico nao possa estar esquadrado dentro dos limites do biotipo normal.

Por tudo que acaba de ser exposto, se ve as intimas ligacoes que prendem estes dous ramos da sciencia que sao a sexologia e a

eugenia, pelo que, nao podem os eugenistas dispensar a collaboracao dos sexologos.

A educacao sexual, dictando normas que devam servir de bussola ao individuo para conducao de sua vida sexual, presta um grande auxilio á eugenia, quer melhorando as condicoes biologicas sexuaes dos individuos de um ou de outro sexo, permittindo-lhes assim que realizem dentro de normas hygienicas a funccao procreadora, quer ainda, ensinando aos individuos, nos casos de suas condicoes sanitarias nao serem favoraveis á reproducao, o meios de evital-a temporaria ou definitivamente.

Como quer que seja, é a especie que lucra: por ter seu indice sanitario melhorado e como nao e outro o *desideratum* da eugenia, a educacao sexual promovendo condicoes que veem em defeza da reproducao, representa a melhor a maior collaboradora que os eugenistas dispoem para levar a bom termo sua tarefa.

Eugenesia y matrimonio

Por el Dr. ENRIQUE DIAZ DE GULJARRO

Profesor de Derecho Civil en la Universidad de Buenos Aires.

BASE PRIMERA

La aptitud para contraer matrimonio sólo puede evidenciarse por medio de un examen especial y constatarse por un instrumento también especial: el certificado médico prenupcial.

Este certificado se suma a las diligencias prematrimoniales y, como todas ellas, conduce a la prueba de la habilidad nupcial requerida por la ley. Por consiguiente, origina el problema de su apreciación y es capaz de suscitar el incidente de oposición al casamiento. A tales fines, y para que satisfaga ampliamente su propósito social, debe ajustarse a las características preestablecidas, que se apoyan en las razones que enseguida exponemos:

a) *Obligatorio e irremplazable por declaraciones juradas u otros sistemas indirectos.*

Tres sistemas existen para obtener el examen médico prenupcial: El privado, el intervencionista pasivo y el intervencionista

activo. Este último significa el examen obligatorio y la facultad del Estado para diferir la unión hasta que sobrevenga la curación o para impedirla, en absoluto, en caso de dolencia crónica.

El interés social tiene cumplida satisfacción con este sistema; y es el único que logra la finalidad perseguida. Los anteriores sólo actúan como factores de educación privada; y en esta materia, de exclusivo y prevalente interés social, no deben obrar sino factores de idéntico orden que, por consecuencia, han de asumir carácter imperativo e ineludible.

La comprobación de esta tesis la hallamos en palabras de un distinguido profesor peruano, el Dr. CARLOS A. BAMBARÉN, cuya autoridad científica brinda particular importancia a la crítica que formula al régimen imperante en su país. A la exacta comprensión del problema por parte del Dr. BAMBARÉN, se añaden sus atinadas observaciones a la ley vigente, que equipara la "declaración jurada" al "certificado médico", con lo cual, dice, "se anula, en buena parte, la finalidad perseguida de imponer requisitos prematrimoniales con el objeto de velar por la salud de la descendencia, ya que la declaración jurada de un individuo no puede tener valor alguno respecto a que no está comprendido en los impedimentos". Y por eso propugna la supresión de tal "declaración jurada" ("Requisitos eugenésicos prematrimoniales en el Código Civil del Perú", en "La eugenesia en el Código Civil del Perú", edición de enero de 1939 de "Antología Jurídica", de Buenos Aires). Con esta crítica concuerda el Dr. CARLOS BURGA LARREA, al expresar que "el examen prenupcial debe revestir todos los caracteres de seriedad y eficiencia necesarios. Y tal como está concebido en nuestro código civil no presta ninguna promesa de seriedad". ("Glosa a las disposiciones prematrimoniales del Código Civil del Perú", en la precitada edición de "Antología Jurídica").

b) *Categorico, con expresa indicación de que no se padece de las dolencias que la ley declara impedimentos matrimoniales.*

Esta exigencia formal tiende a evitar el examen superficial: Es necesario, por el contrario, asegurar, en forma terminante y que comporte responsabilidad para el médico, que el contrayente no sufra ninguna de las dolencias que impiden el matrimonio. Y ni aún ésta ha de ser la fórmula, sino que habrá de nombrarse, una por una, cada enfermedad de las que fija la ley.

De esta manera se descartará la obtención del certificado por complacencia, por soborno, por dolo, por negligencia o por cualquier otra causa análoga que lo vicie.

c) *Individualizado, con perfecta identificación de la persona.*

Este requisito tiene por objeto impedir la sustitución de personas. La agregación de una fotografía sellada será el mejor sistema.

d) *Actual, con validez no mayor de tres días.*

Se justificará, así, que la habilidad legal existe en el tiempo mismo en que se inician los trámites previos a la celebración del matrimonio.

e) *Oficial, extendido por autoridades médicas de organismos estadales o por profesionales especialmente autorizados.*

Si el certificado médico prenupcial es una manifestación del intervencionismo estadal, lógico es que su otorgamiento dependa de las autoridades competentes, para que no sea susceptible de alterarse el fin social y para que el instrumento goce de garantías de seriedad y autenticidad. Como es facultad del Estado la de extender cédulas de identidad, certificados de buena conducta y constancias análogas, de igual modo le corresponde la de otorgar el certificado prenupcial, que no es sino una identificación personal en relación con la aptitud matrimonial.

f) *Exigible sin distinción de sexos.*

En la República Argentina, la ley 12.331 limita a los varones la exigencia del certificado prenupcial. Ya hemos dicho: "Consideramos que la ley 12.331 debió haber extendido a la mujer la exigencia del certificado prenupcial. Un examen clínico, no atentatorio contra el pudor y el recato propio del sexo, hubiera bastado para satisfacer el fin social perseguido. No es que se veje a la mujer con tal exigencia, puesto que se le da un arma de defensa—al facilitar el conocimiento de una enfermedad tal vez ignorada y al obligarla a su curación—y se la protege en sus más nobles sentimientos maternales—al impedirle engendrar seres que, el día de mañana, constituirán su más profunda pena". ("La reforma del matrimonio civil por las leyes eugénicas", p. 18; edición de "Antología Jurídica", Buenos Aires).

Se impone un criterio único desde el momento en que la transmisión de las enfermedades es posible tanto por vía masculina como femenina. El argumento se refuerza ante los enlaces de mujeres viudas o divorciadas, en cuya hipótesis no es posible esgrimir el efectista pero inocuo argumento de que el examen prenupcial es un agravio a la honestidad de la mujer. Y téngase en cuenta, asimismo, que la casi totalidad de las enfermedades que en nuestro concepto, impiden el matrimonio, es totalmente ajena a la posible vida sexual de la mujer. Aún las enfermedades venéreas, como es elemental, pueden ser inculpables.

g) *Excusable sólo en caso de matrimonio en inminente peligro de muerte.*

La unión "in articulo mortis" ha sido dispensada, siempre, de las formalidades prematrimoniales. Revistiendo este carácter el certificado prenupcial, no cabe otra solución.

BASE SEGUNDA

La protección racial implica la primacía del interés social sobre el individuo, a fin de asegurar la salud familiar y la descendencia sana. El propósito eugenésico es el inspirador del impedimento matrimonial; y la forma imperativa, el seguro medio para conseguir, sin dudas y sin obstáculos, su objetivo. Por eso que el impedimento requiere ser insalvable, de modo que no se concrete al conocimiento, por parte de los contrayentes, de las enfermedades que les aquejan. Por el contrario, significa la imposibilidad de unirse mientras la enfermedad sea contagiosa o cuando implique daño para los hijos. No hay—no puede haber—libre albedrío en este orden de cuestiones: Es el interés social el que está comprometido; y no es posible entregarlo en manos de irresponsables o egoístas, de precipitados o negligentes.

La transitoriedad de la inhabilidad nupcial—transitoriedad posible en ciertas enfermedades—tiende a suscitar el deseo de la curación y a provocar el tratamiento sistemático. Así, a la mediata finalidad eugenésica se une la inmediata finalidad profiláctica.

BASE TERCERA

La nulidad absoluta del matrimonio—y no la relativa, establecida, por ejemplo, en el código civil peruano—es la única que asegura la finalidad eugenésica y el pleno imperio del interés social.

Tal interés social—el matrimonio de personas sanas—imprime carácter de orden público a las normas prohibitivas de la unión de enfermos. El arbitrio individual no puede aniquilar ese propósito superior; y es contradictorio que si se impide el matrimonio se permita su subsistencia cuando se ha logrado burlar la ley. A esto último conduce el sistema de la nulidad relativa, que deja librada a la voluntad de los cónyuges la invocación de la causal de anulabilidad.

Reiteramos un concepto que es básico en esta materia: La preeminencia del interés social. Y hay que descartar—así la nulidad relativa—todo lo que sea capaz de desvirtuar ese postulado.

Por otra parte, se impone la protección legal de los hijos en el supuesto de que ambos esposos hayan contraído el matrimonio de mala fe, esto es, con conocimiento mutuo de la enfermedad que lo impedía. Los hijos que hubieran nacido—y que sufren la tara fi-

sica—no tienen por qué ser gravados con la tara legal. Además, si esta legislación es protectora de la descendencia, debe extender su amparo a las hipótesis que sean consecuencia de su aplicación.

BASE CUARTA

Como la nulidad expone, siempre, una causa previa al matrimonio, es necesario contemplar la posible revelación posterior de una de las enfermedades antes mencionadas. Y como ya no sería viable la demanda de nulidad, hay que admitir el divorcio por tal motivo. De esta manera se equipara la situación del esposo que ha sido engañado por la ocultación de la dolencia con la del que no ha podido conocerla porque aún no se había manifestado.

La adquisición de una de esas enfermedades, durante la vida matrimonial, es otro de los graves problemas conexos. Entendemos que el divorcio procede porque si el interés social impide la unión de enfermos, no hay razón alguna para mantenerla, aunque la dolencia haya sobrevenido. Siempre concurre el propósito de garantizar la salud familiar y de asegurar una descendencia sana.

VOTOS

La PRIMERA JORNADA PERUANA DE EUGENESIA declara:

La Eugenesia, proyectada al derecho civil, requiere que la legislación del matrimonio se funde en las siguientes bases:

1^º—CERTIFICADO MÉDICO PRENUPIAL, como diligencia previa al matrimonio y con estas características:

- a) Obligatorio e irremplazable por declaraciones juradas u otros sistemas indirectos;
- b) Categórico, con expresa indicación de que no se padece de las dolencias que la ley declara impedimentos matrimoniales;
- c) Individualizado, con perfecta identificación de la persona;
- d) Actual, con validez no mayor de tres días;
- e) Oficial, extendido por autoridades médicas de organismos estaduales, o por profesionales especialmente autorizados;
- f) Exigible sin distinción de sexos; y
- g) Excusable sólo en caso de matrimonio en inminente peligro de muerte.

2^º—IMPEDIMENTO MATRIMONIAL DE ENFERMEDAD CRÓNICA, CONTAGIOSA Y HEREDITARIA, con enunciado preciso de que comprende las enfermedades venéreas, la lepra, la tuberculosis, la epilepsia, la demencia y la imbecilidad. La inhabilidad nupcial desaparecerá cuando haya pasado el período de contagio y siempre que no haya riesgo para la descendencia.

3^º—NULIDAD ABSOLUTA DEL MATRIMONIO CONTRAÍDO MEDIANDO EL IMPEDIMENTO DE ENFERMEDAD CRÓNICA, CONTAGIOSA Y/O HEREDITARIA, con la particularidad de que siempre se considerará la unión como matrimonio putativo de buena fe con respecto a los hijos.

4^º—DIVORCIO CUANDO SE REVELE O SE ADQUIERA UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, CONTAGIOSA Y/O HEREDITARIA.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima.

Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Factores etiológicos de la peligrosidad en los menores

Por el Dr. RICARDO LUNA VEGAS

EL CAMPO DE LA CRIMINOLOGIA MODERNA

Al emanciparse el concepto de delito de la dogmática del Derecho Penal clásico, se abre la era de su estudio científico. El delito deja de ser una abstracción jurídica—"toda violación del Derecho"—para descubrirse en él un hecho concreto, determinado por factores causales. La búsqueda de estos factores tiene su campo más fecundo en los progresos de la ciencia biológica y sociales. Sus aportes conforman los llamados "datos de la Criminología".

Dos corrientes originariamente antitéticas inician el movimiento. ROMAGNOSI pretende explicar las causas del delito por tres grupos de defectos de carácter social—de educación, de subsistencia y de justicia.—De otro lado, la escuela lombrosiana concluye afirmando: "hay que estudiar el delincuente y no el delito". Ambas corrientes, en sus comienzos, pecaron de exageración. La de Lombroso creía descubrir únicamente en los factores antropológicos las causas de la delincuencia, subestimando los factores sociales. La escuela sociológica, en cambio, continuando la tesis de ROMAGNOSI, asignaba un origen exclusivamente social al delito.

Si bien al principio hubo antagonismos irreductibles, actualmente cualquier discrepancia es formal o artificial. En efecto, como dice INGENIEROS: "no hay entre ambas escuelas ninguna disidencia de fondo, y sí puramente nominal. Ambas reconocen la coexistencia de las dos clases de factores en la etiología del delito; la cuestión podría ser de más o menos". Y agrega: "En la discusión abstracta de los penalistas clásicos cabían doctrinas opuestas, fundadas en la diversa interpretación subjetiva de cada autor; pero en el estudio científico del delito, que debe ser la comprobación objetiva de sus causas y manifestaciones, no caben dos crite-

rios: cuantos estudien un mismo fenómeno están obligados a llegar a idénticas conclusiones, aunque las distinguan con nombres diferentes". En estas premisas pueden verse el derrotero, esencialmente positivo, y la meta cierta que culminará la moderna Criminología.

El gran criminólogo argentino es sin duda uno de los tratadistas que con mayor visión planteó el equilibrio de las tendencias primitivamente unilaterales, sosteniendo que el estudio objetivo del delito "obliga a considerarlo como una manifestación de la actividad del delincuente en sus relaciones con el medio social". Reivindicadas las causas individuales y ambientales de la delincuencia como coexistentes en el fenómeno, el punto de vista de su estudio se situó en su justo medio. Es hoy imposible, en efecto, explicar la etiología de la delincuencia con un sólo grupo de factores. La investigación y los resultados serían incompletos y parciales. Desaparecida la intransigencia exclusivista, que era el origen de la irreductibilidad de las tendencias, la conjunción de los factores antropológicos y sociales—tomados en sus más amplias acepciones,—es una afirmación científica rotunda en el estudio etiológico de la delincuencia.

Ampliado considerablemente con las conquistas científicas el campo de la Criminología, las discrepancias, son, en verdad, meramente formales. Los valiosos aportes de las investigaciones realizadas por la Antropología y la Sociología, han servido para convertir a la Criminología en una ciencia integral, a la que toca un porvenir premisor. Lejos de la estéril polémica nominal que antes separó a los tratadistas, puede definírsele, con QUINTILIANO SALDAÑA, como "toda la Antropología aplicada al estudio de todo hombre, normal y anormal, como causa de la actividad criminal o delincuente". Abierta la ruta de los conocimientos criminológicos, que se perfeccionan progresivamente, lo importante para la Sociedad es la aplicación de los métodos científicos de prevención y curación de la delincuencia, como enfermedad del cuerpo social. Si tiene mérito la constatación de las dolencias y de sus causas, ella se justifica por la necesidad de la profilaxia y de la terapéutica, ideas que implican la realización de un vastísimo plan estatal. Sólo por medio de la *obra*, auténtica y permanente, la Sociedad irá acercando su meta máxima de justicia y superación, haciéndola próxima y posible.

EL ESTADO PELIGROSO

Revolucionando los moldes clásicos, un nuevo concepto se incorpora a la Ciencia Penal. El estudio integral del hombre ha permitido que aparezca la noción de la peligrosidad. Según esta concepción, la actividad del individuo, calificada como delictiva, "es manifestación de un "estado" particular del hombre, que lo hace *sui generis*, del mismo modo que una enfermedad cualquiera", conforme lo explica SUSANA SOLANO en su serio y moderno estudio.

Esta idea se basa al mismo tiempo que en las peculiaridades del individuo, en los fines de la defensa social. No le preocupa el viejo interés de la pena retributiva, justificada como una reacción instintiva del cuerpo social, graduada por el índice de peligrosidad que entrañe el hecho cometido. La noción de peligrosidad desatiende el hecho como tal, para tomarlo como un episodio de la vida del sujeto. Lo que le preocupa es su actitud presente o pasada, para con el medio social. Estudiando y tipificando las circunstancias personales y las del ambiente que lo rodea, puede formular un juicio fundadamente certero sobre su conducta y sobre la que deba seguir la Sociedad respecto de él. Así como aquella, valiéndose de su órgano, el Estado, aísla a los enfermos contagiosos, de la misma manera, de acuerdo con el actual principio del "estado peligroso", se precave del hombre delincuente o capaz de delinquir.

El "estado peligroso" comprende dos modalidades: con delito y sin delito. El primero se traduce por la realización de un acto contrario a la armonía social. El segundo viene a ser, como lo define GRISPIGNI, "la capacidad de una persona de llegar a ser con probabilidad autora de delitos". Estas formas del estado peligroso, son, propiamente, diferencias de grado en la adaptación del individuo al ambiente, que varían en cada *caso* singular, y que condicionan una actitud correspondiente por parte de la Sociedad.

La idea de la armonía social es, sin embargo, una noción variable y relativa. En un ordenamiento humano en el cual la igualdad y la justicia no son precisamente sus leyes, parece impropio hablar de armonía social. A determinado orden social obedece una organización jurídica que es producto de condiciones específicas, siempre mutables. Hay que considerar, por eso, en relación con el estado peligroso, el punto de vista moral y legal que predomina en la Sociedad.

"La peligrosidad debe ser—como afirma JIMÉNEZ DE ASÚA,—una fórmula general amplia y comprensiva, debe aplicarse a todo el que merece un tratamiento penal, asegurativo y tutelar, no porque el que ha cometido una trasgresión sea libre de actuar, no porque sea idéntico a sí mismo o semejante a otros, no porque sea normal, ni intimidable, sino porque constituye un peligro social, porque con sus actos revela su temibilidad o peligrosidad". Este concepto de la peligrosidad determina la transformación de la teoría de la pena, convirtiendo el derecho represivo en derecho penal preventivo, protector de la Sociedad y que tiende a convertirse en protector del delincuente. Sostiene, por eso, que la actitud defensiva de la Sociedad, por medio de procedimientos asegurativos y tutelares—que no excluyen el rigor en ciertos casos,—se justifica ampliamente tanto en la teoría como en la práctica.

La aplicación de cualquier medida asegurativa o de tutela debe estar dictada por el "estado peligroso" del sujeto. Por lo tanto, su fórmula no puede ser rígida ni general. El "estado peligroso" se halla determinado por el concurso múltiple y variable de factores biológicos y sociales, con expresiones peculiares en cada

individuo. Su estudio, por lo tanto, será específico, con el empleo de los más adelantados métodos científicos, y la medida que recaiga en el sujeto en "estado peligroso" ha de ser, sin duda, una medida de orden igualmente científico.

EL PROBLEMA DE LOS MENORES

No obstante los evidentes progresos de la ciencia criminológica, se constata en nuestra época el volumen y la persistencia de lo que puede denominarse el problema de los menores. No se debe ya hablar ni de delitos ni de delincuentes, sobre todo cuanto se trata de los menores. Seres débiles por sus condiciones biológicas y sociales, su conducta está regida por éstas fuerzas, generalmente superiores a su capacidad de resistencia o inhibición. Por eso lo que antes se entendía por "delincuencia" es sustituido por "peligrosidad" y el fenómeno en su forma global puede titularse: el problema de los menores.

Este problema, que alcanza límites universales, parece acrecentado en nuestra época. En todos los países donde ha sido estudiado se ha comprobado la existencia de numerosos grupos de menores físicamente abandonados, sin ninguna tutela moral, que hacen una vida potencialmente "peligrosa". Otros muchos ya han violado el ordenamiento social y se hallan a cargo de organismos estatales. El problema inquieta al Mundo, tanto porque el estado peligroso de los menores afecta a la Sociedad materialmente, cuanto por el clamor que levanta la imposibilidad de resolverlo, en ciertos países, o el desacierto con que, en otros, se ha emprendido su solución.

Empero, últimamente, en Norte-América y en Europa se han realizado estudios del problema, con miras a una explicación que sea el comienzo de la campaña encaminada a resolverlo, sino total, parcialmente. La labor teórica ha sido incorporada por muchos Estados como programa de acción. Sus experiencias y conquistas científicas van encarnándose en Indoamérica. Argentina, México y Chile, entre otros países de realidad económica y social semejante al nuestro, están continuando la tarea doctrinaria y realizando avanzados ensayos prácticos sobre el fenómeno de los equívocamente llamados menores abandonados y delincuentes. En el Perú, la obra efectiva es del todo incipiente y atrasada. El problema de la peligrosidad en los menores es numérica y causalmente desconocido. El Estado no ha emprendido aún la investigación estadística y etiológica del problema de los menores peruanos en estado peligroso. Por lo tanto, es difícil, por no decir imposible, que pueda emprender la grave tarea de resolverlo, que es obra urgente y trascendental. Sin embargo, estudiosos nacionales han tratado de orientar en el camino a seguir, y han señalado un aspecto nacional ansioso de acción estatal.

El conocimiento de las proporciones y de las causas de la peligrosidad en los menores es deber de todo Estado que mantiene su

problema vivo. Descubiertos los factores que lo determinan, y tratados los casos integrantes del fenómeno conforme a su génesis, no cabe duda que la escala estadística de los menores en estado peligroso descenderá.

El problema de la peligrosidad interesa a la Sociedad. El delito, aún como manifestación ocasional e imprevisible, es una amenaza para ella. Con mayor razón lo será cuando él puede emanar de condiciones comprobables, pero intocadas, en el individuo o en el ambiente, que aparecen con marcada persistencia en determinada agrupación humana. Lógicamente, es imperativo de toda Sociedad organizada tratar de eliminar las cuasas del mal que la afecta, porque sólo así logrará hacer desaparecer el fenómeno.

La conducta delincuente se explica, desde cierto punto de vista, por la forma injusta en que la misma Sociedad distribuye el bienestar, o por condiciones biológicas peculiares en el sujeto. Muchas veces la negligencia social para la prevención de la actividad delictiva, resulta la causa inmediata de la conducta peligrosa, la cual halla siempre una explicación racional. Sólidamente equipada con los aportes científicos de nuestra época, la colectividad organizada puede atacar el problema en sus raíces originarias: los factores individuales y ambientales.

Gracias al impulso de la Escuela Positiva, ha surgido una concepción nueva del Derecho Penal en relación con el ser en su menor edad. Derrumbados los dogmas clásicos del "libre albedrío" y su correspondiente pena expiatoria, emerge la idea cierta de que el menor está regido en su vida por múltiples factores de variable dirección e intensidad. Estos factores obedecen, como se ha dicho, a leyes biológicas o sociales, y de ellos dependen la actividad del sujeto acorde con el medio en que se desarrolla, o su conducta antisocial. Parece consecuente aceptar que si el individuo ha sido llevado al delito por fuerzas superiores a su voluntad, no deba corresponderle una medida retributiva, una sanción o un castigo. Es evidente la necesidad que tiene la Sociedad de defenderse de la delincuencia, pero no puede identificarse el concepto de defensa con el de venganza. Superada, como está, la etapa de la pena retributiva, hay que atender a la salud de la Sociedad y a la del individuo que ha atentado o está en inminencia de atentar contra ella.

A esta concepción se debe la aparición de un movimiento más humano en el campo de la ciencia penal, que intenta destruir la pena como castigo, como entidad de tortura y de remordimiento, para reemplazarla por medidas que inmunicen y curen. Dentro de este movimiento no cabe, siquiera, la denominación de Derecho Penal de Menores. Si, desgraciadamente, los progresos de la Criminología no se ven totalmente reflejados en la legislación relativa a los adultos, su incorporación no puede dejar de realizarse en la de los menores.

,"El menor no es un delincuente, y no merece penas", dice el Dr. CARLOS A. BAMBARÉN, Catedrático de Criminología en la Universidad Mayor de San Marcos de Lima y propugnador tenaz de un régimen tutelar científico en el Perú. Sostiene fogozamente el

imperativo de aplicar medidas de protección y adaptación verdaderamente constructivas, y, aún dentro de la terminología, sugiere una calificación sutil pero conveniente. De acuerdo con la corriente doctrinaria predominante, sustituye la denominación errónea de "menores delincuentes" por la de "menores en estado peligroso" o, abreviadamente, "menores peligrosos". Y reserva para los llamados "menores predelincuentes"—nombre que comprende a los abandonados, vagos, inmorales, etc.,—la de "menores en estado de peligro" o, abreviadamente, "menores en peligro". Esta distinción, que más que un afán meramente técnico teórico, entraña el esfuerzo de divulgar y afirmar en sus nuevos cauces los lineamientos actuales de la Criminología, merece adaptarse de hecho, como ya se ha empezado a hacer entre nosotros en la doctrina y aún en la exigua legislación de menores.

LA ETIOLOGIA DE LA PELIGROSIDAD

Así como la ciencia penal estudiaba antes al delito y, más tarde, al delincuente, en la actualidad los linderos de la investigación rebasan el simple acto delictivo y la persona del trasgresor, para estudiar al hombre todo, normal o anormal, en su mutua influencia con el ambiente. Pero, para intentar el conocimiento de las causas—la etiología—de la peligrosidad, es necesario trazar el perfil de tan amplia noción. Pero esto no es posible. "La peligrosidad—afirma SUSANA SOLANO,—reposa sobre un substratum biológico, propio de cada persona, particular a cada individuo, que es lo que tipifica y convierte el concepto abstracto en realidad tangible". No hay una fórmula, una plantilla invariable, para identificar y generalizar. No existiendo una ficha universal para caracterizar el "estado peligroso", puesto que dicho "estado" varía con el individuo, se requiere determinarlo en cada caso particular. Para realizar técnicamente el examen criminológico del sujeto dado, habrá que analizar sus datos genealógicos, sus elementos antropológicos, psicológicos y caracterológicos, sus nociones éticas y ese nutrido grupo de condiciones ambientales que pueden tener mayor o menor ingerencia en la aparición de la peligrosidad. Por éstas huellas se llegará a descubrir la etiología de la conducta peligrosa, conocimiento analítico, pero previo y útil para el tratamiento del problema.

Ciertamente, la conducta delictiva no es el resultado de la elección deliberada del individuo, como trata de explicarlo la teoría del "discernimiento". Pero tampoco puede aceptarse que ella sea el resultado fatal y exclusivo de una monstruosidad constitucional. Puede explicarse por una tercera teoría, que tomando elementos de las anteriores, atribuye la peligrosidad a una deformación psicofísica o éticosomática desarrollada en un ambiente propicio. El hombre, pues, al desarrollarse en el medio ambiente, combina elementos individuales—subjetivos o endógenos,—con elementos ambientales—objetivos o exógenos.—La proporción e intensidad

con que dichos elementos entran en juego en cada sujeto determinarán su adaptación o desadaptación social, la conducta constructiva, entendida así por el criterio predominante en la Sociedad. De ahí que la coexistencia de ambos factores en la etiología del estado peligroso, actuantes en cada caso individual, interese a los estudios criminológicos; no sólo para determinar cuál de los factores o qué combinación de éstos ha predominado en la formación de tal "estado peligroso"; sino también para conocer los factores que con mayor frecuencia e intensidad se presentan en determinada realidad social. El primer aspecto sirve para adecuar a la causalidad del "estado" sujeto a investigación, la medida más apropiada. El segundo, iluminado por las comprobaciones estadísticas, atañe a los propósitos de la Política Criminal.

Idéntica orientación se impone en el estudio etiológico de la peligrosidad en los menores, única base sobre la cual puede edificarse cualquier obra que tienda honradamente a la solución integral del problema. Sería falso, y fracasaría, cualquier empeño, estatal o particular, que omitiera el conocimiento de imperativos biológicos o sociales, a los cuales debe el menor "peligroso" o "en peligro" el encausamiento de su actividad y de su posición.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima
 Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Biotipología somática del asmático

Por el Dr. DOMINGO G. KUON CABELLO

Se han estudiado 32 casos de Asma Bronquial, que no padecían complicaciones a fin de evitar en lo posible causas que hubiesen podido influir en los datos somatométricos encontrados. Los que ostentaban otra afección, revelaban, seguramente, otras tantas meiopragias del sujeto, puesto que existe la predisposición constelacional en muchos individuos.

Se seleccionó el material humano, tratando de hacerlo lo más homogéneo posible; en su mayor parte fueron individuos de raza mestiza, interviniendo en cantidad escasa los de otras razas, los que pueden servir de términos de comparación, pues en principio se supone que son indiferentes una ú otra raza cuando se habla de tipos predispuestos a una enfermedad; se prefirió el sexo masculino. En cuanto a la edad se han tomado sujetos de 25 a 50 años, Nefrosclerosis.

por término medio, cuando la constitución está perfectamente definida. No se han recogido pruebas que definan si la enfermedad imprime modificaciones en el tipo morfológico de los enfermos.

Se adoptó la Ficha somatométrica de VIOLA.

El instrumental utilizado fué una cinta gradada en centímetros; un metro; un compás de espesor para los diámetros transversales, y otro para los antero-posteriores. Este material forma parte del preconizado por VIOLA y nos lo proporcionó el Dr. CARLOS A. BAMBARÉN, a quien debemos la orientación de este trabajo y también su valiosa y abundante bibliografía, todo lo cual compromete nuestro más profundo y vivo reconocimiento.

La somatometría es bastante sencilla, no requiriendo más de diez minutos por individuo, tiempo que vale la pena emplear por los datos exactos que proporciona. Las medidas y de los valores índices, están consignados en las Fichas que van enseguida.

Los valores absolutos obtenidos se han convertido en grados centesimales, para permitir la comparación de las medidas somáticas entre sí. Basta esta conversión, cuando se trata de buscar únicamente el tipo morfológico. No ocurriría lo mismo si hubiéramos tomado además datos funcionales y psíquicos, en cuyo caso había necesidad de lograr los grados sigmáticos respectivos. Haciendo el cálculo de las fórmulas biotípicas, se ha visto que coinciden con bastante aproximación con las cifras consignadas en la tabla de grados centesimales de VIOLA-FICI, que figura en la obra de MARIO BARBARA: "I Fondamenti della Biotipologia Humana".

Esencialmente, dicha tabla consiste en lo siguiente: Correspondiendo a cada carácter morfológico investigado, se consigna en la línea de las abscisas los diferentes valores absolutos, que tienen como término de referencia un valor central, que corresponde al valor medio. A partir de éste, hacia la derecha se anotan los valores absolutos positivos, es decir, que están por encima del valor medio-normal; a la izquierda se hallan los valores negativos o por debajo de lo normal. En la línea de las ordenadas y siguiendo la dirección de cada valor absoluto, se encuentra el grado centesimal respectivo. Estos grados en la table de VIOLA, van del cero, que corresponde a todos los valores normales, terminando en treinta para los negativos. Los valores de las Fichas se han calculado siguiendo los cánones de la metodología; nos hemos evitado muchas veces el verificar los cálculos, comparando con los valores aproximativos de la tabla, cuando los errores no han sobrepasado de décimas o centésimas de grado, lo que no tiene importancia práctica, pues de todos modos no se debe dar un significado rígido a los números, cuando existe un amplio margen funcional muy individual.

Convertidos los valores absolutos en grados centesimales, se procede a formular las relaciones establecidas por VIOLA, y también las de BARBARA, lo que ha permitido, clasificar los tipos morfológicos según la terminología de ambos autores.

Primero se exponen los valores absolutos, tal como se los ha encontrado en los diversos sujetos, pudiendo observar que no se des-

precian las fracciones más pequeñas, con el objeto de dar la máxima aproximación a la realidad. Después, vienen las mismas Fichas expresadas en grados centesimales, que son también lo más aproximativas; posteriormente se hace la síntesis y la calificación del tipo somático.

PRIMERA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado A. T. M.—Edad 56 años.—Raza mestiza.—Lugar de nacimiento Chiclayo.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

Durante su vida padeció además Bronconeumonía y Paludismo. Hizo un cuadro de artritis con las siguientes manifestaciones: esclerosis pulmonar con insuficiencia cardiaca consecutiva; eczema y uricemia, falléciendo por asistolia.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.66 m. — Peso 58 kgrs.

Distancia biacromial	39.5 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	24 "	posterior	23 cm.
Longitud del esternón	16.5 "	Distancia epigastro-púbica ..	25 "
Diámetro torácico transverso ..	21.5 "	Diámetro bicrestolliaco	23.2 "
Diámetro torácico antero -		Longitud del miembro supe-	
posterior	23.4 "	rior	75.5 "
Distancia xifo - epigástrica..	8 "	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco		rior	81.5 "
transverso	21 "		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	8.301150 ltrs.	Valor total del abdomen	17.204 ltrs.
Valor del abdomen su-		Valor del tronco	25.505150 "
rior	3.864 "	Valor de los miembros..	157. cm.
Valor del abdomen in-			
ferior	13.340 "		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	- 4	Miembros	+ 16
Abdómen total	- 5	Tórax	- 1
Abdómen superior	- 20	Abdómen inferior	+ 3
Diám. tor. ant. post.	+ 17	Diámetro tor. transv.	- 22
Diám. hip. ant. post.	- 13	Diámetro hip. transv.	- 21
Diám. hip. ant. post.	- 13	Diámetro tor. ant. post.	+ 17
Long. abdómen	- 7	Longitud tórax	+ 6
Miembro superior	+ 6	Miembro inferior	+ 3
Yugalo púbica	- 3	Miembro inferior	+ 3

RELACIONES DE BARBARA

Tronco	- 4	Miembros	+ 16
Tórax	- 1	Abdómen	- 4
Longitud tórax	+ 6	Diámetro torác. transv.	- 22
Longitud tórax	+ 6	Diámetro torác. ant. post.	+ 17
Abdómen superior	- 20	Abdómen inferior	+ 3

Tipo morfológico.—Microespláncico (VIOLA).—Longitipo con antagonismo.

Primera combinación de BÁRBARA.

SEGUNDA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado F. R. B.—Edad 43 años.—Raza mestiza.—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnósticos* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.62 m. — Peso 55 kgrs.

Distancia biacromial	36 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	29.3 "	posterior	18.2 cm.
Longitud del esternón	16.5 "	Distancia epigastro-púbica .	14.5 "
Diámetro torácico transverso	28.9 "	Diámetro bicrestoiliaco	28.1 "
Diámetro torácico antero-		Longitud del miembro supe-	
posterior	21.7 "	rior	53 "
Distancia xifo-epigástrica..	16.5 "	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco		rior	81 "
transverso	31.5 "		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	10.347645 ltrs.	Valor del total del ab-	
Valor del abdómen su-		dómen	16.875040 ltrs.
perior	9.459450 "	Valor del tronco	27.222685 "
Valor del abdómen in-		Valor de los miembros..	134. cm.
ferior	7.415590 "		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	- 1	Miembros	- 1
Abdómen total	- 5	Tórax	+ 6
Abdómen superior	+ 8	Abdómen inferior	- 15
Diámetro torác. ant. post.	+ 8	Diámetro torác. transv.	+ 4
Diámetro hipoc. ant. post.	- 9	Diámetro hipoc. transv.	+ 19
Diámetro hipoc. ant. post.	- 9	Diámetro torác. ant. post.	+ 8
Longitud abdómen	- 12	Longitud tórax	+ 6
Miembro superior	- 6	Miembro inferior	+ 2
Yugulo púbica	- 27	Miembro inferior	+ 2

RELACIONES DE BARBARA

Tronco	- 1	Miembros	- 1
Tórax	+ 6	Abdómen	- 5
Longitud tórax	+ 6	Diámetro torác. transv.	+ 4
Longitud tórax	+ 6	Diámetro torác. ant. post.	+ 8
Abdómen superior	+ 8	Abdómen inferior	- 15

Tipo morfológico.—Microsómico armónico o paracentral inferior (VIOLA). Cuarta combinación de BARBARA.

TERCERA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado J. Y. A.—Edad 53 años.—Raza negra.—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.—Insuficiencia cardiaca derecha.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.60 m. — Peso .. kgrs.	
Distancia biacromial	37 cm. Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia biaxilar	22.9 " posterior
Longitud del esternón	20 " Distancia epigastro-púbica ..
Diámetro torácico transverso ..	27.8 " Diámetro bicrestoilíaco
Diámetro torácico antero-	Longitud del miembro supe-
posterior	21 " rior
Distancia xifo-epigástrica ..	8 " Longitud del miembro infe-
Diámetro hipocondriaco	rior
transverso	25.4 " 78 "

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	11.676	ltrs.	Valor total del abdó-
Valor del abdómen su-			men
perior	4.572	"	19.665
Valor del abdómen in-			ltrs.
rior	15.093	"	Valor del tronco
			31.341
			"
			Valor de los miembros ..
			136.
			cm.

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	+ 17	Miembros	+ 1
Abdómen total	0	Tórax	+ 10
Abdómen superior	- 16	Abdómen inferior	+ 7
Diámetro torác. ant. post.	+ 15	Diámetro torác. transv.	0
Diámetro hipoc. ant. post.	+ 13	Diámetro hipoc. transv.	- 4
Diámetro hipoc. ant. post.	+ 13	Diámetro torác. ant. post.	+ 5
Longitud abdómen	- 4	Longitud tórax	+ 28
Miembro superior	+ 3	Miembro inferior	- 1
Yugulo pública	+ 6	Miembro inferior	- 1

RELACIONES DE BARBARA

Tronco	+ 17	Miembros	+ 1
Tórax	+ 10	Abdómen	0
Longitud tórax	+ 28	Diámetro torác. transv.	0
Longitud tórax	+ 28	Diámetro torác. ant. post.	+ 5
Abdómen superior	- 16	Abdómen inferior	+ 7

Tipo morfológico.—Mixto con tendencia a la braquitipia (VIOLA). Variedad B o braquitipo excedente (BÁRBARA).

CUARTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado G. C.—Edad 49 años.—Raza Negra.
—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.68 m. — Peso 55 kgrs.

Distancia biacromial	36	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	24	"	posterior	19
Longitud del esternón	19.5	"	Distancia epigastro-púbica .	18
Diámetro torácico transverso	25.5	"	Diámetro bicrestoiliaco	23
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	19.5	"	rior	59
Distancia xifo-epigástrica ..	12	cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	81
transverso	23.9	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	9.696	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-			men	13.315
perior	5.449	"	Valor del tronco	23.011
Valor del abdómen in-			Valor de los miembros..	140.
ferior	7.866	"		cm.

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	- 7	Miembros	+ 13
Abdómen total	- 13	Tórax	+ 4
Abdómen superior	- 11	Abdómen inferior	- 13
Diámetro torác. ant. post. ...	- 2	Diámetro torác. transv.	- 8
Diámetro hipoc. ant. post. ...	- 5	Diámetro hipoc. transv.	- 10
Diámetro hipoc. ant. post. ...	- 5	Diámetro torác. ant. post.	- 2
Longitud abdómen	- 15	Longitud tórax	+ 25
Miembro superior	+ 4	Miembro inferior	+ 2
Yugulo púbica	- 3	Miembro inferior	+ 2

Tipo morfológico.—Microesplácnico (VIOLA). Primera combinación o longitipo con antagonismo (BÁRBARA).

QUINTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado D. S.—Edad 49 años.—Raza Mestiza.—Lugar de nacimiento Taucá (Pallasca).—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.68 m. — Peso .. kgrs.

Distancia biacromial	34	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	27.9	"	posterior	24
Longitud del esternón	15	"	Distancia epigastro-púbica ..	22
Diámetro torácico transverso ..	26.9	"	Diámetro bicrestoiilíaco	27.9
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	25.	"	rrior	62.5
Distancia xifo-epigástrica ..	14		Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rrior	82
transverso	26	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	10.087	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-			men	23.467
rior	8.736	"	Valor del tronco	33.554
Valor del abdomen in-			Valor de los miembros ..	144.5
ferior	14.731	"		cm.

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	+ 6	Miembros	+ 7
Abdómen	+ 6	Tórax	+ 15
Abdómen superior	+ 5	Abdómen inferior	+ 7
Diámetro torác. ánt. post.	+ 31	Diámetro torác transv.	+ 4
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 20	Diámetro hipoc. transv.	- 2
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 20	Diámetro torác. ánt. post.	+ 31
Longitud abdomen	+ 2	Longitud tórax	+ 12
Miembro superior	+ 11	Miembro inferior	+ 4
Yugulo púbica	0	Miembro inferior	+ 4

Tipo morfológico.—Mixto (VIOLA). Variedad A. de BÁRBARA. Longitipo excedente.

SEXTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado C. Y.—Edad 68 años.—Raza Mestiza.—Lugar de nacimiento Ica.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.—Nefroesclerosis.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.53 m. — Peso 41.5 kgrs.

Distancia biacromial	30	cm.	Diámetro hipocondriaco ant-	
Distancia biaxilar	24.1	"	posterior	21.5 cm.
Longitud del esternón	17	"	Distancia epigastro-púbica ..	24 "
Diámetro torácico transverso	24.2	"	Diámetro bicrestoiíaco	21.7 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	23	"	rior	57 "
Distancia xifo-epigástrica ..	6	"	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	74 "
transverso	25.1	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	9.4622	ltrs.	Valor total del. abdó-	
Valor del abdomen su-			men	14.43510 ltrs.
perior	3.23790	"	Valor del tronco	23.89730 "
Valor del abdomen in-			Valor de los miembros..	131. cm.
ferior	11.19720	"		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	- 6	Miembros	- 3
Abdómen	- 10	Tórax	+ 3
Abdómen superior	- 25	Abdómen inferior	- 3
Diámetro torác. ánt. post.	+ 15	Diámetro torác. transv.	- 13
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 8	Diámetro hipoc. transv.	- 5
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 8	Diámetro torác. ánt. post.	+ 15
Longitud abdomen	- 15	Longitud tórax	+ 9
Miembro superior	+ 1	Miembro inferior	- 6
Yugulo púbica	- 8	Miembro inferior	- 6

Tipo morfológico.—Mixto (VIOLA). Variedad D de BARBARA. Longitipo deficiente.

SÉTIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado G. B.—Edad 25 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Ancash (Llamellín).—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.64 m. — Peso 56 kgrs.

Distancia biacromial	35	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	22	"	posterior	24.4 cm.
Longitud del esternón	25.5	"	Distancia epigastro-púbica .	25 "
Diámetro torácico transverso	25.5	"	Diámetro bicrestoillico	26.9 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	23.2	"	rior	57 "
Distancia xifo-epigástrica ..	11		Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	81 "
transverso	27	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	10.64880	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-			men	23.6558 ltrs.
perior	7.2468	"	Valor del tronco	37.30460 "
Valor del abdomen in-			Valor de los miembros..	138. cm.
ferior	12.409	"		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	+ 9	Miembros	+ 2
Abdómen	+ 6	Tórax	+ 7
Abdómen superior	- 2	Abdómen inferior	+ 10
Diámetro torác.ánt. post.	+ 16	Diámetro torác. transv.	- 8
Diámetro hipoc.ánt. post.	+ 22	Diámetro hipoc. transv.	+ 2
Diámetro hipoc.ánt. post.	+ 22	Diámetro torác.ánt. post.	+ 16
Longitud abdomen	+ 2	Longitud tórax	+ 15
Miembro superior	+ 1	Miembro inferior	+ 2
Yugulo púbica	+ 6	Miembro inferior	+ 2

Tipo morfológico.—Mixto con tendencia a la braquitipia (VIOLA). Variedad B o braquitipo excedente (BÁRBARA).

Algunas sugerencias para la campaña eugenésica que conviene al Perú

Por la Srta. MARIA J. ALVARADO RIVERA

Si es evidente que las generaciones actuales han heredado, para la elevación moral y el bienestar material de la vida, un valioso patrimonio en las experiencias de la penosa marcha de la humanidad, a través de las edades, también es verdad que en costumbres, leyes, organización social, etc., se ha recibido un funesto legado de ignorancia, errores, prejuicios, convencionalismos e hipocresías, que producen males terribles en el individuo y en la sociedad.

Mas, si se reflexiona, que según algunos investigadores, la civilización sólo data de diez mil años, mientras que el hombre lleva un millón de años de existencia sobre la tierra, será posible explicar nuestras imperfecciones actuales; considerar con gran benevolencia los errores de nuestros ascendientes; abrigar la convicción que el hombre es susceptible de perfeccionamiento indefinido; y con fé firme en un porvenir mejor, laborar cada uno en el radio de acción de sus aptitudes, para que lo alcancen las generaciones venideras.

Tal es el ideal que agita hoy en los países más adelantados a los hombres de ciencia; a los cerebros clarividentes orientados en las leyes de la evolución; a los seres conscientes de la enorme responsabilidad que tienen para con la humanidad futura.

Múltiples son los problemas planteados en el momento en que vivimos en pró de la raza; pero ninguno más importante y trascendental que el de la Eugenesia, que trata del perfeccionamiento del hombre, desde antes de su nacimiento; más aún, desde antes

que principie su vida en el seno materno; se diría con exactitud de la selección de la simiente humana, para obtener el mejoramiento del individuo y la especie.

Y digo que es esto el problema más importante, porque el hombre es el generador de su propia civilización, cuyo objetivo es su felicidad. Luego, pues, si este ser que simultáneamente es creador y objetivo de la cultura, resulta deficiente biológicamente: débil, enfermo, retardado mental, perverso congénito, anulará la acción de todos los demás factores que tiendan a su perfeccionamiento. De aquí que el problema de la educación eugénica, sea el problema básico del progreso humano.

La Eugenesia que tuvo sus precursores en la legislación de los pueblos antiguos: Egipto, India, Judea, Grecia, etc. fué estudiada, fundamentada y proclamada como ciencia por Sir. FRANCISCO GALTON en 1883. Ha permanecido, pues casi ignorada medio siglo, y mientras los gobernantes multiplicaban los establecimientos de enseñanza técnica, para mejorar los vegetales y diversas especies animales, la progenie del hombre, quedaba abandonada al instinto sexual, al azar.

Hoy una corriente universal trata de subsanar esta punible apatía, difundiendo los conocimientos de las leyes de la vida, para evitar que vengan al mundo niños débiles, enfermizos, tarados, que lleven una mísera existencia de dolor, siendo una carga pesada para los padres y el Estado.

La enseñanza de la Eugenesia, con ser tan racional, tan noble, tan humana, ha encontrado y encuentra aún, gran resistencia.

Por esto se le debe difundir, para destruir funestos errores y llevar a la conciencia social el convencimiento que es imperiosa necesidad, enseñar a la juventud el conocimiento de las leyes científicas que rigen la generación.

La Eugenesia es factor de evolución biológica, de un mayor desarrollo mental y de una nueva ética. El hombre actual ha sido educado en el concepto que puede gozar de una amplia libertad en sus relaciones sexuales, sin detrimento alguno de su salud, ni de sus responsabilidades personales. Sus aventuras galantes, sus conquistas—que implican falta de lealtad en la seducción y crueldad en el abandono—son timbres de gloria en su vida de temerario y la función sexual sin restricciones, se considera necesidad fisiológica imperiosa, para equilibrar la salud...

A la mujer, en cambio, se le exige castidad en su vida de soltera y se le inculca tolerancia para los desórdenes sexuales del varón, "porque es hombre", "porque el hombre tiene aventuras", "porque todos los hombres son iguales", "porque el hombre nada pierde".

Y de aquí tanto matrimonio desgraciado, sacrificada la esposa a una prole débil, degenerada, por el agotamiento del organismo del padre, cuando no por la herencia de una terrible enfermedad.

Ya en 1923 decía: "Es imperioso educar a las niñas en el conocimiento y respeto de las leyes de la vida para que sepan seleccionar esposo; debe inculcárseles *que la moral es una sola para los*

dos sexos, debiendo el hombre observarla y respetarla tanto como la mujer, plasmándola en costumbres sanas y honestas, debiendo la Sociedad hacerle objeto de rigurosa censura en caso de alcoholismo y libertinaje. Es deber ineludible despertar en las niñas el concepto de la responsabilidad de la maternidad y que sólo deben aceptarla cuando sea en condiciones de dar vida a seres sanos y fuertes y de poder atender a su sostenimiento y educación, sin miseria ni dolor".

Y agregaba: "Cuando la mujer destruya ese principio de tolerancia pernicioso, que tiene para la vida erótica del varón, restándole por el contrario, su estimación y concediendo su afecto sólo al hombre honesto y verdaderamente digno, se reformará indefectiblemente la conducta del sexo masculino, elevándose a mayor nobleza para alcanzar la ternura de la mujer, pues, como dice MANTOGAZZA, si mañana la mujer no concediese sus amores más que al hombre honrado y laborioso; si fuese posible que el hombre no amase más que a la mujer pudorosa, veríase regenerada la humana familia en el transcurso de una generación y veríamos educados a los hombres por medio del amor".

Así, pues, la Eugenesia está llamada a evolucionar la moral, exaltando la dignidad individual y creando un claro concepto de la responsabilidad y respeto que debemos asumir por la humanidad futura, para que alcance sus nobles destinos.

Otra innovación que se derivará del conocimiento de la Eugenesia, es la reforma legislativa sobre el matrimonio y los derechos del niño, cualesquiera que sean las circunstancias de su nacimiento. Igualmente propulsará la asistencia social a la madre y al infante en las formas más eficaces, para la selección de las nuevas generaciones.

Conociéndose las leyes indefectibles de la herencia, se ennoblecera el amor, haciéndose más racional y consciente la elección del esposo y de la esposa, buscando antes que meros objetivos de vanidad, interés y placer, una noble genealogía de salud y buenas costumbres.

Inspirada en estos principios, que preconizo en una ya prolongada campaña por el mejoramiento social, concreto en las siguientes sugerencias algunos de los elementos que integrarían el Plan eugenésico que requiere el Perú:

I.—Fundar una "Sociedad de Eugenesia" para estudiar los múltiples problemas que comprende esta ciencia y elaborar los programas de enseñanza técnica.

II.—Sostener amplia y tenaz propaganda por la prensa, el folleto y la conferencia para la divulgación de la Eugenesia.

III.—Crear con la juventud de los dos sexos, Círculos que tengan por objetivo el estudio de la Eugenesia y que sus miembros hagan voto de honor de observar las normas de esta ciencia en su vida de solteros y cuando constituyan una familia.

IV.—Auspiciar la dramatización de casos de herencia patológica, para llevar a la conciencia del auditorio el sentimiento de la responsabilidad de la procreación.

V.—Gestionar que se incluya la enseñanza de la Eugenesia y de la Educación Sexual, en los programas de estudios.

VI.—Pedir que las disposiciones eugenésicas prenupciales del Código Civil, previa reforma, alcancen eficiencia en toda la República, para garantizar la salud de las nuevas generaciones y que se prescriba la “Libreta de salud matrimonial” y el examen médico serio de los recién nacidos.

VII.—Solicitar, igualmente, que se declaren delitos el “contagio venéreo” y procrear hijos tarados.

Tales son algunos elementos de los que necesita emplear el Perú para iniciar la cruzada eugenésica que requiere su población depauperada.

Y realizando con fé robusta y energía indeclinable tan noble obra, se formará la conciencia de la paternidad y de la maternidad que comprende tantas responsabilidades, no aceptadas universalmente porque la influencia secular de las costumbres siempre estuvo en pugna con los intereses de la especie. Así se conseguirá que las nuevas generaciones sean menos torturadas por el dolor, y que disminuyan, cuando no desaparezcan por completo, las legiones de desgraciados que llenan hospitales, manicomios, asilos y presidios, porque nacieron predestinados biológicamente por herencia morbosa de sus progenitores, para enfermar, alienar, invalidar y delinquir.

Y salvada nuestra patria, en sus habitantes, de taras ancestrales, podrá realizar las más nobles conquistas en los dominios de las ciencias y la práctica de los sentimientos de confraternidad, única senda por la cual la humanidad llegará a alcanzar su verdadera redención.

Colaboración al plan eugenésico que requiere el Perú

Por el Dr. ALEJANDRO BENAVENTE ALCAZAR

No hay tren posible en marcha hacia su estación terminal cumpliendo su itinerario, si no existe una fuerza mecánica que, desde la locomotora, mueva su engranaje y si no hay dos rieles sobre los cuales el tren se deslice suave y fácilmente. Así es la vida de los pueblos: un tren en marcha. El tren, es la *nación*; la locomotora, el *Estado*; el agente energético que mueve su engranaje, el *nivel económico*; y los dos rieles sobre los que debe marchar el tren

de la nacionalidad, son *Educación* y *Sanidad*, o mejor dicho, los dos rieleos simbolizan el capital humano visto en su aspecto integral.

En la vida de los pueblos tienen significado básico y vital: la economía, la educación y la sanidad; del grado de perfección con que se hayan resuelto depende el ascenso material y espiritual, dentro del progreso humano. La mayor perfección posible de estas tres cuestiones vitales, debe ser el supremo anhelo de la nacionalidad. Partípeos de este anhelo, propugno una política eugénica enfocada en el niño, cuyo eje debe ser una inteligente dirección médico-educacional que arranque desde los progenitores, y bajo un *plan de acción* que, a la vez, contemple la preparación del personal técnico y la educación especial de la mujer para la maternidad conciente.

Para sentir la necesidad de colaborar, desde todos los niveles sociales, en el plan eugenésico que se debe realizar en el Perú, es preciso sentir la tragedia biológica que exhibe nuestro capital humano, emoción necesaria para formar la conciencia social eugénica. De ahí que se comience el presente trabajo con el cuadro sintético de dicha tragedia.

NUESTRA TRAGEDIA BIOLOGICA

La marha fatigosa y lenta de nuestra nacionalidad, la trayectoria seguida a través de nuestra historia, es la consecuencia de una Educación y Sanidad sin la debida firmeza. Fruto de esta falta de política constructiva, es el desastroso saldo de:

—Una enorme legión de inválidos—reumáticos, heredo-alcohólicos, heredo-sifilíticos, degenerados mentales, etc., etc.—que yacen arrinconados en todas nuestras ciudades y villorios, fuera de los que pueblan nuestros Asilos y Nosocomios; inválidos para los que la Ciencia casi nada puede ofrecer.

—Una morbilidad y mortalidad por tuberculosis que no se podrá detener, mientras el factor *predisposición* hereditaria, no se aniquile desde la vida pre-natal; y mientras, de otro lado, no se destierre de nuestros valles el flajelo palúdico y no se mejore el nivel de vida del proletariado.

—Una crecida mortalidad infantil que no se podrá rebajar, mientras no actúe una acción médico-preventiva contra el siniestro contubernio de la desvalorización biológica y la ignorancia materna.

—El cáncer y la sífilis resistiendo a toda profilaxia—sobre todo en los pueblos de nuestra región andina—transformando a sus víctimas en cargas indeseables y penosas para la Sociedad y el hogar, fuera de la participación que ellas tienen en la degeneración de la raza.

—El alcoholismo y coquinismo, contra los que nada se ha hecho para detener su obra embrutecedora y aniquilante de nuestra población indígena.

—Una población escolar con apreciable depreciación de sus valores vitales, amenazando con generaciones improductivas y recargadas de taras; en ella se hallan en potencia los candidatos que han de sobre-poblar mañana Nosocomios y Presidios.

—Y, por último, un tipo étnico que presenta—según los cuadros de HUMBOLDT y BLANCHARD—16 combinaciones de hibridación racial, dominando el binomio africano-mongol.

Estos hechos colocan al Perú en condiciones de inferioridad, que exigen buscar un tipo racial definido cuyos valores heredados y adquiridos sean estables.

Ante esta tragedia de nuestro capital humano, se necesita adoptar soluciones inmediatas.

SOLUCION DEL PROBLEMA

Los recursos de la Medicina Preventiva para evitar las actuales enfermedades que diezman y degeneran nuestra raza, no serán suficientes para elevar el potencial biológico viciado por taras y errores traídos del pasado por la herencia y sometido a una ciega influencia ambiental.

Los medios preventivos y curativos que hoy se emplean no resuelven nuestra tragedia biológica. Si a la luz de todas las disciplinas de la ciencia del hombre, se estudian los problemas que atañen a la población del Perú, se verá que la verdadera previsión, es *preparar al hombre*.

Y *preparar al hombre*, no es recluirlo en un presidio para que purgue un delito que la Sociedad pudo evitar; ni darle un Hospital o Manicomio donde cure dolencias que la misma Sociedad pudo prevenir. Preparar al hombre es, precisamente, evitarle la caída en el delito y preservarle de la enfermedad por *acción de sí mismo*, es decir, por exaltación de sus propias defensas biológicas, y no por medios artificiales.

Preparar al hombre, es ayudarle a superarse, actualizando sus cualidades virtuales; y ayudarle a purificarse, liberándolo de las taras y errores que arrastra del pasado.

Preparar al hombre, es obra de la EUGENESIA.

LA EUGENESIA

La *reconstrucción del hombre*, comprende dos cuestiones fundamentales:

La *primera* referente a la herencia, o sea, la de oponerse a los determinismos morbosos corrigiendo las taras o viciamientos del plasma germinativo; y

La *segunda* referente al individuo mismo, o sea, la de actualizar los valores virtuales que la individualidad trae en su esencia.

Tales son las cuestiones fundamentales planteadas a la Eugenesia y que habrá de resolverlas con tanto más acierto cuanto más se

progrese en los dominios de la Genética y Heredología, ciencias biológicas que son las sólidas columnas sobre las que descansa el mejoramiento de la especie humana, precisado por FRANCISCO GALTON y ya enunciado desde la época helénica.

El hombre sigue siendo, todavía, un problema por la extrema complejidad que ofrecen sus cromosomas, los que por una multitud de factores, hacen posible millones de combinaciones de los *genes*. No sabemos cómo determinar, en el plasma germinativo, una evolución progresiva, ni cómo provocar, mediante mutaciones apropiadas, la aparición de seres superiores o tipos deseables.

Si la trasmisión de los caracteres del hombre, obedece a las leyes de la herencia, se necesitaría métodos especiales para destruir innumerables caracteres indeseables; y tales métodos no existen ni aún los vislumbramos.

Como el hombre no es sólo un *ser animal* cuyo mejoramiento racial reclama una estricta sujeción a las leyes biológicas; sino también un *ser psicológico* que orienta y define su vida dentro de ciertas aptitudes mentales y tendencias espirituales que son muy individuales, y que necesita saber orientar para su mejor desenvolvimiento y progreso; y también un *elemento social* cuyas características físicas, morales y económicas, repercuten sobre la estructura y destinos del grupo a que pertenece, aunque se resuelva el problema genético, sólo se habrá conseguido mejorar su aspecto biológico, quedando por resolverse los problemas referentes a los otros aspectos que completan su constitución bio-psico-social.

LA EUTENESIA

Si la Eugenesia tiene sus escollos, la *Eutenesia* por una inteligente dirección del proceso evolutivo de la personalidad, puede corregir los defectos somáticos y psíquicos heredados o adquiridos, y actualizar todos aquellos valores que eleven la expresión psico-somática del hombre.

Todo ello es posible:

- a) Porque en la esencia de la individualidad yacen capacidades potenciales o posibilidades de perfectibilidad susceptibles de actualización.
- b) Porque dicha actualización reclama estímulos ambientales.
- c) Porque el proceso evolutivo de la personalidad obedece a dos clases de fuerzas: *endógenas* y *exógenas*, expresadas en una facultad deliberativa y adquisitiva que aparece en cierto momento de nuestra evolución ontogénica.
- d) Porque la facultad deliberativa y adquisitiva intervienen en el proceso evolutivo de la personalidad, asumiendo la auto-dirección de ésta, con tanto más acierto y perfección cuanto mejor orientadas estuvieron las fuerzas ambientales de la primera gran etapa de dicho proceso evolutivo.

- e) Porque los períodos pre-natal, nipiológico y paidológico, que constituyen la primera gran etapa en la evolución ontogénica, deben considerarse como los períodos básicos de la formación de la personalidad y sobre la cual puede actuarse con grandes perspectivas de éxito.

La Eutenesia sostiene que bajo una inteligente dirección de las fuerzas ambientales pre y post-natales, es posible elevar la expresión psico-somática de la personalidad y corregir, en mucho, las taras acarreadas por la herencia.

La reconstrucción del hombre enfocada en el niño, debe concentrarse, principalmente, en la primera gran etapa de la evolución individual, que es la etapa básica de la formación de la personalidad, hoy abandonada a la ciega dirección del azar e ignorancia.

LA EUTENESIA RECLAMA UN PERSONAL ESPECIALIZADO

La dirección del proceso evolutivo de la personalidad, sobre todo en su primera gran etapa, requiere una especial preparación de quienes la tengan a su cargo; requiere dominio de la Biología, Psicología, Etica, Medicina y Pedagogía; disciplinas que dan un claro conocimiento de los diversos aspectos de nuestra realidad psico-biológica y al asociar y eslabonar todas estas ciencias sobre el hombre, permiten obtener una visión global o de síntesis. Y es, justamente, esta visión, que abarca todos los aspectos de la constitución del hombre y sus múltiples relaciones con el mundo exterior, la que reclama la dirección reconstructiva de la individualidad.

La obra eutenésica se reduce a una cuestión médico-educacional, con tales caracteres que adquiere una fisonomía *sui generis*, una nueva rama de la Medicina, la Medicina educacional o Medicina Pedagógica. La *primera* señala los factores mórbidos heredados o adquiridos y enseña la manera de rectificar las desviaciones que esos factores determinaron; la *segunda* aporta su arte y sus métodos para actualizar y exaltar los valores que deben elevar la expresión psico-somática de la personalidad.

Es en este nuevo aspecto de la Medicina que deben prepararse los futuros directores de la reconstrucción de nuestro capital humano, para lo cual habría que organizar una Escuela Superior de Eugénica.

PREPARACION DE LA MUJER PARA LA MATERNIDAD

La preparación de la mujer para un mejor conocimiento de su misión materna, dados los lazos biológicos que atan estrechamente al binomio madre-hijo durante la primera gran etapa del desenvolvimiento de éste, muy especialmente en los dos primeros perio-

dos de esta etapa, es otro de los elementos esenciales para hacer Eutenesia.

En el período pre-natal, la vida en formación reclama para su desenvolvimiento las energías aportadas por el organismo materno; de la índole de estas fuerzas depende la calidad estructural: biológica y espiritual, que mañana habrá de expresar el nuevo ser. Es indiscutible la influencia de las actividades psíquicas maternas sobre la vida fetal, no sólo en lo somático, sino también en la futura expresión psíquica. En cuanto a la calidad somática del niño, ella depende de los equilibrios neuro-endocrinos maternos y de la calidad y cantidad de los materiales plásticos y energéticos aportados por la madre.

Esta poderosa influencia materna sobre la vida pre-natal, afirma el convencimiento de sentirnos "más hijos" de nuestra madre que de nuestro padre. El padre y la madre dan los elementos procreadores que constituyen la célula fecundada; pero ésta célula se inicia, vive, multiplica, y organiza en pleno escenario materno, gracias al riego biológico exclusivo de éste. El padre y la madre dan el patrimonio hereditario, pero es sólo la madre, la única capaz de neutralizar, en mucho, este patrimonio y de actualizar las virtualidades ancestrales.

El parto—que inicia el segundo período—no fracciona totalmente el binomio. El niño sigue atado biológicamente a la madre a través de la lactancia y de los cuidados y preocupaciones maternos que demanda su pequeño organismo, débil e indefenso. Es el período que reclama de la madre el más perfecto arte de la crianza infantil y de una especial educación biológica.

Y más allá, cuando la "verticalidad" y la "palabra" denuncian el tercer período o paidológica, sigue, aún, el nexo biológico bajo nuevos y trascendentales aspectos. Uno de éstos, es el interés que el niño muestra por el mundo exterior al contacto de los estímulos que éste le ofrece; estímulos que determinan en el niño esa actividad física y anímica, ciega e instintiva que la madre ha de frenar y orientar oportuna y sabiamente. Es el período en el que la imitación y la curiosidad—fuerzas que la naturaleza ha impreso en el alma del niño para acelerar su evolución—reclaman de la madre una inteligente dirección.

El desenvolvimiento de la primera gran etapa del proceso evolutivo de la personalidad, está pues estrechamente ligada a la función materna; no puede haber por lo tanto política constructiva del capital humano si no se prepara a la mujer para el más perfecto cumplimiento de dicha función. Y esta preparación es sólo factible creando escuelas especiales que denominamos Escuelas Elementales de Prevención Eugénica, donde la niña que haya terminado su instrucción primaria curse obligatoriamente su "Año Maternológico".

Todo plan eugenésico exige la preparación de la mujer para la "maternidad conciente", que sólo podrá adquirirse creando Escuelas Elementales de Prevención Eugénica.

PREVENCION EUTENESICA Y PREVENCION INMUNOLOGICA

La Eugenesia, al señalar el camino del perfeccionamiento de la especie humana bajo la estricta aplicación de las leyes biológicas, se presenta como una arma valiosa de *verdadera prevención* contra las enfermedades y vicios que producen su degeneración; la prevención eutenésica, concretándose al individuo, tiende a la actualización de sus potencialidades biológicas y, en consecuencia, a preservarlo de la enfermedad por acción de sus propias y naturales defensas.

Al lado de esta *prevención eutenésica*, existe la *prevención inmunológica*, que resulta de la Medicina Preventiva, pero sólo con fines profilácticos circunstanciales y no constructivos.

LA PREVENCION EUGENICA; PRINCIPALES DIRECTIVAS DE SU ACCION

La obra práctica de la Eugenesia es reconstruir el capital humano, es decir, librar a las generaciones futuras de la enfermedad hereditaria y de los estados degenerativos que destruyen dicho capital.

Si se quiere solucionar nuestra tragedia biológica, realizando una política eugénica enfocada en el niño, hay que crear, dentro de los organismos de la Salud Pública, una nueva función: la *PREVENCION EUGENICA* que se ejercería por intermedio del Instituto Nacional del Niño.

Con este concepto la Sanidad nacional adquiere dos funciones esencialmente distintas: una de *prevención eugénica* (prevención natural); y otra, de *prevención inmunitaria* (prevención artificial); ambas funciones deben estar perfectamente vinculadas.

CONCLUSIONES

- 1)—Es necesidad urgente un Plan eugenésico para el Perú.
- 2)—En dicho Plan cabe la labor eutenésica enfocada en la defensa del niño.
- 3)—La Eutenesia es en el fondo una *cuestión médico-educacional* que debe iniciarse desde la vida pre-natal, con un personal técnicamente especializado.
- 4)—La Sanidad Nacional necesita estructurarse de modo que realice *Prevención eugénica* y *Prevención inmunitaria*.
- 5)—Hay que preparar el personal técnico que reclama la nueva función de la Sanidad Nacional, mediante una *Escuela de Eugenesia*.
- 6)—La preparación de la mujer para la "maternidad consciente", exige la creación de Escuelas Elementales de *Prevención Eugénica*.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima
Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Factores individuales de la peligrosidad en los menores

Por el Dr. RICARDO LUNA VEGAS

Existe un numeroso grupo de atributos en el individuo, capaces de regir su conducta, y que antes cobraban una importancia exclusiva respecto de la etiología delictiva. Estos factores eran denominados antropológicos y también se les suele llamar orgánicos, constitucionales, hereditarios, etc. Pero cada una de éstas palabras aprisiona ideas parciales del fenómeno de la personalidad humana. El individuo se encuentra estructurado por elementos hereditarios, antropológicos, psicológicos, caracterológicos y morales. Cada grupo de ellos constituye un rico filón para el estudio etiológico y la reunión de todos es el bagaje personal del sujeto estudiado. Con mayor propiedad se les llama factores subjetivos o endógenos, en oposición a objetivos o exógenos, como se califica a las influencias ambientales. Pero es preferible denominarlos factores individuales, fórmula más sencilla y que abarca todos los elementos que integran la personalidad. Sin embargo, el factor individual no es el único, ni el mayor, en la génesis del estado peligroso, pues se halla condicionado por el factor ambiental, formado por fuerzas telúricas y sociales, y que envuelve en condiciones variables el desarrollo de la personalidad. El análisis de ambas clases de factores es interesante para conocer el origen de la peligrosidad. Como cada "estado peligroso" varía de sujeto a sujeto, la proporción en que los elementos individuales lo integren será también variable. Los datos que arroje la investigación son utilísimos en el estudio específico de la peligrosidad.

ELEMENTOS GENEALOGICOS

Constituyen elementos genealógicos aquellos aspectos de la personalidad que se explican por las informaciones que emanan de la ascendencia. GORIN sostiene que así como se hereda de los padres la tendencia a adquirir ciertas enfermedades, algunas peculiaridades físicas y hasta psicológicas, de la misma manera determinadas constituciones con tendencias al crimen tienen un grado de semejanza con los ascendientes.

Esta afirmación parece racional y puede rumbar en la tipificación de la peligrosidad. Empero, ella no implica una causalidad absoluta. El mismo autor disuade de este extremo al expresar que "todo el mundo tiene en algún grado tendencias hereditarias, unas criminales y otras no".

La invocación interesada y sin control de los elementos hereditarios, como exculpación de la responsabilidad criminal, si bien ha difundido éstas investigaciones, en cambio las ha presentado en forma parcial y arbitraria. Este uso convencional ha sido dañino, porque, buscando sólo la agravación o la atenuación penal, ha asignado un papel exagerado sino único a los antecedentes personales, capaz solamente de inspirar desconfianza o burla. Conviene, pues, situar en su verdadero lugar los aportes genealógicos de la Criminología, es decir, como uno de los factores etiológicos de la peligrosidad y como índice del régimen aplicable.

El estudio genético de los sujetos peligrosos arroja un porcentaje elevado de antecedentes familiares criminógenos. Puede afirmarse, por ende, que el elemento hereditario los asocia —tal como lo entiende la doctora SOLANO—, no sólo por sus manifestaciones objetivas, sino por un substracto biopsíquico individual.

Del análisis genealógico del individuo peligroso se infiere, afirma el sabio belga VERVAECK, "que aún cuando en algunos casos la herencia parece determinar un impulso casi fatal hacia el crimen, esa fatalidad no es absoluta, pues una buena educación moral, la influencia feliz del medio, la higiene bien entendida, pueden morigerar, y en cierta medida suprimir, los efectos perniciosos de la herencia".

Las taras hereditarias son innumerables y las investigaciones científicas van descubriendo nuevas manifestaciones genealógicas día a día. Entre las más graves y conocidas se cuentan la alcohólica, la sifilítica, la tuberculosa, la psicopática, etc.; etc.; de influencia decisiva en la conducta.

La herencia alcohólica es probablemente la que dá las cifras más altas en el cuadro de la etiología delictiva, inclusive en los menores. VERVAECK refiere que, sobre 100 individuos fallecidos en los hospitales de Bélgica, 80 deben su desastroso y prematuro fin al alcohol. La acción alcohólica sobre el cerebro, el corazón, las arterias, los centros nerviosos, origina la locura y otras múltiples manifestaciones morbosas. Pero, asimismo, produce iguales efectos sobre el niño que nace de un alcoholista. Este puede engen-

rarlos escrofulosos, idiotas, epilépticos, criminales. El 65 por 100 de los idiotas son hijos de alcoholistas según se ha comprobado.

Excepcionalmente interesante es, a éste respecto, la constatación de FOREL llamada "blastoftoria" o enfermedad de la célula germinativa. También VERVAECK ha verificado, por lo menos en un caso, la perfecta coincidencia entre la embriaguez ocasional de dos padres y la procreación de un niño "pesadamente tarado del doble punto de vista intelectual y moral, mientras todos sus otros hermanos y hermanas estaban normalmente constituídos. Así, pues, una intoxicación pasajera de los materiales que van a servir para la edificación del futuro ser, basta para alterar gravemente los determinantes hereditarios del nuevo organismo y para tarar su constitución física y mental con tendencias a la enfermedad, la degeneración o la criminalidad".

Según una encuesta llevada a efecto en los Estados Unidos de Norte América, citada por el Profesor ERNESTO NELSON, sobre 1,589 delincuentes: 577 tenían padres bebedores, 1,161 bebían ellos mismos y 590 reconocían que la bebida había sido una de las causas de su vida criminal. Al respecto es frecuentemente mencionado el caso de la famosa familia de Jukes, un holandés alcoholista, en la que se cuentan 106 vagabundos, 206 mendigos e indigentes, 181 inmorales, 76 criminales y 140 que se suponían normales y de buena conducta. La familia Jukes, en total, se componía de 769 miembros.

La heredo-sífilis es, igualmente, causa poderosa de degeneración y puede dar lugar a una sífilis propiamente tal, o a distrofias físicas o psíquicas. El perverso instintivo, constitucional o congénito, llamado también loco moral o degenerado con perversiones instintivas, suele tener antecedentes sifilíticos.

HEUYER y BADONNEL encuentran sobre un centenar de menores "perversos instintivos" los elementos siguientes:

Herencia similar	32
Herencia sifilítica	18
Herencia alcohólica	8
Herencia tuberculosa	6
Herencia psicopática	6
Herencia compleja	11
Herencia sin nada de particular	15
Casos diversos	4

Como se vé, 32 niños *perversos* eran hijos de padres igualmente *perversos*. Pero profundizando la investigación genealógica de esta herencia moral mórbida y remontándose hasta los abuelos, se encuentra que en 6 casos las "perversiones instintivas" se hallaban en todos los ascendientes posibles. Se hace notar que, sobre los 32 casos de herencia similar figuran 3 con padres divorciados y 9 abandonados por uno de ellos, con lo que se comprueba, en esta investigación, el mayor porcentaje en que actúa el factor individual sobre el ambiental.

En 18 casos la única herencia constatada era la avariósica, sin contar con uno de herencia similar en que también se comprobó, lo mismo que en 6 de herencia psicopática. De donde se concluye que, de un total de 100 menores "perversos", 25 son heredo-sifilíticos. Se registra una proporción semejante de heredo-sifilíticos en los niños psíquicamente anormales.

La herencia alcohólica sólo alcanza en los datos de HEUYER y BADONNEL el 8 por 100. En cambio LEGRAIN, que ha señalado especialmente este factor, estudiando la descendencia de 165 familias de alcoholistas, encontró en la segunda generación 45 casos de "locura moral".

En 4 casos tan sólo, "la herencia se encuentra tan *cargada* que es imposible determinar que factor es el predominante". Por último, en 15 casos las anomalías de conducta no pudieron justificarse por los antecedentes, comprobándose así que no toda herencia es fatalmente perversa. "En presencia de 85 casos positivos —concluyen HEUYER y BADONNEL— es imposible negar el rol de la herencia en la génesis de las perversiones instintivas del niño". FERRIANI opina que quien soporta la triste carga de la herencia tiene 92 por 100 de probabilidades de delinquir.

No obstante estas comprobaciones, hay autores que niegan la efectividad del factor hereditario. ELEMÉR VON KÁRMÁN, por ejemplo, opina lo siguiente: "...la herencia sería una causa importante en el delito: la inclinación hacia el mismo la habrían heredado algunos hombres de sus padres o predecesores. Esta hipótesis ha sido divulgada por la ciencia médica, considerándose el delito como un enfermedad fisiopsicológica que se hereda a través de la procreación. Desde hace tiempo la Medicina ha comprobado que no se heredan las enfermedades, sino predisposiciones y tampoco se puede afirmar con certeza si los niños que heredan dichas predisposiciones, son herederos también de la enfermedad. No obstante lo expresado, se insiste en la herencia del delito, aún cuando éste es algo distinto al mal fisiológico propiamente dicho. Se trata a los niños de los delincuentes con prejuicio, creyéndose que ellos también deben ser tales y en la escuela la maestra vé siempre en esos niños a elementos despreciables. Yo creo, sin embargo, que esos prejuicios dañan mucho más a los menores que los desconocidos elementos que dicen que existen en las partes fisicoquímicas de las células germinativas y las que llevarían las unidades hereditarias de la criminalidad".

Los prejuicios como el anotado, son defectos espirituales del ambiente social que, sin duda, influyen en la determinación de la peligrosidad en los menores, pero la evidencia del factor hereditario, en muchos casos, no puede desconocerse después de los profundos estudios teóricos y prácticos realizados. Lo que sí hay que evitar es una actitud unilateral y generalizadora, puesto que en los factores individuales militan muchos otros de enorme importancia en la arquitectura de la personalidad al lado de los elementos genealógicos. Por eso OSVALDO LOUDET, avanzado criminólogo argentino, enjuiciando las conclusiones de la investigación de

HEUYER y BADONNEL, sitúa certeramente la polémica en un punto equidistante y racional. "Es indudable —dice— la influencia de la herencia en la génesis de muchas perversiones en los niños delincuentes, pero también es indiscutible la importancia de los factores sociales. Por eso —agrega— es necesario reconocer los dos tipos de la clasificación de COLLIN: el tipo patológico y el tipo social". Cree LOUDET que el valor de la mencionada estadística francesa es relativo, dado el pequeño número de casos observados, y considera superior la del Dr. CARLOS DE ARENAZA, que abarca los antecedentes de 2,000 menores peligrosos, publicada en su obra "La delincuencia infantil". Dicha estadística se ha hecho sobre la realidad argentina, y sus datos son los siguientes:

PROCEDÍAN DE:

Familias con taras neuropáticas	176
Familias con taras neuro-alcohólicas	174
Familias con taras alcohólicas	522
Familias con taras alcohol-tuteral	73
Familias con taras tuberculosas	100
Familias con taras delictuosas	35
Familias con taras inmorales	133
Familias con taras desconocidas	112
Familias aparentemente normales, incompletas	310
Familias aparentemente normales, completas	365
Matrimonios completos	806
Matrimonios incompletos	1194
Uniones legítimas	974
Uniones ilegítimas	402
Vínculo de naturaleza desconocida	625

La investigación de ARENAZA trae apenas un 8.40 por 100 de herencia similar, sumando los menores con taras delictuosas e inmorales. Registra, en cambio, 38.45 por 100 de heredo-alcohólicos, contra 8 por 100 de la estadística francesa. Sólo coinciden ambas en la herencia tuberculosa, con 6 y 5 por 100 respectivamente. En cuanto a los sujetos de origen aparentemente normal, ARENAZA anota 33.75 por 100 contra 15 por 100 de las cifras de BADONNEL y HEUYER. Sostienen éstos investigadores, finalmente, que el estudio de la herencia de los "perversos" demuestra que las verdaderas medidas eficaces que suprimirían las causas esenciales de la delincuencia deben ser preventivas, y de orden eugenésico principalmente. LOUDET, sin embargo, cree que "si los *perversos* son retirados del medio donde son estimulados por el mal ejemplo, si se les vigila en forma permanente, si se les destina a trabajos adecuados para ganarse la vida, las probabilidades de caer en el delito disminuyen. Donde fracasan —agrega— la psicoterapia y el psicoanálisis individual, las medidas sociales tienen un rol preventivo considerable; si no suprimen las perversiones, impiden su realización". Entre tales medidas se aplican las que prohíben el matrimonio de

alcohólicos, epilépticos, imbeciles, dementes, enfermos contagiosos, etc., sobre todo en los Estados Unidos, donde la prohibición se extiende —en algunos estados— hasta a los indigentes. La eutanasia, practicada en los casos de recién nacidos con taras que evidencien su inadaptabilidad social y el peligro de su existencia para los demás, que aconseja en su obra "La Morale Sexuelle" el Dr. WYL, y, por último, los procedimientos de asexualización o esterilización hoy en práctica en Europa y en Estados Unidos se señalan como las medidas más eficaces contra la herencia peligrosa. Sin embargo, los elementos genealógicos varían en cada realidad social y es necesario conocer el origen de la insalubridad para formular un plan acertado de política preventiva.

Puede afirmarse, resumiendo lo dicho, que si bien los elementos genealógicos sirven de índice para el conocimiento etiológico de la peligrosidad, no debe hacerse recaer sobre ellos todo el peso de la tipificación del "estado peligroso". Mientras tanto, hay que buscar los datos genealógicos en la investigación específica de la peligrosidad en los menores. El porcentaje de su aclaración etiológica puede ser limitado, tal vez, pero, de todos modos, contribuirá a esclarecer el problema, puesto que como opina LEONARD DARWIN, abanderado de la Eugenesia, el hijo de un criminal es diez veces más apto para serlo que el hijo de un hombre honrado, no siendo posible negar el origen hereditario de determinadas características naturales que dan a un individuo la predisposición a ser criminal.

(Continuará)

SUSCRIBASE A

EL ESPECTADOR HABANERO

"El Magacén de las Tres Américas"
(PUBLICACION MENSUAL)

y tendrá derecho a los beneficios que ofrece el

CIRCULO INTERNACIONAL AMERICANISTA

Suscripción Anual: \$3.00 (Moneda Cubana o U. S. Cy.)

Haga su remesa por Giro Postal o Bancario a la orden de:

EL ESPECTADOR HABANERO, Calle Obispo 69,
HABANA, Cuba.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima.
Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Biotipología somática del asmático

Por el Dr. DOMINGO G. KUON CABELLO

(Continuación)

OCTAVA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado P. B.—Edad 73 años.—Raza Blanca.
Lugar de nacimiento Yugoslavia.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.51 m. — Peso 51 kgrs.

Distancia biacromial	35	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	20	"	posterior	21 cm.
Longitud del esternón	22	"	Distancia epigastro-púbica ..	19 "
Diámetro torácico transverso	20.9	"	Diámetro bicrestoiliaco	24.8 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	23.5	"	rior	57. "
Distancia xifo-epigástrica ...	9	cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	81 "
transverso	22.1	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	10.895	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-			men	14.0721 ltrs.
perior	4.1769	"	Valor del tronco	24.8771 "
Valor del abdomen in-			Valor de los miembros...	138. cm.
ferior	9.8952	"		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco - 4	Miembros + 2
Abdómen - 11	Tórax + 8
Abdómen superior - 19	Abdómen inferior - 6
Diámetro torác. ánt. post. + 17	Diámetro torác. transv. - 25
Diámetro hipoc. ánt. post. ... + 5	Diámetro hipoc. transv. - 17
Diámetro hipoc. ánt. post. ... + 5	Diámetro torác. ánt. post. + 17
Longitud abdómen - 21	Longitud tórax + 41
Miembro superior + 1	Miembro inferior + 2
Yugulo púbrica - 2	Miembro inferior + 2

Tipo morfológico.—Microesplácnico (VIOLA). Primera combinación de BÁRBARA. Longitipo con antagonisano.

NOVENA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado N. N.—Edad 49 años.—Raza Negra.
—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.75 m. — Peso 60 kgrs.

Distancia biacromial 31 cm.	Diámetro hipocndriaco ant.- posterior 19.3 cm.
Distancia biaxilar 20.3 "	Distancia epigastro-púbrica . 20 "
Longitud del esternón 17 "	Diámetro bicrestoiliaco 23.6 "
Diámetro torácico transverso 21.2 "	Longitud del miembro supe- rior 60 "
Diámetro torácico antero- posterior 22.4 "	Longitud del miembro infe- rior 91 "
Distancia xifo-epigástrica .. 11 "	
Diámetro hipocondriaco transverso 20.9 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 8.07296 ltrs.	Valor total del abdó- men 12.14287 ltrs.
Valor del abdómen su- perior 3.97727 "	Valor del tronco 20.14287 "
Valor del abdómen in- ferior 8.16560 "	Valor de los miembros..151. cm

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco - 11	Miembros + 11
Abdómen - 15	Tórax - 2
Abdómen superior - 20	Abdómen inferior - 13
Diámetro torác. ánt. post. + 12	Diámetro torác transv. - 23
Diámetro hipoc. ánt. post. - 13	Diámetro hipoc. transv. - 21
Diámetro hipoc. ánt. post. - 13	Diámetro torác ánt. post. + 12
Longitud abdómen - 12	Longitud tórax + 9
Miembro superior + 6	Miembro inferior + 15
Yugulo púlica - 6	Miembro inferior + 15

Tipo morfológico.—Microesplácnico (VIOLA). Longitipo con antagonismo. Primera combinación de BÁRBARA.

DÉCIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado F. M.—Edad 63 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Huancayo.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.57 m. — Peso 54 kgrs.

Distancia biacromial 36 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia biaxilar 19.8 "	posterior 26 cm.
Longitud del esternón 19 "	Distancia epigastro-púlica . 25 "
Diámetro torácico transverso 25.1 "	Diámetro bicrestoiliaco 25.7 "
Diámetro torácico antero-	Longitud del miembro supe-
posterior 24.3 "	rior 60.1 "
Distancia xifo-epigástrica .. 16 "	Longitud del miembro infe-
Diámetro hipocondriaco	rior 83 "
transverso 24.2 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 11.58867 ltrs.	Valor total del abdó-
Valor del abdómen su-	men 26.7722 ltrs.
perior 10.0672 "	Valor del tronco 38.36087 "
Valor del abdómen in-	Valor de los miembros . 143. cm.
ferior 16.705 "	

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco + 10	Miembros + 5
Abdómen + 11	Tórax + 10
Abdómen superior + 9	Abdómen inferior + 11
Diámetro torác. ánt. post. + 22	Diámetro torác. transv. - 9
Diámetro hipoc. ánt. post. + 30	Diámetro hipoc. transv. - 9
Diámetro hipoc. ánt. post. + 30	Diámetro torác. ánt. post. + 22
Longitud abdómen + 16	Longitud tórax + 22
Miembro superior + 6	Miembro inferior + 5
Yugulo púbica + 18	Miembro inferior + 5

Tipo morfológico.—Megaloesplácnico (VIOLA). Variedad B o braquitypo excedente (BÁRBARA).

*UNDÉCIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado C. A.—Edad 44 años.—Raza Blanca.
—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.665 m. — Peso 38 kgrs.

Distancia biacromial 38 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia biaxilar 27.7 "	posterior 25.7 cm.
Longitud del esternón 16 "	Distancia epigastro-púbica . 31 "
Diámetro torácico transverso 28.7 "	Diámetro bicrestoilíaco 29.1 "
Diámetro torácico antero-	Longitud del miembro su-
posterior 25 "	perior 57. "
Distancia xifo-epigástrica .. 14 cm.	Longitud del miembro supe-
Diámetro hipocondriaco	rrior 83 "
transverso 27 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 11.480 ltrs.	Valor total del abdó-
Valor del abdómen su-	men 32.8976 ltrs.
perior 9.7146 "	Valor del tronco 44.3776 "
Valor del abdómen in-	Valor de los miembros. 140. cm.
ferior 23.183 "	

RELACIONES DE VIOLA

Valores A

Valores B

Tronco	+ 16	Miembros	+ 3
Abdómen	+ 18	Tórax	+ 10
Abdómen superior	+ 8	Abdómen inferior	+ 24
Diámetro torác. ánt. post.	+ 25	Diámetro torác transv.	+ 4
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 29	Diámetro hipoc. transv.	+ 2
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 29	Diámetro torác. ánt. post.	+ 25
Longitud abdómen	+ 27	Longitud tórax	+ 2
Miembro superior	+ 1	Miembro inferior	+ 5
Yugulo púbrica	+ 20	Miembro inferior	+ 5

Tipo morfológico.—Megaloesplácnico. Variedad B o braqui-tipo excedente (BÁRBARA).

DUODÉCIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado V. A.—Edad 18 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Huancayo.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

INDICES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.49 m. — Peso 46 kgrs. "

Distancia biacromial	35	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	21.9	"	posterior	13.6
Longitud del esternón	18	"	Distancia epigastro-púbrica ..	15
Diámetro torácico transverso ..	24.3	"	Diámetro bicrestoilíaco	22.3
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	18.4	"	rior	51.
Distancia xifo-epigástrica ..	12	cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	73
transverso	23.5	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	8.04816	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-			men	9.60690
perior	5.24520	"	Valor del tronco	17.65506
Valor del abdómen in-			Valor de los miembros ..	124.
rior	5.36170	"		cm.

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco — 15	Miembros — 8
Abdómen — 21	Tórax — 2
Abdómen superior — 22	Abdómen inferior — 29
Diámetro torác. ánt. post. ... — 8	Diámetro torác. transv. — 12
Diámetro hipoc. ánt. post. ... — 7	Diámetro hipoc. transv. — 11
Diámetro hipoc. ánt. post. ... — 7	Diámetro torác. ánt. post. — 8
Longitud abdómen — 24	Longitud tórax + 15
Miembro superior — 10	Miembro inferior — 7
Yugulo púbrica — 12	Miembro inferior — 7

Tipo morfológico.—Mixto con tendencia a la longitipia. Variedad D o longitipio deficiente.

(Continuará)

Tercera Jornada Peruana de Nipiología

ACTIVIDADES PRELIMINARES

La "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" ha designado el Comité organizador de la Tercera Jornada Peruana de Nipiología, integrada por las siguientes personas:

Presidentes Dr. Mancel Salcedo F., director del Instituto Nacional del Niño.

Vicepresidente: Dr. Rómulo Eyzayuirre.

Tesorero: Dr. Carlos A. Bambarén.

Secretarios: Dr. Ernesto Ego Aguirre y Dra. Susana Solano.

Vocales: Sra. Laura Sánchez Lagomareino de Blancas, Dr. Gerardo Alarco, Dr. Luis A. Suárez, Dr. Felipe Chueca, Dr. Porfirio Martínez La Rosa, Dr. Elías Ponce Rodríguez, Dr. Fernando Quevedo Lizarzaburu, Dr. Carlos Burga Larrea y Dr. Noé Huamán Oyague.

En la primera reunión de este Comité el Dr. Manuel Salcedo después de agradecer la designación que de su persona había hecho la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxis Social" solicitó la cooperación de los miembros del Comité para llevar a cabo con éxito las labores preparatorias de la Tercera Jornada Peruana de Nipiología, que se reunirá en Lima el año próximo.

Se acordó que la III Jornada Peruana de Nipiología se realice del 22 al 26 de agosto de 1940.

Teniéndose presente que el doctor Rómulo Eyzaguirre es el sostenedor de la Nipiología en el Perú, se acordó, a pedido del doctor Bambarén, que el Certamen Nipiológico que se prepara, se realice en su honor. El Dr. Rómulo Eyzaguirre agradeció emocionado el acuerdo adoptado por unanimidad.

El doctor Bambarén informó que estaba por aparecer el volumen de las Actas de la Segunda Jornada Peruana de Nipiología que se reunió el año 1937 y que cubierto el valor de la impresión, quedaba saldo para los gastos de propaganda de la Tercera Jornada Peruana de Nipiología.

Se acordó un voto de aplauso a la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxis Social" por el movimiento Nipiológico que lleva a cabo en el Perú y por su esfuerzo en organizar la Tercera Jornada Peruana de Nipiología.

Se acordó gestionar la venida al Perú del Profesor Ernesto Cacace, de Nápoles, creador de la Nipiología, para que asista a la Tercera Jornada Peruana de Nipiología.

A pedido del doctor Bambarén se acordó dirigirse a las autoridades gubernativas, manifestándoles que el Comité estimaba ocasión propicia la celebración de la Tercera Jornada de Nipiología, para que se tribute homenaje a la memoria del fundador del curso de Pediatría de la Universidad de Lima doctor Francisco Almenara Buttler, nominando alguna dependencia de los organismos que protegen al niño, con el nombre del pediatra peruano desaparecido.

Noticias

UN CASO DE GESTACION Y MATERNIDAD PRECOCES.

—Se ha presentado en el Perú, uno de los casos mas precoces de gestación y maternidad. Una muchacha de raza indígena, que no ha cumplido los 6 años de edad, ha sido fecundada por un sujeto cuya personalidad se ignora, soportando la gestación que llegó a término por cesárea, con hijo vivo de 2,700 grs., practicada el 14 de mayo último.

El hecho ha conmovido a todos y seguramente pasará a los Anales de la Historia como un acontecimiento que merece citarse en forma singular, habiendo originado medidas tutelares por parte del Estado, de carácter especial.

SE AMPLIA LA CAPACIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DEL NIÑO.—Se ha dispuesto construir un Anexo del Hospital del Niño, que se dedicará especial y exclusivamente a la asistencia de niños tuberculosos, destinándose para tal fin la suma de S/. 300,000.00.

SE CREA EL INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER.—Por Ley del Estado No. 8892 se ha dispuesto crear el Instituto Nacional del Cáncer, que funcionará como servicio especial del Ministerio de Salud Pública, dedicado a la prevención y asistencia social anticancerosa. Se prevee la dación de un Reglamento por parte del Gobierno.

NUEVO MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA.—Ha sido electo miembro titular de la Academia Nacional de Medicina el Dr. Oswaldo Herculles García, quien ocupará en la docta corporación el puesto vacante dejado por su señor padre.

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO PARA LIMA.—Con Fecha 20 de junio se resolvió construir un Dispensario Antituberculoso en Lima, invirtiéndose con tal fin la suma de S/. 127,282.64, que se obtendrá de la renta proveniente de un impuesto especial sobre artículos de tocador.

INAUGUROSE UNA MATERNIDAD EN EL CALLAO.—El 1° de julio se inauguró el local de la Maternidad que en el distrito de Bellavista ha construído la Beneficencia Pública del Callao. En la ceremonia a la que asistió el Sr. General Oscar R. Benavides, Presidente de la República, pronunció un discurso el Sr. Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública.

El edificio comprende un área construída de 3,796 m.c. cuyo costo ha sido de S/. 198,864,92; los gastos de mobiliario e instrumental hacen ascender la suma invertida a S/. 258,000.00.

La nueva Maternidad, ubicada frente a una Avenida con mucho tráfico, tiene capacidad para 120 parturientes y consta de las secciones que siguen:

Servicio de admisión de enfermas.

Departamento del médico residente.

Oficina de la Dirección.

Servicio de Laboratorio y botica.

Tres pabellones: uno para recibir parturientes, antes del trabajo del parto; otro de inmediata hospitalización y otro para parturientes infectadas.

El pabellón de hospitalización para parturientes comprende dos salas, con capacidad cada una de ellas para alojar a 25 pacientes. Cada una de esas salas posee tópicos, departamento para la enfermera y servicios higiénicos propios.

Dos salas de operaciones para cirugía Aséptica y Séptica.

Sala de Esterilización y del Arsenal de Cirugía.

Sección para niños que cuenta con instalación para aplicar luz ultravioleta, infraroja e incubadoras.

Salas para puerperales normales y para casos infectados.

Agosto

La eugenesia desde el punto de vista católico

Por el Dr. CARLOS BURGA LARREA

En todo hombre hay un santo y un criminal.

LACORDAIRE.

Pocos años antes del siglo en que vivimos el gran médico inglés SIR FRANCIS GALTON, en un magistral ensayo fundó la Eugenesia, definiéndola como la "ciencia que se propone estudiar las condiciones más favorables al mejoramiento cuantitativo y cualitativo de la raza humana"; años después BROCA, transforma el término en Eugenesia, ampliándole su contenido que abarca a todos los seres con vida animal, superiores e inferiores y aún a los del reino vegetal.

Desde entonces se trata de conseguir la Eucrasia homínica, es decir, la mejor constitución física y moral en el hombre o como dice DOMINGO RAMOS, de la Habana, la *Homicultura*.

La Eugenesia coje amorosamente al hombre y a la mujer y les dice: *Decrebi: Lo he decretado*; tened presente que vais a engendrar un hijo, continuación integral y herencia biológica de los concubitos, vuestro sueño hecho carne, vuestra inquietud transformada, por permisión de Dios, en un hombre cabal; y como la verdad salva al mundo; *Et veritas liberabit vos*: la Eugenesia le dice al hombre y a la mujer que pretenden contraer matrimonio la verdad, esa eterna verdad, que es luces sin sombras, horizontes sin eclipses, y antes de permitir la unión de dos seres de sexo opuesto, los desnuda y los estudia a la luz de la ciencia . . . ve en ellos las huellas de la enfermedad y la degeneración, y en nombre de esa elevada verdad y de los más altos intereses sociales, les dice, en principio: no podéis uniros con lazo conyugal.

Es cierto que en algunos países como Alemania, Estados Unidos, Suecia, Inglaterra y otros se han establecido medidas drás

ticas para impedir la unión matrimonial con peligro de transmisibilidad degenerativa. México en su Código Civil de 1928 declara que son impedimentos para el matrimonio: la embriaguez habitual, la morfomanía, la eteromanía, el uso indebido y persistente de las demás drogas enervantes, la sífilis, la locura, las enfermedades contagiosas o hereditarias, el idiotismo y la embecilidad. Pero ningún país más avanzado en este camino que Alemania, en el que el *Tercer Reich* dictó con fecha 14 de Junio de 1933, bajo el título de "GEZETZ ZUR VERHÜTUNG ERBKRAKEM NACHWUCHSES" su Ley de Esterilización, estableciendo que cuando el hombre o la mujer sufren de debilidad mental de nacimiento, de esquizofrenia, de locura circular, de epilepsia hereditaria, de corea de Huntington, de ceguera hereditaria, de sordomutismo de la misma naturaleza o de deformidades corporales graves y transmisibles, procede — *ipso-facto* — la esterilización por parte del Estado, debiendo correr los gastos de la intervención quirúrgica por cuenta del seguro de enfermedad, cuando se trata de personas que carezcan de medios de fortuna, los gastos deberán correr por cuenta de la coporación de asistencia pública y en todos los demás casos por cuenta del Estado Alemán.

Para los países en donde la Eugenesia ha tomado estos caminos, yo ni siquiera mi admonición reprobatoria envió; los hombres piensan con su propio cerebro y sienten con su propio corazón; para aquellos Estados en los que la Eugenesia tiende al control de la natalidad o "Birth control", a la esterilización de los tarados, a la legalización del aborto, ya sea terapéutico, quirúrgico o por *honoris causa* y a las prácticas anticoncepcionales, para esos científicos mi respeto pero mi criterio rotundamente adverso.

No creo que la Eugenesia debe controlar la natalidad, porque esta ciencia solo debe preocuparse por implantar un severo e indeclinable régimen de salud en todos los hombres para que cuando llegue el caso del momento nupcial, la prole responda a la vitalidad de los seres que le dieron origen; no creo que la Eugenesia tenga el derecho de modificar la estructura del cuerpo humano, esterilizando al hombre o la mujer, mediante la extirpación en uno y otro de las gonadas; no creo que pueda aceptarse la interpretación de avanzada que algunos dan a la Eugenesia en el sentido de que puede justificarse, por los fines que persigue, la legalización del aborto, contemplado y reprimido por el Título Segundo, Artículo 159 y siguientes del Código Penal del Perú, con la restricción que establece el Art. 163 del mismo Título, porque esta figura delictiva histórica y tradicionalmente ha sido castigada por las leyes del mundo civilizado, en armonía con la definición misma de la pena, que al decir de QUINTILIANO SALDAÑA "está unida por el vínculo moral de una necesaria consecuencia legal, proyectando, como la intención misma, sobre el acto, y por inversión síquica de sus motivos, su sombra sobre el delito y sobre el delincuente".

No creo que la Eugenesia, es conjunto de prácticas anticoncepcionistas ni que tienda a la puridad de la raza o racismo — como lo pretende el nacional socialismo — ni que abarque horizontes que solo los que, en mi modesto criterio, equivocando su sentido humanista, le han pretendido otorgar.

Y porqué no creo que todo esto es Eugenesia? . . . Sencillamente por que soy cristiano, católico y tomista; porque en armonía con esa tonalidad ética fuerte de mi alma, sigo estrictamente la doctrina oficial de la iglesia apostólica y romana.

La Eugenesia, no está reñida con la religión cristiana católica; no puede estarlo porque la Eugenesia es luminosidad en los ideales de una vida más noble y mas bella, mas limpia por los medios científicos que usa y por que representa la estricta aplicación del mandato divino: La mejor forma de servir a Dios es procrear legítimamente un hermoso hijo, que sea y aumente la alabanza que se merece el Hacedor.

Por que la Eugenesia en sus cuatro grandes ramas: biológica, médica, social y pedagógica, se inspira, no puede dejar de hacerlo en los ideales cristianos, sostenidos con valentía heroica por la iglesia civilizada y el estado canonizado, es decir por la iglesia civilmente oficial y el estado oficialmente religioso. — La virtualidad de las ideas religiosas influyen en la eficacia de las medidas científicas; por que la Eugenesia no trata del origen del hombre ni desvía su fin; por que si hasta en los animales inferiores queremos unas veces carne, otras pieles y plumajes y no pocas poderosa fecundidad y en las plantas y flores queremos conseguir o determinados colores o exquisito perfume o en otros casos tamaño o vistosidad, así la Eugenesia inspirándose en las doctrinas cristianas que abogan por mantener intangible el dominio del hombre sobre la naturaleza animal irracional, que defiende al *Homo Sapiens*; así la Eugenesia pretende otorgar mediante la instrucción y la educación, hábitos de salud y de moral, a fin de que el cuerpo humano goce siempre de plenitud, y para que el hombre y la mujer lleven en sí una arrogante pujanza vital que les permita, contraído el matrimonio, sacramento y contrato civil, reproducirse con fidelidad y embellecer esta vida que Dios nos regaló.

Precisamente Santo Tomás de Aquino, en su insuperable Suma Teológica, define el matrimonio como "*matris-unis*", puesto que en el matrimonio se unen los ministros para la procreación; y en ese sentido la Eugenesia ayuda a la Religión de Jesús en el fiel cumplimiento de la sentencia dictada por el Padre Eterno; "*Crescite et multiplicamini*": "Creced y multiplicaos" (Génesis, Capítulo 1. v. 28). Pero la procreación tiene un triple fin: biológico, social y moral, y como la iglesia tiene un fin docente y otro edificante, pues crec y con absoluta sinceridad que la Religión y la Ciencia, en este como en casi todos los puntos que se creían opuestos, precisa y cabalmente se unen para no separarse jamás: son rutas diferentes que conducen a un mismo fin: la Ciudad de Dios. (*Civitas Dei*).

No hay oposición entre la Religión y la Ciencia, ni mucho menos primacía de esta sobre aquella: allí tenemos, según nos lo dice

Su Eminencia el Cardenal Verdier, Arzobispo de París y Superior General de la Ilustre Congregación de San Sulpicio, en su magnífica obra "Cuestiones Contemporáneas" en el frontispicio de la puerta principal de la ciudad universitaria de París, un alto relieve que representa a Jesucristo, enseñando al mundo la supremacía de la Religión sobre la ciencia. Y el Cardenal Verdier resume la tesis católica en estas palabras que encuadran admirablemente en la orientación que se le debe dar a la Eugenesia: "La ética social cristiana, dice, no tiene sino dos exigencias: que Dios sea respetado y que reine entre los hombres y los pueblos la Justicia y la Paz". En consecuencia ella establece que se debe dar más importancia a los valores espirituales que a los materiales. Entonces, dónde está la oposición entre la Religión Cristiana, Católica y Tomista con las nuevas orientaciones que es preciso ineludiblemente darle a la ciencia de la Eugenesia? No la encuentro. COUVE-LAIRE dice que la estructura filosófica moral del matrimonio, está en este concepto: que la mujer casada tenga la plena posibilidad de cumplir íntegramente la función maternal (gestación, parto, lactancia), en las mejores condiciones materiales y morales; que es necesario que la madre y el niño sean protegidos durante toda la duración de la simbiosis fisiológica que comienza con la fecundación y acaba con el destete; que es necesario que la maternidad no sea ni para el padre ni para la madre un deshonor o una carga imposible de llevar; y que conste que este conspicuo facultativo preside el Consorcio de Médicos Católicos de París.

La Eugenesia quiere la sanidad en la progenie, la conciencia en la maternidad. Por este simple enunciado se desprende la lejanía en que nos hallamos con aquel punto de vista del igualamiento obligado entre los hombres: la desigualdad humana es relativa; Dios nos creó iguales, pero biológicamente todos somos diferentes; la historia biológica lo ha demostrado. La ciencia no puede menos que descubrirse reverente ante los tres grandes principios que informan la vida de todo lo creado: el principio vital de las plantas, el alma sensitiva de los animales y el espíritu inteligente de los hombres.

El insigne Vicario de Cristo, Pío XI en su formidable Encíclica *Casti Connubii*, comentario y ampliación de la "Arcanum", de León XIII, recuerda que el primer bien y el primer deber en el matrimonio es la prole y comentando las palabras de San Pablo: Quiero, dice, que los que son jóvenes se casen... con qué fin!... Para que Críen hijos, para que sean padres de familia... y el Texto Sagrado pide que los hogares procreen "conciudadanos de los santos y domésticos de Dios".

No se opone, la Eugenesia con la Religión Católica, porque en la citada Encíclica se dice que la Eugenesia "debe y se puede tener en cuenta cuando los medios son lícitos y honestos y dentro de los límites debidos; pero que es indecoroso querer proveer a las necesidades en que ellos estriban, dando muerte a los inocentes, por que es contrario al precepto divino, promulgado también por el Apóstol: "No hemos de hacer males para que vengan bienes".

La Eugenesia es aceptada por la iglesia Católica cuando no ataca el cuerpo humano, destruyendo y seccionando los órganos sexuales en un afán desbordado de esterilización; la acepta cuando la Eugenesia no mata ni al niño ni a la madre, por que la Iglesia sabe que la Eugenia bien entendida es salud en la madre antes de concebir y en el niño aún antes de nacer. Con prácticas de salud y de moral nunca se tendrá prole degenerada, y por lo tanto, científicamente el matrimonio religioso y canónico, ajustado al Tridentino, habrá llenado su maravillosa misión. "*Super terram*": "*Comvate es la vida del hombre sobre la tierra*" (*Job*).

La Eugenesia es una ciencia que debe basarse en principios rectos y de alta moralidad cristiana: los hombres son custodios del plasma germinativo que llevan dentro de sí; ningún hombre es perfecto en su herencia biológica, aún cuando lo anhele la Eugenesia. La Eugenesia quiere que los hombres y las mujeres sepan desde antes de contraer matrimonio que la salud física, base de la salud moral, es indispensable para unirse en vida común; que el matrimonio es la fuente natural, de derecho divino y civil, en la que únicamente se puede procrear y que así como las aves para procrear hacen su nido, el hombre debe hacer su hogar.

TORRUBIANO, Profesor de Derecho Canónico en la Universidad Central de Madrid, autor de una gran obra "Teología y Eugenesia", en "*El Cristianismo es el mejor auxiliar de la Eugenesia*", dice que "dos padres virtuosos que se aman y prodigan sacrificios a la vista y bajo la observancia constante de sus hijos, labran al amparo de las leyes lentas, ininterrumpidamente suaves y evolutivas de la vida, los ejemplares humanos más fuertes, más dulces y mejor equilibrados de la especie". *Buscar, tras la fatiga del diario vivir un hogar sin remordimientos físicos y morales es mantener invivita en el padre y en la madre la luz eugénica más fecunda.*

La Eugenesia cristiana no acepta la esterilización ni las prácticas anticoncepcionales; la Religión Cristiana, Católica y Tomista, profundamente sabia, fuente inagotable de toda sabiduría, siente y ve con agrado la corriente eugénica en manos de médicos cristianos, con ética profesional, que siguen las huellas de Hipócrates y de Galeno, y que son portaestandartes de la ciencia, inspirada por Dios, que protege cuidadosamente al binomio hombre-mujer, para que estos dos seres, unidos por medio del vínculo nupcial sean prolíficos y su prole sana, fuerte y moral.

La Eugenesia católica no acepta el birth control o control de la natalidad — tan inconveniente para el Perú — porque contraído el matrimonio, mediante las normas eugénicas, los hijos tienen libertad de nacer; la Eugenesia católica no acepta el aborto terapéutico ni el *honoris causa*, el único que puede, a veces, aceptar es el quirúrgico para salvar a la madre, porque la madre es fuente de muchos hijos más; la Eugenesia católica acepta la educación sexual, siempre y cuando se inicie por una enseñanza en los hogares y en las escuelas para los padres y maestros, toda vez que estas grandes verdades tienen que llegar a co-

razones muy honradas y nobles para a su turno ser transmitidas a los hijos y escolares. La Eugenesia católica no acepta el neomalthusianismo.

Formar hogares sanos, es eugénicamente un ideal cristiano; forjar hogares unidos por el amor, pero con amor verdadero, con ese amor a lo Werther y no amor superficial a lo don Juan; hogares en donde se constate a diario la observancia de la gran verdad del Eclesiastés: "Hijo, honra a tu padre y no te olvides jamás de los dolores de tu madre" hogares que no olviden tampoco la enseñanza del Libro de los Proverbios; "Corona de los viejos son los hijos de los hijos y gloria de los hijos, los padres de ellos". Consigamos la fórmula del "supra matrimonio" o matrimonio perfecto por el que luchaba VAN DE VELDE.

El camino que tiene que seguir la Eugenesia en el Perú está marcado por grandes tradiciones: respetemos esa tradición de cultura católica que ha sido el orgullo del Perú; no olvidemos que somos mortales, y que la salud síquica, ambiente moral en el que triunfan los santos, los sabios y los héroes, exige un cuerpo totalmente sano. No angustiemos el patrimonio espiritual que es algo de lo poco que se nos ha permitido conservar. Si la Eugenia respeta las enseñanzas de Cristo sobre la personalidad humana, la ciencia de GALTON, representa un aporte valioso a la civilización de las masas, en quienes reside el secreto de la inquietud espiritual que inmortaliza al hombre.

Alcances eugenésicos de la educación sexual

Por el Dr. LUIS A. CHAVES VELANDO

La verdad sexual para la mentalidad ancestral significa impureza. Hablar de esa verdad sería enlodar la inocencia inmaculada, iniciarla en los secretos de una función que mancha, que envilece, que implica pasión carnal degradante maldecida por Dios.

Para el concepto fisiológico moderno que se va abriendo paso, la verdad sexual es pureza que dignifica. Hablar de esa verdad, no es manchar la inocencia inmaculada, sino elevar el alma a las fuentes benditas de la vida, hacerla prosternar ante la función sagrada que nos hace triunfar de la muerte.

Y es esta antítesis irreconciliable de los dos conceptos sexuales la que explica la inadaptableidad de las sociedades actuales a las nuevas orientaciones de la educación, la que dá el porqué de nuestra incapacidad manifiesta para enseñar lo que predicamos teóricamente.

Esta cobardía moral es el síntoma flagrante de la degradación sexual que ha producido en nosotros aquel concepto desgraciado de la *función-mancha*. Velada por completo la elevada dignidad de esa función, nuestra mentalidad se ha formado en un medio en el que sólo subsiste el concepto *sensualista*, tanto más fascinador, cuanto más empeño se pone en encadenarlo. Y es así como para nuestros cerebros todo lo que atañe a la función reproductora es sinónimo de bajas pasiones, de envilecedores apetitos. A la pureza no la podemos concebir asociada a la maternidad sino por obra de un misterio y los dolores de ella simbolizan la maldición divina.

El rubor de nuestras mejillas y el desconcierto que manifestamos cuando la curiosidad infantil nos acosa con sus preguntas, delata la impureza de nuestras ideas. Es el alma de los pueblos forjada por siglos de sensualismo la que se avergüenza de hablar de la santa verdad sexual; es la inconciencia cubriendo con velo de ignominia al santuario de la vida.

He aquí la llaga: he aquí la clave de todos los males.

La educación sexual dejará de ser un idealismo para convertirse en realidad, en el hogar y en la escuela, el día, en que el concepto falso de la *función-mancha* sea sustituido por el concepto que hace de la *función reproductora la más noble y elevada de todas las funciones vitales*.

Ese día, nuestra actual degradación sensualista estará reemplazada por un verdadero culto hacia el acto creador que nos asemeja a Dios.

Lo que los siglos han grabado en la conciencia de los pueblos, sólo puede ser borrado por los siglos.

Hay que crear artificialmente una mentalidad sexual pura como la del niño cuya educación iniciamos. No cometamos el error de suponer en el niño la misma impureza de ideas que nos domina, digámosle la verdad, y al contemplar la dulce emoción con que recibe la revelación del misterio que lo hace sangre de la sangre, y carne de la carne de su madre, en vez de que el reflejo del rubor tiña nuestras mejillas, experimentaremos la sensación de haber redimido a ese ser inocente de la impureza que lo asecha.

Mrs. MARY WOOD ALLEN dice con mucha razón lo siguiente: "Si el instructor de estas cuestiones sexuales experimenta cierto embarazo para responder a las preguntas del niño, no es apto para esa misión; porque ese embarazo y turbación se comunica rápidamente al niño, el cual experimenta a buen seguro un sentimiento de pudor ofendido, de delicadeza hollada, innecesario e improcedente. La pureza en los propios pensamientos de uno es el primer elemento para enseñar la pureza".

Y el ilustre sabio METCHNIKOFF, en sus "Ensayos optimistas", exclama: "La ignorancia debe ser considerada como el más inmoral de los actos".

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, convirtiéndola en una función impura.

Hace tres mil quinientos años el padre egipcio hablaba de este modo a su hijo: "Te he dado una madre que te ha llevado en sus entrañas como un pesado fardo, sin que yo la ayudase para nada, ni la descansase en nada. Cuando naciste, la sometiste a tu yugo, durante tres años, con sus pezones siempre en tus labios. Cuando tuviste edad para ir a la escuela, ella, con perfecta regularidad llevó el pan y la cerveza a tu maestro. Cuando, a tu vez, te cases y tengas un hijo, trátalo como tu madre te trató a tí".

Así hablaba un padre egipcio a su hijo hace más de tres mil años, y nosotros, en este siglo de tanta cultura, ocultamos al niño su gestación en el seno de la madre, como si ese hecho constituyera una vergüenza y no el mayor motivo de adoración a la que nos dió su vida en sus entrañas mismas.

Establecida así la causa de nuestra cobardía moral para iniciar la educación sexual, apesar del profundo convencimiento que de su urgencia tenemos, y conocido el remedio que de esa cobardía ha de curarnos, consistente en hacer un esfuerzo mental de pureza que nos ponga al mismo nivel de pureza del niño, pasemos a examinar las bases fundamentales de aquella enseñanza.

Las bases fundamentales de toda educación sexual son dos: la pureza mental del maestro en el acto de la enseñanza, y la pureza mental del educando. Suprimid cualquiera de estos dos factores y la educación será imposible.

La primera mentira descubierta por el niño en las fábulas absurdas que usan las madres respecto del origen de la vida, hará nacer la primera malicia.

Esa primera malicia será la primera ponzoña moral del alma infantil, que sintiéndose engañada buscará lejos del regazo materno la revelación del misterio que se le oculta. Y ya sabemos que los reveladores de ese misterio abundan en la calle, en la escuela, en el hogar mismo.

Y el alma del niño, en vez de ser elevada al culto de la facultad sublime, deducirá, con esa su lógica desconcertante, que el misterio tan celosamente ocultado por su madre, deberá encerrar algo muy malo; y ese algo muy malo, todavía ignoto para él, lo atraerá con fuerza cada vez más irresistible a medida que se vayan despertando sus sentidos.

Llegado a este punto el niño no hace ya preguntas a su madre: triste síntoma de la primera mancha indeleble, del verdadero *pecado original*, que ha caído sobre esa conciencia de cinco o seis años de edad.

Si la pureza en el niño, es condición esencial para hacer surgir en su cerebro el culto hacia la función perpetuadora de la hu-

manidad, no caben dudas ni vacilaciones en cuanto a la edad más propicia para comenzar su educación sexual.

Es en los primeros albores de la inteligencia, cuando la atención del niño ha sido solicitada por los fenómenos que la fecunda naturaleza ofrece por doquier y le sugieren las primeras interrogaciones, que la educación sexual se iniciará en las respuestas verdicas y adaptadas a su edad que deben dársele.

No aprovechar la ocasión única que brinda la curiosidad inquisidora del niño para enseñarle a adorar, al mismo tiempo y con el mismo religioso respeto, al Supremo Creador y al don misterioso concedido a los padres de legar su misma vida a sus hijos, es revelar incomprensión absoluta de lo que debe ser la educación sexual.

Comenzar a los ocho o diez años es llegar tarde. Hablad a niños de esta edad sobre este tema y sorprenderéis en las miradas y sonrisas que cambian entre ellos, toda la malicia que anida ya en sus inteligencias contaminadas por el ambiente de sensualismo en que vivimos, y por el desgraciado concepto de la función-mancha.

Ha llegado el momento de precisar cuál es, según mi opinión, la idea directriz que debe informar a la verdadera educación sexual.

Ya lo he dicho: la causa esencial de nuestra degradación sexual está en el concepto vil y bajo que se nos ha dado de la función reproductora. Combatir este concepto inmoral, profundamente grabado a través de centenares de generaciones, reemplazándolo por el concepto dignificante de aquella función; he ahí el fin que debe perseguirse. Y para conseguirlo hay que actuar, como hemos visto, sobre los cerebros aún vírgenes de toda contaminación.

Sólo el día en que el hombre tenga veneración religiosa por los órganos depositarios de la vida heredada a través de los siglos se podrá decir que ha sido libertado del instinto sexual ciego que envenena a las sociedades modernas.

Y aquí debo señalar un error profundo de concepto que se comete generalmente. Confúndese a la verdadera educación sexual con la profilaxis de los peligros venéreos. Créese que la misión educadora queda cumplida con enseñar a los jóvenes cuáles son aquellos peligros. Piénsase que el terror al fantasma de la sífilis es escudo suficiente para defenderse contra las incitaciones del instinto y del medio. Error grave! El 99 por ciento de los enfermos víctimas de Venus no ignoraban, por cierto, los riesgos del comercio carnal. El temor no es, pues, el escudo salvador que se quiere ver en él. Y ese temor, cuya necesidad no niego aún cuando solo sea un freno relativo, no constituye la moralidad misma. Esta forma parte de nuestra mentalidad, y nuestra mentalidad actual es esencialmente inmoral por haber convertido el acto procreador en función-mancha. Al destruir la alta significación espiritual de ella, sólo ha subsistido el bajo apetito carnal hiperexcitado, artificial y morbosamente, que esclaviza a la juventud moderna a pesar de todos los santos temores que se le inculque.

El día en que la juventud experimente el santo respeto debido a la sagrada función reproductora estará educada sexualmente.

Hemos establecido que la educación sexual debe iniciarse con los primeros albores de la inteligencia. Por consiguiente, son los padres, y muy en particular las madres, los que deben dar esa educación a sus hijos. Ningún otro maestro podría reemplazarlos.

Pero las actuales madres no están preparadas para dar esa augusta enseñanza, y como sobre todos ellas pesan prejuicios seculares, por más conferencias y folletos que se publiquen, continuarán repitiendo a sus hijos las fábulas que ellas mismas escucharon de labios de sus madres. Y en análoga situación encuéntranse los padres, con muy pocas excepciones.

Si queremos, por tanto, dar el primer paso en la senda de la educación sexual, forzoso nos será preparar a las futuras madres y a los futuros padres para esa enseñanza. Y esta preparación no puede realizarse sino en la escuela.

Aquí entramos ya al terreno de las realizaciones.

El primer problema es éste: a qué edad debe organizarse la educación sexual en la escuela? No vacilo en contestar que con la enseñanza del abecedario se comenzará a instruir a los niños sobre el origen de la vida tomando como ejemplo las flores, los frutos y semillas. La discusión que ya he hecho de este punto me releva de la necesidad de repetir los argumentos en que me fundo.

Iniciada la enseñanza de las grandes verdades fisiológicas en la escuela elemental de párvulos, debe continuársela en la escuela primaria, en la escuela secundaria y en las universidades, donde debería crearse una cátedra de Eugenesia. Algo más, sería utilísimo el ilustrar sobre esta materia a los mismos padres de familia.

Cuando se trata, como en el presente caso, de modificar la mentalidad ancestral de un pueblo, la educación debe ejercer su influjo modelador de ideas de manera intensiva y durante toda la infancia y la juventud.

A quien debe encomendarse esta labor de enseñanza? Mi convicción profunda es de que sólo existe un maestro posible: el médico. Los profesores normalistas u otros de las escuelas y colegios, por más cualidades de competencia y seriedad que les concedamos, fracasarían fatalmente. Y los motivos de este fracaso serían evidentes e inevitables.

Establecida la necesidad que la educación sexual de la infancia y de la juventud corra a cargo de médicos-maestros, examinemos esta primera cuestión que se plantea: ¿Debe dejarse al médico en completa libertad de acción para formular y desarrollar los programas de los cursos, o, por el contrario, conviene que exista una pauta oficial preestablecida? Es la segunda solución la que conviene dar al problema. La competencia del médico en fisiología sexual, no implica competencia pedagógica. Además debe haber uniformidad de plan en cada país y localidad, y ella no existiría si se dejase en libertad de actuación a cada médico-profesor.

Como en la casi totalidad de los países, la educación sexual no se halla comprendida en el plan oficial de estudios, no existen aún programas ni textos adecuados, y es ese vacío el que hay que llenar en primer término. De qué manera? Creo que debe solicitarse el

concurso de todas las competencias abriendo ampliamente las puertas para un concurso nacional, a fin de seleccionar los mejores trabajos para que sirvan de pauta en el futuro plan de Educación sexual.

Voy a trazar a la ligera lo que debe ser la gradación ascendente de la educación sexual.

Al niño que formula sus primeras preguntas, la madre en frases sencillas que revelan su gran amor, le hará la augusta revelación de cómo se ha formado de su misma sangre y en sus entrañas, muy cerca de su corazón.

En la escuela primaria el profesor debe iniciar sus lecciones con ejemplos tomados de la botánica, mostrando prácticamente en las flores cuáles son los diversos órganos de que se componen y la manera como se verifica la fecundación de los óvulos contenidos en el ovario y de dónde proceden los frutos y las semillas que perpetúan las plantas. Luego generalizará estos fenómenos de la generación a los animales, y finalmente al hombre. En todas las lecciones será preocupación constante del maestro el grabar en los cerebros maleables de los niños el más profundo respeto a éste misterioso proceso de perpetuación de los seres.

En la escuela secundaria se proseguirá el mismo método, pero más amplio en su desarrollo y más profundo en sus enseñanzas morales, y teniendo siempre como finalidad esencial el levantar en el alma infantil un verdadero altar para la veneración de la facultad sagrada que nos permite legar nuestra misma vida a los seres que han de continuarnos. A los niños mayores se les dará además nociones de los peligros de enfermedad y muerte, así como de degeneración para la raza, que nacen del abuso criminal de la función sexual y de los contagios venéreos.

Finalmente en las Universidades se hará un estudio completo de la función sexual en sus múltiples y complejos aspectos médico-sociales. El peligro venéreo será desarrollado de manera completa, lo mismo que el delito del contagio intersexual. Se estudiará al hombre y a la mujer desde este punto de vista, y la psicología sexual en sus polimorfos manifestaciones. La evolución del pudor a través de los tiempos y en los diferentes pueblos, pondrá de manifiesto las desviaciones perjudiciales de éste instinto y los errores que se cometen en la educación de los niños. El exámen de la inversión sexual, además de sus profundas enseñanzas psicológicas, pondrá en guardia contra muchas lacras creadas por los refinamientos patológicos de los pueblos modernos. El análisis del impulso sexual y del amor servirá para guiar y formar el carácter de los jóvenes respecto a éstas pasiones, que se procurará elevarlas al más alto nivel espiritual. El estudio de la selección sexual en el hombre, pondrá a la vista el estado de inferioridad manifiesta en que se encuentra la especie humana comparada con todas las demás especies animales, creándose así en el alma juvenil el ideal de la Eugenesia. Y estas y otros muchos aspectos sociológicos de la función sexual, servirán para desarrollar en la juventud universitaria, una mentalidad robusta, redimida de las taras de de-

gradación y envilecimiento producidas por el concepto sacrilego de la *función mancha* y por esa moral simplista y pueril que cree que el anatema del pecado es freno suficiente, cuando en realidad es el incentivo más poderoso para la juventud ignorante e inexperta.

No hay que confundir higiene sexual con moral sexual. Si un ladrón no roba por miedo a ser descubierto no dejará de ser ladrón; si un joven no sucumbe a las tentaciones del instinto y del medio solo por el temor a la avariosis, demostrará tener con ello prudencia y energía de carácter, pero no moralidad sexual en el sentido estricto de las palabras. Se dirá que poco importan estas sutilezas psicológicas con tal de que se consiga el fin esencial de preservar a la juventud de los males venéreos. Pues éste es error grave y lamentable: considerar al miedo como suficiente escudo protector. La mayoría de los enfermos venéreos deben sus males, *no a la ignorancia del peligro, sino a la falta de educación sexual*. Es escaso el valor que el miedo tiene como freno del instinto sexual hiperestesiado por el ambiente morboso de las sociedades modernas.

No puede haber plan de educación sexual con miras a la Eugenesia, si no se contemplan los elementos sustantivos de la profilaxia de las enfermedades venéreas; tales como: *la declaración obligatoria de estas dolencias, su tratamiento compulsivo, la abolición de la prostitución reglamentada, el delito de contagio venéreo, la prohibición de contraer matrimonio cuando se adolece de enfermedades venéreas, etc.*

Todas estas cuestiones que no son propiamente educativas conciernen a ese propósito, porque la Ley canaliza la conducta y la dignifica y la educación sexual no deja tampoco de poseer alcance eugenésico, porque salvando la salud del individuo se persigue la higidez de la especie.

Como resumen de éste ligero análisis del factor educativo en la solución del problema sexual, podemos sentar las siguientes proposiciones.

- 1° La educación sexual del niño debe iniciarse en los primeros albores de su inteligencia.
- 2° El primer maestro irremplazable de ésta iniciación en el origen de la vida es la madre; pero mientras no hayan madres libres de prejuicios y preparadas para ésta enseñanza, es a la Escuela a la que corresponde dar el primer paso en la educación sexual.
- 3° La educación sexual debe formar parte de la enseñanza primaria y secundaria, completándola en los estudios superiores universitarios.
- 4° El médico es el llamado, por su especial competencia y el ascendiente que su autoridad científica ejerce sobre los niños y jóvenes, a ser el maestro de esta materia en las escuelas, colegios y universidades.
- 5° Para organizar la educación sexual, se debe provocar un concurso que permita seleccionar el mejor programa y libro de enseñanza, que con carácter oficial servirá para impartir esta enseñanza.

- 6° Factor esencial para asegurar el éxito de la educación sexual en la Escuela, es continuar la propaganda ilustrativa del público, y muy en especial de los padres de familia llamados a ser los colaboradores indispensables de los maestros.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima.

Profesor: Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Factores individuales de la peligrosidad en los menores

Por el Dr. RICARDO LUNA VEGAS.

ELEMENTOS ANTROPOLOGICOS

El aspecto antropológico del menor es otro de los factores que debe analizarse para definir las peculiaridades individuales de la peligrosidad. En él se encuentran valiosas respuestas para la indagación etiológica, suministrando útiles consejos para la adopción de la medida criminológica más apropiada.

Los estudios antropológicos han sufrido una poderosa evolución desde la afirmación de LOMBROSO, que sostenía ardorosamente la existencia del "hombre delincuente" o "delincuente nato". El fundador de la Antropología Criminal basaba su aserto en la constatación de ciertas anomalías morfológicas, pero sin esforzarse por descubrir la causalidad de ellas. Reduciéndola a una función meramente exterior de consignar las comprobaciones anatómicas del sujeto, acordaba un carácter limitado y estático a la Antropología Criminal.

Empero, refiriéndose a los aportes de LUCAS, MOREL y LOMBROSO, acertadamente dice el Profesor NELSON: "Cualesquiera que sean las exágeraciones a que las doctrinas de esos investigadores dieron lugar, la contribución de ellos debería ser mirada como una primera brecha abierta al concepto tradicional, según el cual el delincuente tenía siempre la responsabilidad plena por su delito. Probando LUCAS que el crimen aparecía a veces ligado a condiciones hereditarias, demostrando MOREL la existencia de la degeneración e introduciendo LOMBROSO la noción—falsa en su formulación absoluta, pero que contenía un grano de verdad,—de la existencia del delincuente nato, el problema de la profilaxis social entró en

una vía fecunda, siquiera porque daría la importancia debida a la consideración de los factores biológicos, extraños a la esfera del libre albedrío, y permitiría que la obra de terapéutica social se inspirase en un punto de vista más fecundo y científico”.

Estudios posteriores a LOMBROSO han aclarado su formulación inicialmente exagerada, pero tan evidente que ha sido el punto de partida de la actual Antropología Criminal. Ha llegado a comprobarse que “las particularidades somáticas de un delincuente obedecen a un causalismo determinante, aclarado ampliamente por la Endocrinología”, afirma SUSANA SOLANO. Pero para alcanzar tal posición la investigación antropológica ha requerido múltiples aportes científicos. OTTOLENGHI, KRETSCHMER, PENDE y DI TULLIO, entre otros, han definido mejor sus perfiles, sosteniendo la afirmación que existe una relación constante y relativamente frecuente entre el aspecto morfológico (antropológico), el temperamento, la psicología y el carácter. Se sostiene, además, que, el tipo morfológico del hombre—y por ende del delincuente,—depende del funcionamiento de las glándulas de secreción interna. Llega a afirmarse, en este sentido—como lo explica la Dra. SOLANO,—“que la perturbación de las glándulas de secreción interna repercute sobre todo el organismo, principalmente sobre el sistema neurovegetativo, que mantiene estrecha relación con la vida instintiva, con aquel sector de la actividad mental que funciona de modo automático, reflejo, y que es la causa de la actividad delictiva como consecuencia de la exageración del instinto de defensa y agresión”. Así, asignándosele una forma biotipológica a la corriente iniciada por LOMBROSO, se ha convertido en funcional y dinámica la primitiva Antropología Criminal.

En este estado de evolución científica, es de imperiosa utilidad el estudio antropológico del menor que incluya su morfología y fisiología—el trabajo endocrínico y la actividad neuro-vegetativa en especial—y se obtendrá un análisis antropológico integral, que, realizado técnicamente y completado con otras investigaciones, servirá para delinear los matices de un “estado peligroso” dado.

Para éstas exploraciones han sido confeccionadas “cartillas” especiales. Son conocidas entre ellas, la de OTTOLENGHI—biográfica de investigación criminal—la de BERNARDO DI TULLIO, quien perfeccionó la anterior dándole una orientación biotipológica, y la de OSVALDO LOUDET, Director del Instituto de Criminología de Buenos Aires, quien en 1934 confeccionó una modernísima “cartilla criminológica”, continuando la tendencia biotipológica. Entre nosotros, el Dr. BAMBARÉN introdujo en 1928 las ideas de KRETSCHMER para el estudio antropológico del delincuente. La ficha bioantropológica krestchmeriana fué aplicada por CARLOS HERRERA MARTÍNEZ al estudio de cien menores recluidos en los establecimientos tutelares oficiales. En su interesante trabajo, intitulado “Contribución al estudio bioantropológico de los menores peruanos en estado de abandono”, efectuado bajo la dirección del Prof. de Criminología de la Universidad de Lima, ofrece las constataciones siguientes:

Proporción del tipo morfológico sobre 100 menores

Tipo pícnico	55	casos
Tipo atlético	16	”
Tipo displásico	13	”
Tipo leptosómico	11	”
Tipo atlético mixto	1	caso
Tipo pícnico mixto	2	casos
No clasificables	2	”

Afirma HERRERA MARTÍNEZ que las cifras de este cuadro corresponden a la realidad de nuestra población. Como se vé, el individuo que más frecuentemente habita en Lima y en la costa corresponde morfológicamente al *tipo pícnico*, que se caracteriza así: estatura mediana, desarrollo amplio del tórax y grosor apreciable de las extremidades (antebrazo, mano y pantorrillas).

En realidad, en buen número de los menores examinados el autor ha notado:

1º.—Mayor desarrollo de la distancia biacromial (anchura de los hombros).

2º.—Mayor amplitud torácica media.

3º.—Mayor grosor de las extremidades, que varía desde el 1 hasta 4 y 5 centímetros, en el antebrazo, mano y pantorrilla.

El *tipo leptosómico*, que agrupa a individuos delgados y de alta talla, es raro en nuestra población, donde predomina el tipo morfológico de mediana estatura y rechoncho, tal como lo confirma la investigación que se comenta.

Etnicamente, predomina en las observaciones el tipo mestizo y se presenta, consecuentemente, en mayor número, en los 4 tipos morfológicos. Puede tomarse como índice racial la comprobación de que sobre los 13 menores de raza india existentes: 10 pertenecen al grupo *pícnico*, 1 al *atlético*, 2 al *displásico* y ninguno al *leptosómico*. Esta anotación se ajusta a la morfología de la heterogénea población peruana, en la cual el indígena, es el habitante mayoritario del Perú, queda clasificado como neto tipo *pícnico*.

*Relación entre los tipos morfológicos y las formas de la peligrosidad en los 100 menores:**Tipo leptosómico:*

Robo, en sus distintas formas	5	casos
Peligro moral	5	”
Vagabundos	1	caso

Tipo atlético:

Robo, en sus distintas formas	10	casos
Peligro moral	3	"
Delito sexual	1	caso
Homicidio	2	casos

Tipo pánico:

Robo, en sus distintas formas	21	casos
Peligro moral	24	"
Vagabundos	5	"
Delito sexual	1	caso
Abandono	4	casos

Tipo displásico:

Robo, en sus distintas formas	4	casos
Peligro moral	2	"
Vagabundos	1	caso
Abandono	3	casos
Parricidio	1	caso
Alcoholismo y robo	1	"
Homosexualidad	1	"

Tipo atlético mixto:

Robo	1	caso
----------------	---	------

Tipo pánico mixto:

Peligro moral	1	caso
Abandono	1	"

No clasificable:

Vagabundo	2	casos
---------------------	---	-------

Se observa en los datos precedentes que la causa de detención predominante en los menores estudiados es el robo en sus diversas modalidades, que asciende a un total de 41 casos sobre 100. Los menores agrupados en la condición de "peligro moral" alcanzan 35 casos, los vagabundos 9 y los abandonados 8, cifras que revelan el pésimo ambiente que rodea a los menores peruanos, privados también de la tutela de la Sociedad. Estos menores no son "delinquentes", carecen de toda acusación formal, como los calificados de menores en "peligro moral", o han fugado del hogar y no tienen domicilio seguro, o abandonados materialmente, faltos de toda influencia familiar, se hallan expuestos a la mendicidad. Menores de esta condición requerirían solamente un ambiente sano, capaz de impulsar en ellos alguna actividad constructiva.

Propiamente delinquentes, en la concepción ya revisada de la ciencia penal, en relación con el tipo morfológico, existen 2 menores *atléticos* acusados de homicidio y 1 *displásico* parricida, siendo este tipo morfológico, según lo anota HERRERA MARTÍNEZ, el más

frecuente entre los menores detenidos que han incurrido en reacciones antisociales.

Aunque, como motivadamente lo confiesa su autor, la investigación anterior no ha penetrado los caracteres psicológicos o psicopatológicos, ella constituye un aporte nuevo al estudio del menor peruano. Sin embargo, esta clase de comprobaciones de antropometría constitucional, tienen inevitablemente que completarse con la descripción del aspecto psicológico. Hay que seguir el plan de KRESTCHMER a éste respecto, o sea, penetrar por la antropología constitucionalista para llegar a la psicopatología del sujeto y poder, de esta manera, establecer su psicobiograma.

Posteriormente el Dr. BAMBARÉN ha formulado una "Ficha biotipológica", con el criterio de la Escuela constitucionalista italiana de VIOLA, que constituye el primer intento por aplicar en el Perú la biotipología, tanto al hombre sano, como al enfermo o al criminal.

ELEMENTOS PSICOLOGICOS.

En el sondeo de la peligrosidad del sujeto, el elemento psicológico es, tal vez, el que mejor ayuda a orientarse en la etiología y, por consiguiente, en la profilaxia y en la terapéutica. Este aspecto de la investigación es uno de los más difíciles; para asegurar el acierto de sus constataciones, requiere métodos y conocimientos de especialización técnica.

Admitido que el alma no obedece a un molde único en todos los seres humanos y que, más bien, ella es peculiar y distinta en cada individuo, el fundamento de la exploración psicológica es descubrir lo que cada psicología específica tiene de normal o de anormal. Puede decirse, sin embargo, que la idea de la anormalidad es un concepto contingente y variable. No obstante, en los estudios prácticos, el agrupamiento de tipos psicológicos dá una individualidad media, equidistante de las oscilaciones extremas de la masa examinada, y que puede calificarse de tipo normal. Empero, esta plantilla de la investigación psicológica está muy lejos de encarnar la perfección humana, teóricamente concebida.

"Si todos los seres son distintos psicológicamente, si introspectivamente es difícil analizar y descubrir estas diferencias; por la conducta, por el modo de pensar, es posible penetrar en la urdimbre compleja y multiforme del psiquismo". En éstas líneas dá la Dra. SOLANO el camino de las investigaciones psicológicas, y por ellas, también, se advierte lo tortuoso de la tarea investigadora.

El Prof. NELSON explica la introducción del estudio psicológico del delincuente: "Gradualmente—dice—el hincapié que LOMBROSO había hecho sobre el estigma físico, otros investigadores lo transfirieron al terreno psíquico. Cuando los trabajos de BINET y SIMÓN permitieron apreciar objetivamente la relación entre la edad del individuo y el grado de su inteligencia y se pudo, en consecuencia, determinar, también objetivamente, el grado de *retardo*

con que la inteligencia se muestra en ciertos sujetos, los investigadores se apresuraron a determinar la frecuencia con que dicho retardo aparece entre los delincuentes, hallando que tal retardo parecía ser un factor estrechamente concomitante con la actividad delictuosa". Sin embargo, una extensa investigación realizada en los Estados Unidos, a raíz de su ingreso a la guerra de 1914-18, vino a desmentir esta suposición. Se partía del preconcepto de que el análisis de la población "normal" o no delincuente arrojaría un retardo mucho menor que el que presentaba el grupo delincuente. La investigación comprendió a cerca de dos millones de adultos varones y el promedio de edad mental que resultó apenas era superior a los 13 años, edad muy por debajo de la suposición. Si se acepta que la inteligencia no aumenta intrínsecamente después de los 16 años, el individuo *normal*, conforme a los datos de esta exploración, mostraba un retardo mental de 3 años.

Algunos investigadores sostienen que las estadísticas modernas revelan que la proporción de deficientes mentales entre los delincuentes menores y adultos resulta sólo algo mayor que entre los no delincuentes, confirmando la comprobación que acabamos de referir. No existe, pues, una afirmación absoluta en la relación existente entre la deficiencia mental y la peligrosidad. Sin embargo, el Prof. GORING afirma que el crimen es más imputable al déficit mental del individuo, que al medio social o económico hostil o a las circunstancias que rodearon el acto antisocial, y basa su aserto en el estudio realizado sobre 1,428 familias delincuentes de la Prisión de Parkhurst. Sostiene GORING que la anormalidad psíquica es en su mayor parte hereditaria y que la peligrosidad se hereda en igual proporción que la tuberculosis, encontrando que el 68 por 100 de los delincuentes tienen parientes igualmente delincuentes.

WILLIAM HEALY estudió 4,000 menores peligrosos—reincidentes por lo general—comprendidos entre 14 y 15 años, con el fin de establecer una relación cierta entre la peligrosidad y el psiquismo. Encontró que 76 por 100 eran normales mentales; sólo 13.5 por 100 eran deficientes mentales verdaderos o imbéciles; 9 por 100 presentaban una ligera debilidad mental, y 3 por 100 eran psicopáticos. Por otra parte, la Conferencia de la Casa Blanca, reunida en 1930, llegó a la conclusión de que 13 por 100 de la población de los Estados Unidos es, intelectualmente, subnormal o retardada, aunque socialmente adecuada. Estas afirmaciones, destruyen la exagerada tesis que la anormalidad mental sea toda la anormalidad psíquica y que, al mismo tiempo, determine en mayor grado la peligrosidad.

Los estudios más recientes autorizan a sostener, como dice LAFORA, que la proporción de deficientes mentales entre los jóvenes no es tan elevada, como se creía antes y que se aproxima perceptiblemente a la de los jóvenes no peligrosos de la misma escala social. Algo más, por esos estudios se habría comprobado que la proporción de delincuentes con inteligencia superior es igual a la que se encuentra entre los individuos de idéntica condición social no peligrosos.

De lo anterior se desprende, que los esfuerzos de LOMBROSO por asignar al criminal un tipo anatómico propio, y los de los psicólogos que buscaban conformarlo a un tipo mental, fueron equivocados pero no absurdos. El Prof. HEALY precisa mejor el problema, cuando dice: "No es el simple hecho de la debilidad mental lo que causa la delincuencia, pues que hay muchos débiles mentales con buenos rasgos de carácter. El que los débiles mentales, y especialmente los idiotas, se encuentren con relativa frecuencia entre los delincuentes es debido simplemente a su deficiente poder inhibitorio, y muy especialmente a su falta de capacidad para poder refrenar ideas y tentaciones, tales como las que normalmente surgen en la mente de otros niños, pero que en éstos son fácilmente controladas. A esta incapacidad hay que agregar la facilidad con que esos sujetos crean simples hábitos, mentales o físicos, buenos y malos. Con un mundo ideológico más reducido no es una maravilla que ellos introduzcan en su esfera mental sugerencias de afuera y no puedan reemplazar sus asociaciones *inconvenientes* por pensamientos más altos y mejores". Y para ilustrar tan profundas consideraciones, cita la sencilla explicación de uno de los menores deficientes mentales, que al ser preguntado por las causas de su conducta antisocial, dijo: "Cuando voy al mercado, pienso en robar las cosas que veo, y entonces las tomo".

Superada la etapa en que se asignaba un valor preponderante y hasta exclusivo a la inteligencia en el estudio de la anormalidad, este abarca ahora toda la personalidad. "Hablando en términos generales—dice por eso GATES—el menor delincuente es un retardado; pero no todos los retardados son delincuentes. La deficiencia social y moral se explica por la deficiencia mental con algo más, o, probablemente, con muchas otras cosas más. Entran en esto último, probablemente, deficiencias emotivas o de temperamento o inestabilidad nerviosa. La fuerza irresistible de los deseos dominantes, la incapacidad para el esfuerzo sostenido, la versatilidad en el interés o los efectos desorganizadores de las emociones inestables, pero impulsivas, cuando se combinan con deficiencias de la inteligencia, equipan el organismo con lo suficiente para predisponerlo al delito".

La contribución más notable ha sido la de los trabajos psiquiátricos en especial, y psicopatológicos en general. La Psiquiatría, en su experiencia profesional, toma en cuenta la individualidad total y concede su justa importancia a los rasgos de la personalidad. Tanto los trabajos técnicos más recientes, como la labor práctica en este campo, han contribuido a acrecentar el valor científico de los factores de la personalidad. Numerosos estudios han puesto de evidencia que la edad mental y el cociente intelectual de un individuo no bastan, en manera alguna, para determinar su capacidad volicional. Investigaciones acerca de las actividades realizadas por expupilos de las escuelas para retardados muestran un alto grado selectivo en la capacidad de esos sujetos para ganarse la vida. En cuanto a los menores peligrosos se han hecho análisis en función con la anormalidad psicológica, anotán-

dose cifras diferentes según los investigadores y las realidades donde se ha hecho la exploración, pero cuyo volumen y frecuencia marca una indiscutible concomitancia entre la vida psíquica y la conducta, digna de ser conocida en cada "estado peligroso". COLLIN encuentra 70 por 100 de anormales entre los menores peligrosos; COLOMBIER, 68 por 100; la Escuela de Observación de MOLL, Bélgica, anota 25.5; ORDALL consigna 45; y ARENAZA 49 por 100, haciendo la advertencia de que en el total de los menores anormales precisados hay 70 por 100 con taras de origen genealógico.

No hay que olvidar la afirmación científica que el factor psicopático permite que la esfera emocional y volitiva del individuo comparta con la esfera intelectual la importancia que esta puede tener en lo que hay de constitucional, de propio, en el individuo. Empero, debe evitarse incurrir en una nueva exageración al pretender identificar el "estado peligroso" con un cuadro psicopático. THOMAS decía al respecto, que los psiquiatras habían encontrado que la conducta antisocial era de ocurrencia frecuente entre los que padecían de desórdenes psíquicos. Pero mucho de este razonamiento encerraba un círculo vicioso porque, mientras las psicopatías eran consideradas como causa del crimen, la criminalidad en sí misma se suponía ser una manifestación psicopatológica. Es decir, ciertas formas de conducta criminal eran consideradas a priori, con evidencias de una anormalidad mental, y la comisión de tales delitos determinaba de suyo el diagnóstico de anormalidad.

El acierto parece residir en no tomar como cuerpo sólido, único y rígido, cada uno de los elementos que constituyen el ser humano. Todos ellos, aunque varían en cada individuo, se hallan presentes en mayor o menor grado y, al combinarse dinámicamente, señalan el derrotero de la conducta del sujeto. SUSANA SOLANO explica con claridad el fenómeno, así: "La subconciencia y la vida instintiva se presentan ante los estudios modernos, como íntimamente adheridas al dinamismo vital, al funcionamiento de las glándulas de secreción interna, al funcionamiento neuro-vegetativo, en una palabra, al *temperamento*. La afectividad, el sentimiento, aparecen después a la observación psicológica como condicionados por una base fundamental instintiva, sobre la que incide la esfera intelectual, la ética y diversos otros elementos de naturaleza psicosocial". Con tales premisas, el análisis de los elementos psicológicos no puede dejarse de completarse con el de las manifestaciones del carácter, ensanchándose de esta manera la zona de la búsqueda etiológica de la peligrosidad.

(Continuará)

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima.
 Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Biotipología somática del asmático

Por el Dr. DOMINGO G. KUON CABELLO

(Continuación)

DÉCIMA TERCERA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado J. G.—Edad 56 años.—Raza Mestiza.
 —Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.65 m. — Peso 53 kgrs.

Distancia biacromial	30 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	22.8 "	posterior	20.5 cm.
Longitud del esternón	17 "	Distancia epigastro-púbica	19 "
Diámetro torácico transverso	23.1 "	Diámetro bicrestoilíaco	23.8 "
Diámetro torácico antero-		Longitud del miembro supe-	
posterior	21.3 "	rior	58. "
Distancia xifo-epigástrica	13 cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco		rior	84 "
transverso	22.6 "		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	8.36451 ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-		men	15.2990 ltrs.
perior	6.02290 "	Valor del tronco	23.65751 "
Valor del abdomen in-		Valor de los miembros	142. cm.
ferior	9.2701 "		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	— 6	Miembros	+ 5
Abdómen	— 9	Tórax	— 1
Abdómen superior	— 8	Abdómen inferior	— 9
Diámetro torác. ánt. post. ...	+ 6.5	Diámetro torác. transv.	— 17
Diámetro. hipoc. ánt. post. ...	+ 3	Diámetro hipoc. transv.	— 15
Diámetro. hipoc. ánt. post. ...	+ 3	Diámetro torác. ánt. post. ..	+ 6.5
Longitud abdomen	— 10	Longitud tórax	+ 9
Miembro superior	+ 3	Miembro inferior	+ 6
Yugulo púbrica	— 4	Miembro inferior	+ 6

Tipo morfológico—Microespláncico de VIOLA. Primera combinación o longitipo con antagonismo (BARBARA).

DÉCIMA CUARTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado L. B.—Edad 22 años.—Raza Mestiza.—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.56 m. — Peso 58 kgrs.

Distancia biacromial	35 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	19.1 "	posterior	16.8 cm.
Longitud del esternón	18 "	Distancia epigastro-púbrica ..	18 "
Diámetro torácico transverso ..	21.1 "	Diámetro bicrestoilíaco	22.9 "
Diámetro torácico antero-		Longitud del miembro supe-	
posterior	20.6 "	rior	52. "
Distancia xifo-epigástrica ..	13 cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco		rior	77 "
transverso	22 "		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	7.32388 ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-		men	11.72976 ltrs.
perior	4.8048 "	Valor del tronco	19.55364 "
Valor del abdomen in-		Valor de los miembros ..	129. cm.
ferior	6.92496 "		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco — 12	Miembros — 4.7
Abdómen — 16	Tórax — 3
Abdómen superior — 14	Abdómen inferior — 17
Diámetro torác. ant. post. ... + 3	Diámetro torác. transv — 24
Diámetro hipoc. ant. post. ... — 16	Diámetro hipoc. transv. — 17
Diámetro hipoc. ant. post. ... — 16	Diámetro torác. ant. post. + 3
Longitud abdómen — 12	Longitud tórax + 15
Miembro superior — 8	Miembro inferior — 2
Yugulo púbrica — 4	Miembro inferior — 2

Tipo morfológico.—Mixto con tendencia a la longitipia. Variedad D. Longitipo deficiente.

DÉCIMA QUINTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado C. V.—Edad 37 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Trujillo.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.525 m. — Peso .. kgrs.

Distancia biacromial 35 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.- posterior 20.5 cm.
Distancia biaxilar 21 "	Distancia epigastro-púbrica . 19 "
Longitud del esternón 16 "	Diámetro bicrestoiiliaco 23.4 "
Diámetro torácico transverso 21.7 "	Longitud del miembro supe- rior 57. "
Diámetro torácico antero- posterior 20.6 "	Longitud del miembro infe- rior 75 "
Distancia xifo-epigástrica .. 12 cm.	
Diámetro hipocondriaco transverso 20.1 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 7.15232 ltrs.	Valor total del abdó- men 14.05890 ltrs.
Valor del abdómen su- perior 4.94460 "	Valor del tronco 21.21122 "
Valor del abdómen in- ferior 9.11430 "	Valor de los miembros..132. cm.

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco — 10	Miembros — 2
Abdómen — 11	Tórax — 6
Abdómen superior — 14	Abdómen inferior — 9
Diámetro torác. ánt. post. + 3	Diámetro torác. transv. — 22
Diámetro hipoc. ánt. post. + 3	Diámetro hipoc. transv. — 24
Diámetro hipoc. ánt. post. + 3	Diámetro torác. ánt. post. + 3
Longitud abdómen — 12	Longitud tórax + 2
Miembro superior + 1	Miembro inferior — 5
Yugulo púbica — 8	Miembro inferior — 5

Tipo morfológico.—Mixto con tendencia a la microesplacnia. Variedad D o longitipo deficiente.

DÉCIMA SEXTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado F. V.—Edad 55 años.—Raza Mestiza.—Lugar de nacimiento Trujillo.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.53 m. — Peso 63.5 kgrs.

Distancia biacromial 26 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia biaxilar 20.1 "	posterior 19.2 cm.
Longitud del esternón 16 "	Distancia epigastro-púbica . 20 "
Diámetro torácico transverso 22.1 "	Diámetro bicrestoilíaco 24.2 "
Diámetro torácico antero-	Longitud del miembro supe-
posterior 20.2 "	rior 53. "
Distancia xifo-epigástrica .. 10 cm.	Longitud del miembro infe-
Diámetro hipocondriaco	rior 75 "
transverso 21.9 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 7.14272 ltrs.	Valor total del abdó-
Valor del abdómen su-	men 13.4776 ltrs.
perior 4.1848 "	Valor del tronco 20.62032 "
Valor del abdómen in-	Valor de los miembros..128. crz.
terior 9.2928 "	

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	- 10	Miembros	- 6
Abdómen	- 12	Tórax	- 6
Abdómen superior	- 19	Abdómen inferior	- 9
Diámetro torác. ánt. post.	+ 1	Diámetro torác. transv.	- 20
Diámetro hipoc. ánt. post.	- 4	Diámetro hipoc. transv.	- 17
Diámetro hipoc. ánt. post.	- 4	Diámetro torác. ánt. post.	+ 1
Longitud abdómen	- 15	Longitud tórax	+ 2
Miembro superior	- 6	Miembro inferior	- 5
Yugulo púlica	- 10	Miembro inferior	- 5

Tipo morfológico.—Microespláncico deficiente. Variedad D o longitipo deficiente.

DÉCIMA SÉTIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado M. T.—Edad 27 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.73 m. — Peso 57 kgrs.

Distancia biacromial	37	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	20.4	"	posterior	18.2 cm.
Longitud del esternón	16	"	Distancia epigastro-púlica .	24 "
Diámetro torácico tranverso	25.2	"	Diámetro micrestoiliaco	24.8 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	19.9	"	rior	60. "
Distancia xifo-epigástrica ..	13	cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	87 "
transverso	23.2	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	8.02368	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-			men	16.32176 ltrs.
perior	5.48912	"	Valor del tronco	24.34544 "
Valor del abdómen in-			Valor de los miembros..	147. cm.
ferior	10.83264	"		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco	5 Miembros
Abdómen	6 Tórax
Abdómen superior	11 Abdómen inferior
Diámetro torác. ánt. post.	1 Diámetro torác. transv.
Diámetro hipoc. ánt. post.	9 Diámetro hipoc. transv.
Diámetro hipoc. ánt. post.	3 Diámetro torác. ánt. post.
Longitud abdómen	4 Longitud tórax
Miembro superior	6 Miembro inferior
Yugulo púlica	4 Miembro inferior

Tipo morfológico.—Microespláncico impuro. Primera combinación de BÁRBARA o longitipo con antagonismo.

(Continuará)

Visitó Lima el Profesor Gregorio Marañón

Invitado por el Supremo Gobierno y por la Universidad, llegó a Lima el 18 de Agosto el Dr. Gregorio Marañón, que goza de gran fama por sus estudios de Endocrinología.

No debe llamar a novedad la personalidad científica de este sabio español, si se recuerda que la Academia Nacional de Medicina lo eligió miembro correspondiente el 28 de setiembre de 1922 a propuesta del Dr. Carlos A. Bambarén, quien ya desde entonces conocía y admiraba la labor realizada por el Trabajador intelectual más conspicuo con que cuenta España dentro del grupo de las profesiones médicas.

Durante su estadía en Lima, que duró más de 6 semanas, el Dr. Marañón dictó en la Facultad de Medicina un Curso de Diagnóstico de Endocrinopatías, que estuvo muy concurrido, mereciendo elogiosos comentarios.

La Facultad de Medicina lo incorporó a su claustro el 23 de agosto, saludándole el Dr. Juan B. Lastres.

La Academia Peruana correspondiente de la Academia de la Lengua, lo recibió en su seno en actuación cuyo orador oficial fué el Dr. Oscar Miró Quesada.

Ocupó su puesto en La Academia Nacional de Medicina en actuación solemne, durante la cual el Secretario Perpetuo Dr. Carlos E. Paz Soldán estudió la recia personalidad de Don Cosme



Dr. GREGORIO MARAÑÓN.

Eminente hombre de ciencia español que visitó Lima últimamente, concitando admiración y ap'ausos.

Bueno, oriundo de España, que ejerció en Lima durante el Virreinato el cargo de Cosmógrafo Mayor.

El Rotary Club de Lima lo sentó en su mesa, saludándolo el Dr. Eudoro Aguilar Oliva y brindándole, a pedido del Presidente de la Institución, un homenaje especial el Dr. Carlos A. Bamba-rén. Igual atención le prodigó el Rotary Club del Callao.

En todas las actuaciones mencionadas el Dr. Marañón leyó muy bellos discursos, que han hecho a los que no lo conocían suficientemente gustar de su dicción tan castiza, como llana y bella.

Múltiples agasajos se prodigaron al ilustre visitante, sobresaliendo el banquete que le ofrecieron los intelectuales de Lima a nombre de los cuales habló en forma elocuente el Dr. Fortunato Quesada.

Después de una permanencia que todos trataron de hacer gratisima al gran pensador español y de haber atendido a algunos cientos de enfermos, emprendió viaje a Buenos Aires, vía Arequipa, Cuzco y La Paz, dejando el Dr. Marañón una estela de admiración y gratitud que será perdurable, porque une a su ciencia una gran bondad y conocimiento profundo del corazón humano. Nunca podrá olvidarse su visita a Lima que constituyó acontecimiento científico particular, máxime si se informa que ha tenido el privilegio de hacer conocer sus libros, que, por lo que se ha dicho, no estaban muy difundidos en nuestro ambiente técnico.

Noticias

SE INAUGURO UN DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO EN EL CALLAO.—El 1° de Julio se inauguró el primer Dispensario antituberculoso que se ha instalado en el Callao.

El edificio comenzó a construirse en Enero de este año y se encuentra situado en la esquina de las calles República de Panamá y Venezuela.

Consta de un gran hall o sala de espera, que dá acceso a la sección de admisión. Tiene dos salas para examen médico y un tópico para toda clase de curaciones.

La sección Neumotórax posee un departamento especial y está conectado con una sala de Rayos X. En sección aparte funciona otro equipo de Rayos X, que puede ser utilizado con fines diagnósticos.

Al frente del Dispensario está el doctor Luís Cano Gironda que ha trabajado con Sayé y Raventós en Barcelona y con Sayago del Instituto de Tisiología de Córdoba (Argentina).

Tres enfermeras ayudarán al personal médico a atender a los pacientes que acudan y tres visitantes sociales realizarán la información familiar.

El Dispensario hará el estudio epidemiológico del vecino puerto, investigando la intensidad de la infección tuberculosa en su población.

El "Día Antivenéreo"

3 DE SETIEMBRE DE 1939

Por cuarta vez se celebró en el Perú el "Día Antivenéreo", el domingo 3 de setiembre de 1939.

Este esfuerzo de propaganda de cultura sexual y antivenérea que se realiza el primer domingo del mes indicado, es empeño interamericano por difundir la educación y profilaxia sanitaria, tan necesaria para combatir con éxito las enfermedades venéreas.

El Perú afiliado a dicha cruzada por Decreto Supremo expedido el año 1936, mantiene la preocupación por ampliar la educación sexual, gracias a la existencia en Lima de dos instituciones particulares, la "Liga de Higiene y Profilaxia Social" y el "Comité Abolicionista Peruano", que propagan con ahinco las nociones modernas sobre cultura higiénica y abolición de la prostitución reglamentada, respectivamente.

Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública, vivamente interesado en la lucha antivenérea, ha organizado un Departamento autónomo encargado de esa labor en la Dirección de Salubridad Pública, de modo que el país se está preparando para emprender tenaz campaña contra las enfermedades llamadas de Venus, que todavía ostentan crecida frecuencia en la demografía peruana.

Se publica enseguida el Programa conforme al cual se realizaron las actuaciones culturales en Lima y alrededores, así como también las disertaciones que pronunciaron algunas de las personas que intervinieron en la celebración del "Día Antivenéreo", quedando de este modo constancia fehaciente de la manera cómo se encara actualmente en el Perú la propaganda sanitaria, que circunscrita a las enfermedades venéreas, está monopolizada por la educación sexual principalmente.

PROGRAMA DE LAS ACTUACIONES EN LIMA Y ALREDEDORES

Escuela Naval del Perú.

Dr. Ricardo Angulo, Médico-Jefe del Servicio de Vías Urinarias, del Hospital Naval.—*Profilaxia de las enfermedades venéreas.*

Cine "LUX".—Distrito de aL Victoria, Avda. Manco Capac.

Dr. Víctor Eguiguren, Médico-Jefe del "Servicio Antivenéreo".
Profilaxia de las enfermedades venéreas.

Cine "ALAMEDA".—Avenida Grau.

Dr. Pedro Melgar.—*Causas de propagación de las enfermedades venéreas.*

Cine "DIANA".—Distrito del Rimac.—Avenida de los Próceres.

Dr. José Maldonado, Médico-Jefe del Dispensario Antivenéreo N° 2.—*La lucha antivenérea en el Perú.*

Cine "BREÑA".—Avenida Arica.

Sr. Amaro Enrique Urrelo, Interno del Dispensario Antivenéreo N° 1.—*La imprevisión, principal peligro en los males venéreos.*

Teatro "SEGURA".

Actuación Cultural, organizada por la "Liga de Higiene y Profilaxia Social" y el "Comité Abolicionista Peruano".

PRIMERA PARTE

Apertura de la actuación, por el Dr. Alejandro Higginson, Secretario General del "Comité Abolicionista Peruano".

El certificado médico pre-nupcial en la práctica, por el Dr. Carlos A. Bambarén, Presidente de la "Liga de Higiene y Profilaxia Social".

Palabras finales por la Doctora Susana Solano, Secretaria de la "Liga de Higiene y Profilaxia Social".

SEGUNDA PARTE

Drama en tres actos, de propaganda abolicionista, intitulado: "El Eterno Secreto" del escritor nacional señor Abelardo Arriola Ledesma.

Teatro "FOLIE ROUGE".—La Colmena.

Dr. Walter M. Montaña, de la Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.—*Perversión sexual y delincuencia.*

Cine "CONTINENTAL".—Plazuela de Mercedarias.

Dr. Aurelio Exebio, Médico de la Casa de Salud de Lima.—*Profilaxis Antivenérea.*

Cine "SURQUILLO".—Miraflores.

Sr. Ruperto Algorta de la Liga de Higiene y Profilaxia Social".—*Educación Sexual.*

Teatro "ALFONSO XIII".—Callao.

Dr. Vicente Ubilluz, Médico Jefe del Servicio Antivenéreo Femenino del Callao.—*La mujer y el problema venéreo.*

CONFERENCIAS POR RADIO

RADIO GOYCOCHEA

Sr. Juan José Lazarte, Interno del Dispensario Antivenéreo N° 1, de La Victoria.—*La Importancia del diagnóstico y del tratamiento inmediato en la blenorragia.*

RADIO LIMA

Dr. Luis García Arrese, Médico Jefe del Dispensario Antivenéreo N° 4.—*Diagnóstico de la Sífilis.*

RADIO GOYCOCHEA

Dr. Emilio Trigos, de la Liga de Higiene y Profilaxia Social.—*El Certificado Médico Pre-Nupcial.*

RADIO LIMA

Doctora Susana Solano, Secretaria del "Comité Abolicionista Peruano".—*El problema venéreo y la prostitución.*

RADIO NACIOAL

Dr. Abelardo Raymonl, Médico Jefe del Dispensario Antivenéreo N° 1, de la Victoria.—*El Certificado Médico Pre-Nupcial en la práctica.*

RADIO MIRAFLORES

Dr. José Coz y Sarria, Médico Jefe del Dispensario Antivenéreo de Miraflores —*Consideraciones sobre sífilis prenatal y congénita.*

RADIO LIMA

Dr. Enrique Pardón, Médico Jefe de la Asistencia Pública del Callac.—*Campaña Antivenérea.*

RADIO GOYCOCHEA

Dr. Teodomiro Vargas, Médico Jefe de la Sección Reconocimientos de Mujeres.—*El Peligro Venéreo.*

RADIO NACIONAL

Dr. José G. Perea, Médico Jefe del Dispensario Antivenéreo N° 3.—*La Cruzaña Antivenérea en el Perú.*

LIGA NACIONAL DE HIGIENE Y PROFILAXIA SOCIAL

"DIA ANTIVENEREO"

3 de SETIEMBRE de 1939

El hombre tiene la obligación de defender su salud para que sus descendientes sean sanos.

Las enfermedades venéreas constituyen una carga pesada para la Sociedad.

La Sífilis de los progenitores es la causa de muchas perturbaciones que presentan los recién nacidos.

El prostíbulo pervierte al hombre y contribuye a su degradación moral.

La ignorancia favorece la propagación de las enfermedades venéreas: la educación sexual previene ese flagelo.

Las enfermedades venéreas atestiguan el grado de incultura popular.

Hay que propiciar una sola Moral Sexual para los dos sexos.

CONCURRA A LAS ACTUACIONES DE PROPAGANDA

QUE SE REALIZARAN EL "DIA ANTIVENEREO"

Reproducción de la propaganda que hizo circular la "Liga de Higiene y Profilaxia Social" el "Día Antivenéreo".

Exámen médico pre-nupcial

Por la Obstetrix Sra. LAURA S. L. DE BLANCAS

En la actualidad las naciones civilizadas se preocupan, no solo por la Higiene de los individuos, sino también por la Higiene de la descendencia.

La Eugenesia estimula la reproducción de los individuos fuertes, sanos y buenos, así como también de los espíritus superiores, y prohíbe que se casen las personas enfermas y aquellas que tienen alguna tara capaz de afectar a los hijos.

El Estado tiene que interesarse porque las generaciones sean sanas y fuertes desde el nacimiento.

No puede esperarse progreso de una nación con una multitud de idiotas, retardados mentales, epilépticos, sordo-mudos, criminales etc.

Si se somete a los jóvenes al exámen médico para el servicio de muchas actividades, con cuanta mayor razón habrá que seleccionarlos antes del matrimonio.

El deseo de perfección de la raza, ha existido en todas las épocas de la historia, como lo demuestran las leyes eugenésicas en las legislaciones mas antiguas que han llegado hasta nosotros.

Entre los hebreos no se permitía el matrimonio consanguíneo, ni el de los epilépticos, tuberculosos, leprosos y alcohólicos. PLATON pedía que se reglamentaran los matrimonios, de modo que los mejores hombres se unieran con las mejores mujeres.

Si el hombre se afana por mejorar las plantas y animales, sería absurdo que mire con indiferencia la raza humana que tras él ha de venir y que le importe poco que resulte raquítica, epiléptica, tuberculosa, sifilítica o degenerada.

Actualmente se hace campaña en favor del certificado médico pre-nupcial como requisito esencial para el matrimonio.

En el exámen prematrimonial se comprueba el estado de salud de los contrayentes, impidiendo la unión de los que padezcan enfermedades susceptibles de trasmitirse al otro cónyuge o a la descendencia.

Esta medida es teóricamente magnífica, pero cuando se trata de ponerla en práctica surgen numerosas dificultades, entre ellas el secreto profesional de los médicos.

Si la ley establece que hay enfermedades que imposibilitan contraer matrimonio, es indispensable que los médicos puedan declararlo sin ninguna responsabilidad.

Los médicos están obligados a denunciar las enfermedades infecciosas, tales como la difteria, la viruela, la lepra, etc. con el objeto que las autoridades sanitarias puedan combatir las y se evite su propagación.

Del mismo modo podría establecerse la declaración obligatoria de la sífilis, la dipsomanía, la tuberculosis, la epilepsia, la idiocia, etc. que son enfermedades de influencia hereditaria y tanto o más perjudiciales a la Sociedad que las anteriores.

El amor es otro escollo para llevar a la práctica el certificado pre-nupcial; si la pareja no puede unirse legalmente por padecer de enfermedad contagiosa o hereditaria, lo hará fuera de la Ley, con lo cual agravaría el problema, resultando el remedio peor que la enfermedad, produciéndose el escándalo social sin ningún beneficio para la Eugenesia.

Además, el certificado médico pre-nupcial no impide que se puedan adquirir fuera del matrimonio enfermedades contagiosas y hereditarias.

El mejor camino sería inculcar a tiempo en los jóvenes que si no tienen salud no deben tener hijos. Para ello la educación sexual, establecida desde la escuela primaria, como parte del programa de enseñanza obligatoria, deberá contener las nociones convenientes sobre el particular. La necesidad de instruir sexualmente a los niños la aceptan aún los moralistas católicos.

La reserva y el silencio de los padres y maestros ante los problemas del sexo, es perjudicial.

No hay que esperar que la vida le enseñe al niño, con gran perjuicio de su inocencia y salud, lo que los padres y maestros podrían enseñarle, alumbrándole el camino de la vida con la luz de la verdad. El hogar bien constituido es la fuerza moral de una Nación.

La sífilis, destruyendo la vitalidad de los individuos, merma la salud y las aptitudes para el trabajo.

Cuando los progenitores están enfermos con avariosis, los nuevos seres no alcanzan al desarrollo necesario dentro del seno de su madre para que lleguen vivos al mundo (abortos), o si llegan a alcanzarlo nacen muertos o mueren a los pocos días.

Otras veces los hijos nacen con todas las apariencias de niños sanos, pero luego se observa que no ganan de peso, apesar de la buena leche que le proporcionan los senos de la madre, crecen poco, sus huesos se encorvan o se engruesan sus extremidades (raquitismo).

El Perú consciente de sus obligaciones debe vigilar la salud de sus ciudadanos, pues en caso contrario serán hombres degenerados.

Un hombre o una mujer sana, significa bienestar, alegría, entereza de carácter, voluntad para luchar y vencer, lo que beneficia la descendencia.

Nada hay mas bello que un hijo sano, robusto e inteligente; es la mayor satisfacción para una madre, que su hijo lleno de vida sea honra para el hogar y la Patria.

Hay que establecer en todo el Perú consultorios pre-nupciales que demuestren al público las ventajas que, para el porvenir de la familia, tiene el exámen médico pre-matrimonial.

COMITE ABOLICIONISTA PERUANO DIA ANTIVENEREEO 3 DE SETIEMBRE DE 1939

La campaña antivenérea reduce los gastos que se hacen para reparar los estragos de las enfermedades venéreas.

Todos deben cooperar en la lucha contra la SIFILIS, enemigo de la salud y de la Raza.

La hipocresía, el falso pudor y la ignorancia se vinculan para conspirar contra la felicidad humana.

La prostitución envilece al pueblo que la tolera.

En nombre de la Moral y de las buenas costumbres deben clausurarse los prostíbulos.

Es patriótico acudir a las Actuaciones que se realizan el "Día Antivenéreo".

Concurra a la Actuación Abolicionista que se realizara en el Teatro Segura a las 11 a. m. del 3 de setiembre de 1939.

Comité Abolicionista Peruano

Reproducción de la propaganda que distribuyó el "Comité Abolicionista Peruano", el "Día Antivenéreo".

Prostitución y enfermedades venéreas

Por la Enfermera Srta. FELICITA SERNAQUE

La educación sexual, que debe empezar desde la Escuela Primaria, es el mejor valladar de la prostitución y las enfermedades venéreas.

La vida licenciosa se vá extendiendo cada día más y más; la moral disminuye de nivel; las costumbres se relajan; las exigencias mundanas aumentan; la pasión por el lujo hace perder los frenos éticos y la técnica para la seducción adquiere nuevas modalidades. La prostitución se multiplica en forma verdaderamente pavorosa.

El Estado aceptando normas antiguas, tolera y reglamenta el meretricio, dando lugar a que se considere profesión lo que es envilecimiento, corrupción, amoralidad. "La trata de blancas", no obstante los esfuerzos que se hacen para combatirla con carácter internacional, mantiene su obra encubierta, extendiendo sus tentáculos por todas partes, principalmente en los países reglamentaristas, que si es verdad que vigilan a la meretriz inscrita en los registros sanitarios, también es cierto que no pueden controlar a la prostituta clandestina, que burla toda vigilancia y que por ser muy numerosa sobrepasa a todo cálculo, por más amplio que sea.

Sostienen los partidarios de *la reglamentación del meretricio*, que con este procedimiento se evita la propagación de las enfermedades venéreas. Se afirma que el exámen periódico semanal descubre fácilmente a la meretriz enferma. Nada más erróneo, porque las enfermedades venéreas que atacan a los individuos de los dos sexos, se localizan más o menos en el interior del organismo y la configuración de los órganos sexuales, ofrece múltiples ocasiones para que la enfermedad no sea visible, no obstante el exámen prolijo realizado por técnico debidamente capacitado. Pero fuera de estos hechos, que la ciencia puede dominar con los progresos de

los métodos de exámen, existen otras circunstancias que hacen perder todo su valor al exámen sanitario semanal y es que una meretriz puede contagiarse de enfermedad venérea al día siguiente que se la reconoció sana y como trascurrirán 8 días para el nuevo exámen, durante ese período puede transmitir la dolencia venérea adquirida, a muchas personas.

Se ha dicho, también, que con una amplia educación la prostituta, puede impedir que la contagien y sospechar con verosimilitud cuando se encuentra enferma con dolencia venérea. Esta afirmación es cierta, pero resulta indigno que se eduque a la mujer para el vicio y su degradación; la educación siempre debe conducir al individuo por un camino de perfeccionamiento y progreso y nó por el abismo de la prostitución.

Han pasado felizmente los tiempos en que la mujer era solo motivo de placer o mercancía de venta al público; el feminismo actual, luchando porque la mujer adquiera los mismos derechos que el hombre, no pretende que ésta se independice y gobierne con más autonomía para prostituírse, sinó, todo lo contrario, para cooperar al engrandecimiento social; y el meretricio nó es factor de progreso colectivo, sinó lacra de tiempos pasados y de costumbres arcaicas que sumieron a la mujer en la esclavitud y el envilecimiento.

La lucha contra el meretricio tiene múltiples aspectos, de los cuales conviene subrayar aquellos que se refieren a la dignidad humana. En efecto, la mujer necesita amparo y protección, porque seducida por el hombre y víctima de sus propios instintos, pierde el control y se entrega al libertinaje, obedeciendo a fuerzas subconscientes de protesta, ante el vituperio y el estigma de la sociedad, que así como no supo defenderla, tampoco la ayuda cuando es víctima de sus pasiones.

La Prostitución significa un peligro para la Sociedad, porque contribuye a relajar las buenas costumbres, a propagar dolencias muy peligrosas para el individuo y la raza. Perviertese la juventud, que sin ninguna enseñanza de los peligros del prostíbulo, se encariña con costumbres disolutas, que lleva al hogar, las cuales forman un sedimento malsano que está socavando las raíces mismas de la familia.

Sí todo lo dicho es cierto, produce sorpresa que se reglamente la Prostitución, que se le considere actividad lícita, cuando más bien debería conceptuársela manifestación peligrosa, merecedora de medidas de seguridad, ya que cuando el peligro de la meretriz no es actual, existe en estado potencial, que merece aniquilarse con medidas constructivas, científicas, sociales y humanas.

Combatir constructivamente la prostitución es impedir que aparezca; para conseguirlo hay que recurrir a la educación sexual, a la elevación del nivel moral de hombres y mujeres, al incremento del concepto de dignidad humana e individual, para que de ese modo la mujer no sea víctima de la seducción y de tantos otros artificios que el hombre pone en práctica para satisfacer su instinto sexual ineducado.

Científicamente se puede evitar la prostitución y la sífilis haciendo que la ciencia venga en auxilio de la mujer creándole actividades nuevas, ofreciéndole nuevos horizontes que ahoguen la coquetería superficial y el afán desmedido de conseguir admiradores.

La sociedad debe poner de su parte el concurso de sus elementos, para que la mujer siempre esté protegida, consiguiéndole el trabajo, ocupación y labor que le permita ganar los recursos económicos que necesita para la vida.

Por último, hay que recurrir a las ideas de humanidad, para que de ese modo interesándose todos por la suerte de los demás, se establezca una vinculación solidaria, que beneficia a los necesitados, particularmente a la mujer, que muchas veces obedeciendo al instinto maternal y la miseria, cae en brazos de individuos más o menos degradados, que la conduce a la prostitución y las enfermedades venéreas.

Es necesario que se emprenda activa campaña contra los explotadores de la meretriz, y contra los seductores, que inoculan su enfermedad venérea; hombre o mujer se le debe castigar según la falta, porque los rufianes que viven a expensa de la prostituta, a mas de transmitirle su enfermedad venérea son explotadores de la liviandad femenina. Lo mas curioso es que los países reglamentaristas toleran la prostitución y el rufianismo, no obstante que muchas veces en su Código Penal, castigan teóricamente diversas manifestaciones de la "trata de blancas".

No podrá hablarse de lucha contra las enfermedades venéreas, eficaz y concluyente, mientras se reglamente la prostitución; más evidente serán los resultados el día que se difunda la cultura sanitaria, se intensifique la educación sexual desde la Escuela Primaria, a fin de que los individuos no crean que las enfermedades venéreas son un mal que no puede desaparecer del Mundo, cuando en cambio, son dolencias que pueden evitarse para felicidad del sujeto y familia y grendeza de la Patria.

SUSCRIBASE A

EL ESPECTADOR HABANERO

"El Magacén de las Tres Américas"
(PUBLICACION MENSUAL)

y tendrá derecho a los beneficios que ofrece el

CIRCULO INTERNACIONAL AMERICANISTA

Suscripción Anual: \$3.00 (Moneda Cubana o U. S. Cy.)

Haga su remesa por Giro Postal o Bancario a la orden de:

**EL ESPECTADOR HABANERO, Calle Obispo 69,
HABANA, Cuba.**

Educación sexual

Por el Sr. RUPERTO ALGORTA

La ignorancia favorece la propagación de las enfermedades venéreas; la educación sexual previene el flagelo. Tal la declaración del Dr. CARLOS A. BAMBARÉN, Presidente de Liga de Higiene y Profilaxia Social, con motivo del «Día antivenéreo» celebrado el primer domingo de setiembre. ,

Nadie ignora que unos son ciegos de nacimiento y otros lo son por accidente. Los ciegos siempre están en peligro de caer en el abismo que se abre ante sus pies, porque nunca ven la senda por donde caminan. Así ocurre a las víctimas de los males venéreos. Unos sufren la enfermedad porque nacieron enfermos, heredando la terrible dolencia transmitida por sus progenitores; los otros padecen la enfermedad porque la adquirieron por contagio. En ambos casos la *ignorancia* ha favorecido la propagación de la enfermedad.

Para combatir con eficacia las enfermedades venéreas es necesario disipar la ignorancia que existe a este respecto, empezando la educación sexual desde la infancia. El primer escenario de esta enseñanza deben ser los padres. El padre debe instruir a su hijo. La madre debe ser la primera educadora de su hija. Para hacerse idóneos en esta delicada tarea, deben informarse de lo que se ha escrito sobre el particular. Los padres de familia tienen la obligación de enseñar a sus hijos las prácticas de la higiene corporal y espiritual. Los niños deben aprender que su cuerpo es el templo que Dios les ha dado para su Espíritu. Que este sagrado recinto debe conservarse siempre limpio, porque un espíritu limpio no puede vivir en un cuerpo sucio, cual si fuera un templo en ruinas, convertido en muladar, destinado a la práctica de cosas repugnantes y morbosas.

«Instruye al niño en su carrera y aún cuando llegara a viejo, nunca se apartará de ella». Este antiguo proverbio hebreo lo actualiza la Pedagogía moderna cuando sostiene que toda reforma

sobre el carácter humano debe iniciarse en la niñez, período en el cual deben modelarse las buenas costumbres del individuo; porque la educación en el hogar ha sido el más importante factor en la estructura moral de los grandes educadores.

El segundo escenario de la educación sexual debe ser la Escuela. Ahí debe continuar esta necesaria enseñanza. La escuela puede ofrecer conocimientos técnicos, que suministran personas que reúnen requisitos especiales de competencia. Se exige que el maestro sea persona de probada solvencia intelectual y moral, que tenga experiencia paternal, que sienta verdadero amor por la vida de los niños. La tarea pedagógica de la educación sexual, puede recurrir a símiles biológicos que ofrecen los vegetales y animales al reproducirse.

También los maestros tienen la ineludible obligación de dar a sus alumnos el conocimiento del léxico que la Ciencia ha creado para nombrar los órganos del cuerpo destinados a la procreación y desterrar con inflexible empeño el uso del lenguaje obsceno que la vulgaridad emplea al referirse a las actividades sexuales, como rezago de las teogonías que el antiguo paganismo greco-romano usaba en el culto a sus divinidades representativas de los vicios sexuales.

El maestro no debiera emplear la fuerza o la amenaza para instruir a sus alumnos, sino la persuasión que conquiste la voluntad, por medio del conocimiento de la verdad que convence. A este respecto creemos útil referir una antigua fábula de Esopo titulada «EL SOL Y EL VIENTO», que dice así: Disputaba el viento del Norte con el Sol sobre quién era más fuerte. No queriendo ninguno de los dos reconocer la superioridad del otro, convinieron en someter a una prueba su relativo poderío. El primero de ellos que lograrse despojar de su capa a un caminante, sería el vencedor. El viento del Norte comenzó furiosamente acompañado de violentos chaparrones; más, en vez de llevarse la capa del viandante, hizo que éste se abrigase más con ella. Llególe entonces al Sol la ocasión de dar pruebas de sí. Inmediatamente empezó a lanzar sus rayos sobre la cabeza del pobre hombre, con tal ardor que lo obligó a quitarse la capa y a sentarse sudoroso y macilento a la sombra de un árbol. Así el Sol fué el vencedor.

Con esta fábula Esopo probó que más puede la persuasión que el ruido de la fuerza. El maestro debiera tener siempre presente que el éxito de su tarea depende más de la suavidad de su método persuasivo en la enseñanza, que el ruido y la fuerza de su elocuencia.

Nadie ignora que existen muchas personas que ocultan a sus hijos el conocimiento de la misión divina de la paternidad, de ser cooperadores de Dios en el sentido de dar vida a otros seres dotados de inteligencia y sentimientos, dejándolos en la ignorancia de tan trascendental problema de la vida, exponiéndolos a caminar ciegos al borde de la senda peligrosa de las tentaciones sexuales. Alegan que el conocimiento de los peligros de los males sexuales es contrario y perjudicial a las buenas costumbres de la juventud;

pero olvidan que por este prejuicio, por su silencio a este respecto, frente al peligro que amenaza a sus hijos, se hacen responsables de los graves daños que el vicio causa a la juventud. La demografía atestigua que el mayor porcentaje de sífilíticos está entre los jóvenes de 14 a 20 años de edad. Ante tan pavoroso resultado conviene preguntarse: ¿Cuántas de estas víctimas han caído por ignorancia? ¿Seguirá la indolencia paternal mirando impassible los pavorosos estragos que causan las enfermedades venéreas? Sería deseable que la campaña contra los males venéreos despertara una intensa inquietud en el hogar, en la escuela y la sociedad para salvar a la raza de la degeneración.

Cuentan que habiéndose producido un derrumbe en una mina de carbón, todos los trabajadores se apresuraron a realizar los trabajos necesarios para salvar a sus compañeros que se encontraban encerrados dentro del derrumbe, en peligro de morir asfixiados. En esos momentos apareció un obrero que por no manchar sus ropas de paseo se negaba a tomar parte en el trabajo, hasta que otro obrero que lo conocía le preguntó: ¿No quieres trabajar tú también para salvar a tu hermano que está encerrado dentro del derrumbe? Al oír tan dolorosa noticia quitóse su saco y se entregó con todas sus fuerzas a la urgente y fraternal labor de salvar a su hermano. Ojalá que la patriótica campaña antivenérea venga a despertar una honda inquietud nacional por salvar a la raza de los peligros venéreos que la amenazan.

La Liga de Higiene y Profilaxia Social que con tanto acierto preside el conocido profesional, Dr. CARLOS A. BAMBARÉN, acaba de afirmar que «el prostíbulo pervierte al hombre y contribuye a su degradación moral». Esta declaración hecha por un hombre de envidiable solvencia científica y moral, está destinada a despertar una intensa inquietud social entre las numerosas víctimas del flagelo venéreo.

Hay que combatir la idea que la actividad sexual sólo tiene por finalidad la multiplicación de la especie, tal como lo hacen los animales. La función procreadora del ser humano trae consigo la sublimación del espíritu, desenvuelve el afecto de familia, y el amor casi divino de la madre para sus hijos. Es por eso que no se debe considerar la función sexual del matrimonio como una función puramente animal.

La leyenda dice que cuando Dios creó a la mujer no la sacó de la cabeza del hombre, para que dominase sobre él; ni de sus pies para que la esclavisara, sino de su costado para que la protegiera con su brazo y la amara con su corazón. Tal debe ser el noble ideal del matrimonio que hará la felicidad conyugal.

La educación sexual en el hogar y en la escuela nunca debe olvidar que su primordial misión es preparar la juventud para enfrentarse con éxito a las acometidas de la pubertad, combatiendo concientemente con las armas de la continencia, todas las tentaciones sexuales, hasta llegar sanos de cuerpo y espíritu al matrimonio.

El pervertido sexual y sus crímenes

Por el Dr. WALTER MANUEL MONTAÑO

Cuenta una leyenda que cierto jóven, apasionado de una mujer hermosa y tentadora, pero libertina y cruel, asesinó a su madre y le arrancó el corazón. «Dame la prueba de tu amor—le dijo la perversa—trayéndome en un plato el corazón de tu madre». Ciego de pasión, el joven dió cumplimiento a la demanda de aquella fiera humana. Con las manos ensangrentadas, en la obscuridad de la noche, corrió hacia la mujer llevándole el sangriento presente, y al cruzar por unos pedregales se dió de tropezón con una roca y cayó desmayado en el suelo. Del fondo de ese corazón sangrante—al fin corazón de madre—saliéron, en acentos de suprema ternura y envueltas en el mayor cariño, estas palabras: Hijo mío, ¿te has lastimado?...

La perversión del instinto sexual es capaz de empujar a todos los crímenes y alcanza a todas las esferas de la vida humana.

El hombre, con el fin de lograr sus innobles deseos, sucumbiendo a la seducción de la carne, roba, mata, asesina; cegado por la pasión, no reconoce código, no respeta leyes, vive sin moral y carece de sentimientos humanos.

Nuestros hijos se hallan a merced de esos seres degenerados. El peligro se cierne por todas partes; el crimen sexual cunde y las víctimas forman ya una legión.

Se impone, por consiguiente, una tenaz campaña, una lucha sin tregua, en defensa de las vidas amenazadas por este espectro.

No ha pasado mucho tiempo, todavía, desde que se consumó en California el espeluznante crimen de la violación y el asesinato de tres inocentes niñitas: Madeline Evereta y su hermanita Melba y Jeanette Stephens. Dyer, el monstruoso criminal, fué sentenciado a muerte. Pero con él no han muerto los demás criminales de este tipo, ni se ha acabado la lucha contra los indeseables de esta categoría. Con el crimen de la señora Edna A. Worden y de su hijita de doce años, víctimas de la perversión sexual de otro

criminal, son cuatro niñas y tres señoras las que han sido sacrificadas últimamente en aquel país. Cuando las leyes y el gobierno reaccionaron con mano fuerte, ya los crímenes se habían perpetrado. Pero, repetimos, para esta clase de seres nada importan las leyes y nada pueden la vigilancia ni se conmueven ante el dolor que estas tragedias acarrearán.

Cuando la señora Stephens, esperanzada todavía en el rescate de su hijita raptada por Dyer, escribió patéticas notas por medio de la prensa, el monstruo siguió adelante con la violación y el asesinato de las niñas. La nota de aquella pobre madre desgarrada por el dolor decía a la letra:

«A cualquiera que retenga a mi hijita: Por favor no permita que mi hijita sufra hambre o frío. Apenas lleva un vestidito muy ligero de verano y su ropita interior es muy liviana. Sin duda no ha comido nada desde la mañana del sábado, hace tres días, en que tomó su último desayuno en casa. Por misericordia, deje en libertad a las niñas y llévelas a un lugar cercano a la casa para que puedan regresar fácilmente. No las estropee ni las maltrate. Ellas apenas son tiernas criaturas.

«Jeanette, hijita mía: Si te ves libre, o si Marie y Madeline pueden escapar, vayan inmediatamente al teléfono o pidan a alguien que llame a la Sra. Church, de Inglewood, y díganle dónde y cómo están ustedes. Ella nos avisará y de inmediato papá y mamá vendrán por ustedes».

¿Quién no se conmueve ante esta nota de la madre? Las fieras indomables soltarían su presa, pero Dyer fué peor que fiera: las tres criaturas fueron violadas y arrastradas alevosamente a la muerte.

Un importante diario de Los Angeles sugirió que a semejantes individuos era menester hacerlos desaparecer del escenario de la vida. He aquí lo que decía editorialmente: «El problema del crimen sexual es el problema de la bestia humana pervertida que cae sobre seres indefensos haciéndolos objeto de sus emociones maníáticas».

«Las mujeres y las criaturas son las víctimas del salvajismo inexplicable del criminal sexual; éste no debe ser tratado con los acostumbrados métodos humanitarios. El no es un tipo HUMANO. Parece que ninguna ley, sino la que LE DEBE HACER DESAPARECER DE ESTA TIERRA, le impedirá realizar sus crímenes. Los arrestos y las sentencias de prisión no sirven si el perverso es nuevamente puesto en libertad para cometer los mismos o peores crímenes».

«Los criminales y maniáticos de tipo pervertido sexualmente, ya sean potenciales o actuales, deben ser puestos entre rejas, como bestias salvajes, de manera permanente y por toda su vida».

«No es difícil reconocerlos. La policía conoce a la mayoría de ellos. Los vecinos y el público los tienen ya señalados. Al primer aviso a la primera denuncia, si el aviso y la denuncia son evidentes y justificables, deben ser llevados a la cárcel o entregados a la vigilancia y el cuidado de las instituciones que los deben someter a tratamientos especiales».

«El asesino de las tres niñas debe ser traído a la justicia. Tres mil quinientos dólares de recompensa se ha ofrecido para encontrarlo y se requiere la más completa cooperación del público a los esfuerzos de la autoridad. La organización de la opinión pública contra este y todos los crímenes es urgente y no podría darse el suficiente énfasis sobre el particular».

«Sólo la guerra pública contra todos los criminales podría ser la guerra victoriosa contra todos los crímenes».

El efecto que la actitud del público causó en los criminales fué notable. Hubieron hasta los que, remordidos por su propia conciencia, se entregaron a la autoridad; otros pidieron perdón y no faltaron quienes dieron fin a su propia vida por medio del suicidio.

Entre estos, la confesión y el suicidio de Roy Harmon debería servir de lección a los donjuanes que sólo viven para dar alimento a sus bajos instintos.

En efecto, el jardinero de los parques públicos, Roy Harmon, de 57 años de edad, se suicidó en el garage de su casa, después de haber sido casualmente interrogado sobre las niñas victimadas. Se suicidó después de escribir la siguiente carta a su esposa:

«Mi querida: Soy un infame, un cobarde y el peor de todos. No me dí cuenta de que fuí un hombre tan degenerado. He sido un fracaso durante toda mi vida y ahora me viene este último delito. Lo único que me queda es dar este paso. Lo siento por mí mismo porque sin duda hay algo en mí que me ha traído a este destino fatal. He tratado todo cuanto pude para no caer en esto, pero no puedo explicarme cómo sucedió».

«Sé que este hecho ha de ser terriblemente duro para tí. Te amo tanto que casi ni puedo escribir esta carta. He sido tentado por el diablo y él me venció. Me imagino que esta noticia podría hasta causarte la muerte, pero, mi querida, so puedo presentarme delante de tí con estos hechos. No gastes mucho dinero en mi entierro, porque no merezco nada. Hubo sin duda algo bueno en mí, pero lo he malogrado todo. Sé que soy un cobarde del más bajo tipo. Yo, me he portado siempre de lo mejor en mi trabajo del parque, hasta esta mañana. Así que me preparo a pasar al otro mundo. Dios sabe que traté cuanto pude para obrar bien, pero no sé cómo caí en la trampa. Adiós, querida. No te preocupes demasiado por mí, porque nada merezco. Dios te bendiga. Encuéntrame en la otra vida».

Ante la constatación de estos tristes acontecimientos, venimos a descubrir que un gran número de crímenes de esta naturaleza ocurren amparados por la apatía con que se mira el mal y la despreocupación de la Sociedad por estudiar el problema. Así, las garras del enemigo nos sorprenden en las timieblas, sin preparación para la defensa.

La Educación Sexual, debe, pues vulgarizarse, con orientación hacia la verdad y la estrictez moral, luces seguras e inequívocas de la ciencia.

Si enseñamos a los niños cómo alimentarse y vestirse; si les damos lecciones de urbanidad y etiqueta; si nos preocupamos por darles normas de vida social ¿por qué no hemos de enseñarles, como les enseñamos las funciones y los elementos constitutivos del cuerpo humano, porqué no ha de enseñárseles también las funciones, finalidad, tiempo y circunstancia en que el uso de los órganos sexuales se justifican?

Primero los padres, modeladores responsables de la vida y carácter de los hijos, luego las autoridades tutelares del Estado y las Instituciones de bien, son los encargados de encausar al «capital humano» por vías de seguridad y bienestar.

Los gobiernos, antes que hacer de la juventud, material y elemento que sostenga ambiciones políticas o sistemas exóticos, deben preocuparse de salvarla preparándola para ocupar dignamente su sitio en la vida de la comunidad.

Antes que aspirar a la posesión física y mental de la niñez y de la juventud, el Estado debe velar porque ellos y la Sociedad en general, posean medios de vida y estén armados de segura defensa para la lucha por los grandes ideales.

La niñez y la juventud deben estar amparados por amplias y sabias leyes de protección que impliquen la extirpación de todo aquello que atente contra la seguridad de los protegidos. Tales leyes, arrancarán de cuajo todo lo que malea y contamina el ambiente o disemina infección y corrompe la vida orgánica y social de las colectividades. Esas leyes de protección perseguirán al vendedor ambulante que situándose hasta en las puertas de las escuelas, ofrecen preventivos y artefactos anticoncepcionales a niños de los dos sexos. Esas leyes de protección perseguirán al negociante inescrupuloso que vive de la venta de revistas, figuras y libros pornográficos. Esas leyes de protección vigilarán que no se exhiban películas inmorales o se efectúen representaciones indecentes en cines y teatros. Esas leyes de protección impedirán que se distribuyan por todas partes bandadas de donjuanes que en calles y plazas van detrás hasta de inocentes criaturas con el propósito de pervertirlas ahogándolas en sus pasiones bestiales. Esas leyes de protección evitarán que sucedan casos como los de Lina Medina, criatura de 5 años y medio que ya se convierte en madre.

«La seguridad de los niños y de las mujeres de América está amenazada por el más aborrecible atentado del vasto ejército criminal. Los ciudadanos todos deben ayudar a exterminar su reino de terror», escribe Edgar Hoover en su artículo: «Por una América libre de crímenes».

El perverso sexual, el más aborrecible de todo el vasto ejército del crimen, se ha convertido en una siniestra amenaza para la seguridad de la niñez y de la mujer americana.

Mujeres y niñas han sido asesinas por esta bestia. Ningún padre puede sentirse seguro de que sus niños están libres de semejante ataque. El perverso sexual puede herir donde quiera, a cualquier hora. En sólo una gran ciudad del Este de EE. UU. los

arrestos de criminales sexuales se hace a razón de uno en cada seis horas.

Estudiemos al criminal sexual en lo que realmente es. El no es algún monstruo fabuloso, no es algún demonio que intempestivamente cae sobre mujeres y niñas; él no es un «producto de nuestra época moderna»—él es un definido y serio resultado de nuestra apatía y de nuestra indiferencia.

Urge comprender lo que está detrás de un crimen. En otras palabras, una ofensa no termina con el simple hecho. Debe darse la mayor atención posible a la pasada historia del criminal. En los Estados Unidos, según expone Hoover, el Departamento Federal de Investigación estudia cada fase de la pasada historia de un delincuente. El resultado de las investigaciones nos da el triste hecho de que la gran cantidad de estos crímenes se debe a la indiferencia de los padres, las protecciones políticas y otros factores que han contribuido a darnos seres peligrosos, animales voraces.

Un examen del pasado de estas personas revelará a menudo que han sido tratadas como insignificantes delincuentes, cuando, en verdad, su proceder daba señales de ser futuros torturadores, violadores u homicidas.

El perverso sexual es un criminal progresivo. Comienza por molestar y llega hasta el envío de cartas obscenas. Se le encuentra «molestando» a niñas, o siguiendo a las mujeres. Por todos estos hechos, apenas si se le obliga a una multa o se le dá «órdenes para dejar el pueblo», o es castigado con detenciones de corta duración; ninguno de estos «castigos» lo detiene en lo más mínimo para cometer otros y más serios atentados. Cada criminal sexual es un homicida potencial.

Hay la urgente necesidad de acercarnos al problema para tratarlo específicamente. Precisa hacerse un estudio de aplicación antes de implantar leyes. Este tipo de delincuente difiere de los demás y por lo tanto el tratamiento no puede ser general.

Edgar Hoover sugiere que este estudio debe hacerse contemplando todos los aspectos del crimen. Debe ser determinado, por ejemplo,—dice él—hasta qué grado del crimen contribuye la reciente difusión del uso de la marihuana.

Es solamente en los últimos años que la «marihuana» se ha esparcido a través del país norteamericano y, en verdad, poco se sabría de sus efectos si no fuera por el Departamento Federal de Narcóticos, que trabajando bajo su Comisionado, H. J. Anslinger, rápidamente ha conocido sus peligros, obteniendo datos científicos sobre el efecto producido en el sistema nervioso. Recientemente el Congreso Norte Americano ha aprobado una Ley, autorizando al Departamento Federal de Narcóticos para suprimir el comercio de marihuana. De este modo se puede ejercer ahora autoridad para la extirpación de una droga que violentamente afecta los impulsos sexuales.

El estudio psico-patológico del pervertido sexual, permitirá pronunciarse sobre lo que debe hacerse en cuanto a tratamiento,

porque no está lejano el día, que en casos especiales, el cirujano eliminará la criminalidad sexual.

Por lo mismo que el pervertido sexual puede obrar donde quiera, cada comunidad debe hacer la separación de las personas sospechosas. Esta es una actividad en la cual todo padre, toda organización de hombres, toda sociedad de mujeres, deben interesarse vitalmente convirtiéndose en fuerzas impulsoras.

La presente apatía del público con respecto a ciertos pervertidos, generalmente considerados como «inofensivos», debe cambiarse en un severo escrutinio. El «inofensivo» pervertido sexual de hoy día puede ser, y frecuentemente lo es, el más repugnante homicida del mañana.

Toda persona arrestada por un crimen sexual, debe someterse al examen de competentes criminólogos, quienes harían recomendaciones al Tribunal para que al criminal se le someta a un régimen penal asegurativo, impidiendo para siempre que exteriorice su peligrosidad.

Las «molestias» inferidas a mujeres y a niñas deberían ser consideradas como serias afrentas a la sociedad.

El pronto arresto de estos perversos sexuales evitaría que más tarde se conviertan en homicidas. Esto implica dos planes definidos de lucha: la educación del público para comprender la seriedad de estos delitos y su inclusión dentro de un Código de defensa social para aniquilar el «estado peligroso».

Si los cuerpos de vigilancia trabajan con el fin de crear una conciencia pública, los ciudadanos estarían más dispuestos a exponer sus quejas y pedir el juzgamiento de los delincuentes. A este fin, los jueces y los Tribunales deberían ofrecer protección a todos los testigos, tomando precauciones para que ellos no sean insultados o molestados, ni sean objeto de burla o sean denigrados por los tinterillos desvergonzados que defienden por paga a estos miserables y están dispuestos aún a difamar a personas honradas, con tal de obtener la libertad de sus despreciables clientes.

La criminalidad sexual es un asunto serio que afecta a todos los hogares y que puede extirparse solo mediante severa vigilancia. Cualquiera que deliberadamente preste ayuda a tales miserables y contribuye a la vejación de la niñez y de la mujer, debería ser castigado.

La Primera Jornada Peruana de Eugenesia

Por el Dr. JOSE DE ALBUQUERQUE

(Del "Correís da Noite" de Río de Janeiro).

En Lima hay un hombre que es un dinamo de energía y de optimismo, tiene un nombre que es una bandera que está siempre desplegada al servicio de bellas causas: CARLOS A. BAMBARÉN.

Médico ilustre, Miembro de honor de varias instituciones científicas y culturales de diversos países, Profesor de Criminología en la Facultad de Derecho de Lima, Director de una Revista médica, orador fluído, polemista de escuela, gran cultor de las letras sud-americanas, pan-americanista de primera línea, CARLOS A. BAMBARÉN es también en su país "leader" de la educación sexual y de la cultura eugénica. A él se debe la organización de la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, cuya idea nació con motivo de la Segunda Jornada Peruana de Nipiología que se realizó en Lima en agosto de 1937, aprobándose, en uno de sus votos de la sesión de clausura, el compromiso de llevar a efecto en su país la Jornada que gallardamente acaba de realizar.

Tener una idea es fácil, más concretarla y llevarla a cabo, cristalizarla en realidades, es algo bien diferente y muy difícil. BAMBARÉN deliberó que a mediados de 1939 realizaría la Primera Jornada Peruana de Eugenesia y la realizó. Enormes fueron los prejuicios y las dificultades que tuvo que vencer, pero su anhelo de victoria era tan grande, que no tuvo otro destino que vencer. Congregó en torno de sí, intelectuales que militan en los diversos campos del saber: juristas, profesores, médicos, sociólogos y dió a cada uno oportunidad para estudiar un aspecto particular del problema eugénico.

No llamó para sus empeños, únicamente, a los varones, porque comprende que un problema de esta naturaleza tiene en la colaboración femenina un precioso elemento de trabajo. Problemas que interesan íntimamente al hombre y la mujer, como los de que trata la Eugenesia, no pueden ser resueltos exclusivamente por varones. Hay ciertas particularidades que la mujer puede penetrar

con mayor sentido crítico y lógico, porque son problemas ligados a la psicología de su sexo que ella mejor que un varón puede descubrir. Claro que nó cualquiera mujer podemos llamar a colaborar con exactitud en este asunto, sin que posea una gran cultura y un gran caudal de conocimientos. Si el Perú no poseyese mujeres dotadas de estos requisitos de saber, los hombres tendrían que tomar a su cargo tal trabajo sin solicitar la colaboración femenina; pero felizmente aquella república hermana y amiga, posee verdaderos valores intelectuales, de sólida cultura entre las mujeres de su país. SUSANA SOLANO y MARÍA J. ALVARADO RIVERA, que tomaron parte activa en los trabajos de la Jornada, llevaron a aquel cenáculo de ciencia, contingentes de gran valía, probando así, que CARLOS A. BAMBARÉN sabe escoger verdaderos valores para darles parte activa en trabajos de gran relevancia social, que ellas voluntariamente toman sobre sus hombros y los llevan a efecto.

En cuanto a los hombres que actuaron en la Jornada, me abstengo de pronunciarme sobre su valor, porque todos están consagrados en las diversas disciplinas a que dedican sus actividades: DÍAZ DE GUIJARRO, de Buenos Aires, CARLOS BURGA LARREA, LUIS A. CHÁVEZ VELANDO, GUILLERMO FERNÁNDEZ DÁVILA, ENRIQUE M. GAMIO, ALEJANDRO HÍGINSON, ROBERTO MAC LEAN ESTEÑÓS, PORFIRIO MARTÍNEZ LA ROSA, CARLOS E. PAZ SOLDÁN, MANUEL SALCEDO y muchos otros que prestaron el brillo de su inteligencia y de su saber al Congreso.

La primera piedra para la construcción de una grande obra eugénica en el Perú está echada, pues, capacidades de gran desarrollo intelectual están congregados con disciplina. Resta ahora, que continúen plasmando obra tan promisoriosa este puñado de intelectuales que BAMBARÉN sabe reunir para tan brillante empresa. La próxima Jornada se efectuará dentro de tres años y es seguro que estos nombres ilustres que brillaron en el corriente año, se unirán a otros más para aumentar el caudal de trabajos del próximo Certámen. La Primera Jornada Peruana de Eugenesia fué una victoria de BAMBARÉN y siendo una victoria suya, lo fué también de la Eugenesia y más que todo del Perú.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima.
 Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Biotipología somática del asmático

Por el Dr. DOMINGO G. KUON CABELLO

(Continuación)

DÉCIMA OCTAVA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado P. M.—Edad 33 años.—Raza Mestiza.—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.57 m. — Peso 55 kgrs.

Distancia biacromial	36	cm.	Diámetro hipocondriaco ant-	
Distancia biaxilar	18.3	"	posterior	20 cm.
Longitud del esternón	18	"	Distancia epigastro-púbica .	17 "
Diámetro torácico transverso	22.2	"	Diámetro bicrestoiliaco	23.3 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	21.1	"	rrior	56 "
Distancia xifo-epigástrica ..	14	"	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rrior	78 "
transverso	22.1	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	8.43156	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-			men	14.100 ltrs.
perior	6.188	"	Valor del tronco	22.54156 "
Valor del abdomen in-			Valor de los miembros. .	134. cm.
ferior	7.922	"		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco — 8	Miembros + 9
Abdómen — 11	Tórax — 1
Abdómen superior — 8	Abdómen inferior — 13
Diámetro torác. ánt. post. + 5	Diámetro torác. transv. — 20
Diámetro hipoc. ánt. post. 0	Diámetro hipoc. transv. — 17
Diámetro hipoc. ánt. post. 0	Diámetro torác. ánt. post. + 5
Longitud abdómen — 12	Longitud tórax + 15
Miembro superior — 7	Miembro inferior — 1
Yugulo púbrica — 4	Miembro inferior — 1

Tipo morfológico.—Mixto con fuerte tendencia a la microesplacnia. Longitipo con antagonismo.

DÉCIMA NOVENA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado S. M.—Edad 26 años.—Raza Mestiza.—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 147.5 m. —Peso 44 kgrs.

Distancia biacromial 33 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia biaxilar 19.7 "	posterior 17.6 "
Longitud del esternón 15 "	Distancia epigastro-púbrica . 19 "
Diámetro torácico transverso 21.9 "	Diámetro bicrestoilíaco 20.8 "
Diámetro torácico antero-	Longitud del miembro supe-
posterior 17.5 "	rior 53.70 "
Distancia xifo-epigástrica .. 11 cm.	Longitud del miembro infe-
Diámetro hipocondriaco	rior 69 "
transverso 23.2 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 6.40575 ltrs.	Valor total del abdó-
Valor del abdómen su-	men 11.44704 ltrs.
perior 4.49152 "	Valor del tronco 17.85279 "
Valor del abdómen in-	Valor de los miembros..122. cm.
ferior 6.95552 "	

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	— 14	Miembros	— 1
Abdómen	— 17	Tórax	— 9
Abdómen superior	— 17	Abdómen inferior	— 17
Diámetro torác. ánt. post.	— 2	Diámetro torác. transv.	— 21
Diámetro hipoc. ánt. post.	— 12	Diámetro hipoc. transv.	— 16
Diámetro hipoc. ánt. post.	— 12	Diámetro torác. ánt. post.	— 2
Longitud abdómen	— 15	Longitud tórax	— 4
Miembro superior	— 6	Miembro inferior	— 13
Yugulo púlica	— 12	Miembro inferior	— 13

Tipo morfológico.—Mixto (VIOLA). Variedad D o longitipo deficiente. (BÁRBARA).

VIGÉSIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado F. L.—Edad 42 años.—Raza Amarilla.—Lugar de nacimiento China.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.64 m. — Peso 54 kgrs.

Distancia biacromial	37 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	19.7 "	posterior	18.7 "
Longitud del esternón	19 "	Distancia epigastro-púlica ..	22 "
Diámetro torácico transverso ..	22.7 "	Diámetro bicrestoilaco	21.7 "
Diámetro torácico antero-		Longitud del miembro supe-	
posterior	21 "	rrior	58. "
Distancia xifo-epigástrica ..	8 cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco		rrior	78 "
transverso	21.1 "		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	9.0573 ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-		men	13.23365 ltrs.
perior	3.3061 "	Valor del tronco	21.29084 "
Valor del abdómen in-		Valor de los miembros ..	136. cm.
ferior	8.92738 "		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	— 9	Miembros	+ 10
Abdómen	— 15	Tórax	+ 1
Abdómen superior	— 24	Abdómen inferior	— 10
Diámetro torác. ánt. post.	+ 5	Diámetro torác. transv.	— 18
Diámetro hipoc. ánt. post.	— 6	Diámetro hipoc. transv.	— 20
Diámetro hipoc. ánt. post.	— 6	Diámetro torác. ánt. post.	+ 5
Longitud abdominal	— 15	Longitud tórax	+ 22
Miembro superior	+ 3	Miembro inferior	— 1
Yugulo púlica	— 4	Miembro inferior	— 1

Tipo morfológico.—Microesplánico. Primera combinación. Longitipo con antagonismo.

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social

COMITE DE PROPAGANDA DE NUTRICION Y ALIMENTACION CORRECTAS.

En el Programa de trabajo que el Presidente de la Institución Dr. CARLOS A. BAMBARÉN formuló para el año 1937, consignése la creación de un *Comité de Propaganda de Nutrición y Alimentación correctas*, en vista que en el Perú no existía entidad pública o privada que se preocupase por el estudio y solución de los problemas que plantea la alimentación, no obstante que hace muchos años, países y gobiernos, se interesan cada vez más por estas cuestiones y en América se comprueba un creciente deseo por resolver científicamente la nutrición de la colectividad.

Dos hechos constructivos merecen, sin embargo, destacarse en el ambiente peruano: la instalación de "Restaurantes Populares" iniciada el año 1932, con el objeto de dar alimento barato al pueblo y la inclusión en el Decreto Supremo que reorganizó el año 1937 la Dirección de Salubridad Pública, de un Departamento de Nutrición, que hasta la fecha no ha funcionado. Pero antes, en 1936, por gestión de la Liga de Higiene y Profilaxia Social, que auspició generosamente el Ministerio de Salud Pública, se instaló el "Refectorio Maternal" que dá alimento a la madre que lacta a su hijo durante los seis primeros meses de vida.

De los esfuerzos particulares sobre nutrición colectiva, merecen mencionarse las investigaciones efectuadas en el ambiente escolar limeño, que son las únicas que se han publicado.

Aprobada la creación del Comité mencionado, se instaló el 17 de junio de 1937, quedando constituido por el siguiente personal:

Presidente: Dr. Fortunato Carranza, Profesor de Bromatología de la Universidad de Lima.

Vocales: Dr. Carlos A. Bambarén,
" Angel Maldonado,
" Pedro Villanueva,
" Carlos M. Yori,
" Luis G. Monge, y
Sr. Pedro E. Paulet.

Al instalarse, el Comité declaró que el problema de la Nutrición humana es asunto básico en la Sanidad Nacional y que casi

todos los países tratan de resolverlo de acuerdo con las corrientes de la Bromatología; que en América del Sur existe un movimiento intenso en favor de la alimentación correcta y que el Perú viene recién a sumarse a este empeño continental, que debe hacerse de acuerdo con la ciencia y con los bien entendidos intereses nacionales, puesto que los pueblos debilitados por una insuficiente e incorrecta alimentación, ofrecen los guarismos morbosos más elevados y que tienen valor superlativo las "Clínicas de Nutrición", organismos asistenciales y de cultura colectiva que se han extendido por todas partes y que conviene instalar lo más pronto en el país.

El esquema de la organización interior del Comité quedó bosquejado en la siguiente forma:

- 1º Sub-sección *Propaganda y Presupuestos domésticos;*
- 2º " *Alimentación del lactante;*
- 3º " *Alimentación del niño en edad pre-escolar y escolar;*
- 4º " *Alimentación del Adulto;*
- 5º " *Estudio de alimentos autóctonos.*

Las primeras manifestaciones del trabajo del Comité consistieron en recomendaciones sobre requisitos bromatológicos que deben poseer las grasas alimenticias y las leches conservadas, así como también la necesidad de investigar el ácido ascórbico que se elimina por la orina, para apreciar el grado de carencia en vitamina C. de los niños de Lima.

Enseguida se recomendó reemplazar el té que sistemáticamente se proporciona en los Refectorios Escolares "Alberto Secada" del Callao y del Mercado Central de Lima, por leche descremada, que puede adquirirse a bajo precio, perfeccionándose de este modo la alimentación que se suministra a los escolares que concurren a dichos Refectorios.

El Dr. CARLOS M. YORI dió cuenta de sus estudios sobre *nutrición del escolar* expresando que se la aprecia en relación con la estatura y peso, según las edades y cifras pondo-estaturales medias de cada localidad; que los índices de robustez que se obtienen no arrojan coeficientes que marchen paralelos con el aspecto que ofrece el niño y que por ello las tablas medias han perdido mucho de su significado.

Dijo que el criterio de Dumferlín para apreciar el estado de nutrición del niño, era muy acertado, porque además de medidas antropométricas utiliza la apreciación clínica.

Refirió la encuesta realizada en 1935 en el Colegio Nacional de Guadalupe, para estudiar el grado de nutrición del escolar guadalupano, llegando a la comprobación que el 50 por ciento de los niños que concurrían a dicho Centro de Enseñanza por aquella época, eran desnutridos por: falta de alimentos en cantidad suficiente, ignorancia en la elección y preparación de sustancias nutritivas, defectos morbosos que con la edad se harían definitivos, etc.

Expuso que la desnutrición del escolar guadalupano estaba determinada más por la calidad de los alimentos que ingerían, que por deficiencia y cantidad y que las caries dentarias atestiguaban el estado nutritivo.

Recomendó comprender a toda la población de las Escuelas Fiscales en el "Desayuno Escolar", como se hace en Buenos Aires, donde todo escolar recibe un vaso de leche al ingresar a las aulas, sin investigar si ha tomado o no desayuno, medida asistencial que favorece notablemente el aprovechamiento de los alumnos.

Hizo mención de las "Nursery Schools" que todavía no se han creado en el Perú y elogió la labor del Instituto Nacional del Niño y el proyecto de fundar una "Clínica de Nutrición" para atender a los niños en la edad pre-escolar.

El Dr. BAMBAREN dijo que las tablas clásicas de estatura y peso no interpretaban exactamente las realidades antropométricas, porque no tomaban en cuenta los tipos morfológicos tal como lo hacen los biotipologistas italianos; por esto, cuando se quiere apreciar la robustez, los coeficientes que se proponen no corresponden muchas veces con la verdadera realidad biológica del individuo que se examina.

En su concepto, el criterio de Dunferlín es muy empírico y susceptible de sufrir el influjo de la "ecuación personal" tan cambiante según el examinador y su cultura. Recomendó estudiar los nuevos métodos propuestos por el Comité de Nutrición de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones y expresó que al Comité de Alimentación y Nutrición Correctas de la Liga de Higiene de Lima, le estaba reservada amplia y meritoria labor.

Sostuvo que era necesidad fundamental para realizar un estudio serio sobre el problema de la alimentación correcta, efectuar una encuesta sobre "presupuesto familiar", pues de ese modo podrían rectificarse muchos errores de economía doméstica peruana; enseguida manifestó que era necesario determinar las cualidades nutritivas de los alimentos autóctonos del Perú y de los que se producen en nuestro territorio, porque la calidad de los terrenos y las condiciones meteorológicas, hacen variar esas características.

El Comité dejó constancia que el "desayuno escolar" se creó en Lima, el año 1917, a iniciativa del Dr. LUIS MIRÓ QUESADA, Alcalde de la ciudad en aquella fecha.

Comprendiéndose que la divulgación de las cuestiones alimenticias es procedimiento práctico para llevar a la multitud, conocimiento e interés por la alimentación correcta, se llevó a cabo durante el mes de julio de 1938, un ciclo de conferencias, que sustentó el Dr. FORTUNATO CARRANZA, Presidente del Comité.

Los temas tratados fueron los siguientes:

¿Existe un problema de alimentación en el Perú?

- a) Lo que hacen en otros países los Institutos de Nutrición;
- b) Los conocimientos químicos y bioquímicos de los alimentos. La Bromatología general y aplicada;

- c) Los alimentos puestos al consumo;
- d) Consideraciones de interés social.

Los principios de la Bromatología.

- a) Una alimentación racional y armónica;
- b) Los principios alimenticios;
- c) Alimentación cuantitativa y cualitativa;
- d) Los postulados de la ciencia y las alarmantes realidades sociales;
- e) La tarea de los bromatólogos en el Perú.

Calidad de los Alimentos.

- a) Los aminoácidos de las proteínas;
- b) Los ácidos grasos, los puntos de fusión y las grasas invisibles;
- c) Los carbohidratos;
- d) Las sales minerales;
- e) Las vitaminas.

En vista del éxito que tuvo el ciclo anterior de actuaciones, se ha preparado el que sigue, que se llevará a cabo próximamente.

Dr. Manuel Salcedo: *La Alimentación de los escolares.*

Dr. Víctor Cárcamo: *El consumo de grasas en nuestra ciudad.*

Dr. Angel Maldonado: *La casa de la alimentación.*

Dr. Fortunato Carranza: *Madres de Familia, cuidad de la alimentación de vuestros hijos.*

Dr. Rómulo Eyzaguirre: *Racionamiento.*

Dr. Fortunato Carranza: *La alimentación rural en el Perú.*

Dr. Carlos A. Bambarén: *Política nacional de alimentación.*

Dra. Susana Solano: *Bases legales para reprimir el fraude en el comercio de alimenticios.*

El Comité de Nutrición y Alimentación Correctas de la Liga de Higiene y Profilaxia Social de Lima, está integrado, en la actualidad, en la siguiente forma:

Presidente: Dr. Fortunato Carranza.

Vocales: Dr. Carlos A. Bambarén, Dr. Angel Maldonado, Dr. Víctor Cárcamo Márquez y Sr. César A. Macedo.

Noticias

SOCIEDAD PERUANA DE UROLOGIA Y VENEREOLÓGIA.—La Junta Directiva que regirá los destinos de la Institución, durante el año 1939-1940, es la que sigue:

PRESIDENTE: Dr. Enrique Blondet.

VICE PRESIDENTE: Dr. Francisco Sánchez Moreno.

SECRETARIO: Dr. Jorge Salazar Araoz.

TESORERO: Dr. Ricardo Angulo.

BIBLIOTECARIO: Dr. Alex Higginson.

October

La obra eugenésica en el Perú

Por el Prof. Dr. GUILLERMO FERNANDEZ DAVILA

El Perú ha pagado amplio tributo a la obra de la eugénica; si la Eugenesia parece de una novedad alucinadora entre nosotros, hace muchos años que sus principios eran bien conocidos y muchas de sus cuestiones fueron dilucidadas por los hombres de ciencia peruanos, mucho antes que la hoy llamada Ciencia de la Vida, cobrara personería merced al impulso de GALTON y se impusiera con el nombre con que actualmente se la conoce, en forma avasalladora, con tendencias a imponerse imperativamente en todo el mundo.

Ya a mediados de la pasada centuria, por los años de 1869, un erudito peruano, el notable jurista doctor don MANUEL AURELIO FUENTES, en el «Manual práctico de Medicina Legal» que por aquel entonces publicara, hablaba de que debería tenerse en cuenta para la celebración del matrimonio «aquellas enfermedades no « no sólo trasmisibles al cónyuge, sino también a la prole», debiendo, afirmaba, evitarse la unión «de personas en quienes se reconozcan síntomas de sífilis, tuberculosis pulmonar, etc.»

Ello, indudablemente, era reflejo de lo que por entonces preceptuaba la codificación civil, vigente desde el 28 de Julio de 1852, la que en su artículo 142 y entre las incapacidades para contraer matrimonio se indicaba: *inc. 9^o. — el impotente; inc. 10^o. — el loco y demás personas que están en incapacidad mental*» y en el art. 150 entre las causales de negativa al consentimiento por motivos graves, se señalaba: *inc. 2^o la enfermedad contagiosa*; preceptos legales que al existir, aunque en forma muy valible de críticas y objeciones, obligaba para su cumplimiento a exigir una prueba del estado de salud, o, por lo menos, de no existencia de aquellos procesos morbosos que justificaban una incapacidad para el matrimonio o eran motivo de no consentimiento para el mismo.

Con fecha 3 de Mayo de 1872 se graduaba de Bachiller en Medicina el doctor MANUEL C. BARRIOS, que después fuera Catedrático de Medicina Legal y Secretario y Decano de nuestra Facul.

tad; tésis titulada: «Debe prohibirse la unión conyugal entre tuberculosos», con argumentos de gran fuerza, que tendían a solicitar se modificaran los ambiguos términos del Código Civil y «se señalara entre los impedimentos a la unión conyugal, las enfermedades hereditarias y muy en especial la diátesis tuberculosa».

En los interesantes comentarios al Código Civil, que publica en 1878 el doctor don MANUEL A. OLAECHEA, con el título de «Necesidad de la intervención de los médicos en la confección de las leyes», trabajo que se publicó en el N° 7 de «La Gaceta Médica» (31 de Julio de 1878) y posteriormente en un libro especial (Cuestiones prácticas de Higiene y de Medicina Legal.—Barcelona, 1893), este competentísimo médico-legista proponía se modificara el inciso 2° del art. 150 del citado Código, que ya hemos citado, en la siguiente forma:

«2°—Los estados mórbidos capaces de hacer repugnante el concubito, los que se agravan o exacerban por el mismo acto como prometiendole profundamente las funciones de la vida, los que se transmiten fatalmente a la prole, los contagiosos incurables, las enfermedades crónicas incurables y repugnantes y la desproporcionada de los órganos genitales».

Como puede verse, al señalar el autor estas causales justificativas de impedimento absoluto para el matrimonio, establecía en forma avanzadísima, aquellas ideas eugénicas que hoy todavía se esbozan con cierta tibieza en muchos países.

En el año de 1880, dos estudiantes de medicina abordan temas que perfilan nociones de eugenia, por aquel entonces completamente desconocida; así el Sr. LUIS RAMÍREZ VARAS elige el tópico: «Influencias diatésicas en el Matrimonio» y el Sr. AVELINO VIZCARRA: «Matrimonio entre consanguíneos», trabajos ambos que fueron inspirados indudablemente por las ideas que esparciera el Dr. OLAECHEA.

En 1885, al estudiar el Prof. LEONIDAS AVENDAÑO la profilaxis de la tuberculosis en Lima, trabajo publicado en el N° 18 del año II de «La Crónica Médica», ponía al respecto argumentos de gran peso en pró del impedimento de las uniones entre tuberculosos; por venir de tan connotado autor, bien merecen copiarse algunas de esas ideas:

«Nada es más frecuente que el matrimonio se realice entre personas que las dos, o una por lo menos, padezcan de esta cruel enfermedad, siendo bastante conocido el resultado de semejante unión. En caso de ser uno de los cónyuges el afecto, el otro está expuesto a contraer la enfermedad, ya por las vías respiratorias, o bien por las vías genitales. En este mismo caso, y mucho más cuando los dos consortes son tuberculosos, la prole que resulta trae una debilidad congénita y se encuentra expuesta a que los mismos que le han dado el ser le comuniquen una enfermedad, que, en época más o menos lejana, le conduciría a la tumba. Quiere decir que el matrimonio instituido con el objeto de propender a la conservación, propagación y mejoramiento de la especie, realizado en las condiciones que vamos analizando, dará,

« por el contrario, una generación mezquina y enfermiza. La me-
 « dida más racional es, pues, impedir el matrimonio entre las per-
 « sonas tuberculosas; incluir, entre las causas que se oponen a la
 « celebración de este contrato, la tuberculosis de ambos cónyuges,
 « o de uno solo, principalmente cuando la enfermedad está en los
 « períodos avanzados, y tener en consideración para el caso particu-
 « lar, no sólo las manifestaciones pulmonares, sino también las
 « de los órganos genitales, que se revelan por leucorreas rebeldes
 « y otros trastornos diversos».

Qué otra cosa sino ideas de la más pura eugenesia, son las
 vertidas por el notable Maestro peruano, hace cerca de medio sig-
 glo, dos años después que Sir FRANCIS GALTON creara esa ciencia
 que él definió diciendo «que trata de los factores sociales, que
 « mental o físicamente influyen en formar las condiciones de ra-
 « za de las generaciones del porvenir»?

La selección para el matrimonio, bajo preceptos eugénicos,
 fué, por lo tanto, solicitada entre nosotros desde hace muchos años,
 cuando aún sólo se vislumbraban los primeros destellos de la mo-
 derna EUGENESIA, que plasmada ya en forma concreta y precisa,
 constituye, como alguien lo ha dicho muy bien, la CIENCIA DE LA
 VIDA; que ya en este siglo irrumpe con toda su fuerza y gana pó-
 co a poco terreno, pudiendo afirmarse que ella constituye el más
 brillante porvenir de la Humanidad.

El 8 de Mayo de 1901, en aquellas solemnes actuaciones, hoy
 por desgracia olvidadas, de la Apertura de año universitario en la
 vieja Universidad de San Marcos de Lima, correspondió el turno
 a la Facultad de Medicina, quien encomendó el Discurso de Orden
 al Profesor de Medicina Legal Dr. LEONIDAS AVENDAÑO, quien eli-
 gió como tema: «Despoblación Nacional». Demás está decir que
 el citado profesor sostuvo, con mayor abundamiento aún, las ideas
 anteriormente mantenidas al respecto.

En la Facultad de Medicina en el año de 1904, el alumno don
 JOSÉ RAMÓN BOLAÑA, presentó su tesis de Bachiller, escogiendo el
 tema: «Estudio crítico del matrimonio ante el Código Civil Pe-
 ruano y sus relaciones con las ciencias médicas», en la que sostu-
 vo y abogó por iguales ideas, sentando normas de codificación.

En las Cámaras Legislativas también esta palpitante cues-
 tion fué tomada en consideración, y así en la de Diputados el re-
 presentante don CARLOS BORDA presentó el 1º de Agosto de 1916,
 un proyecto de ley proponiendo la declaración jurada del médico,
 sobre la salud y las condiciones físicas de los contrayentes. Po-
 co después el Dr. AUGUSTO PEÑALOZA, presentaba en la Facultad
 de Jurisprudencia una tesis para optar el grado de Bachiller, que
 intitulaba «Prevención eugénica de la criminalidad», y en ella,
 aunque de una manera incidental, abogaba por el matrimonio eu-
 génico, ideas que después igualmente defendiera en el Parlamento.

En Julio de 1922 se realizó en Lima, la «1ª Conferencia Na-
 cional sobre el Niño Peruano», y en ella el Doctor HIPÓLITO LA-
 RRABURE desarrolló la Ponencia Oficial: «Problemas relativos a la

Madre y que interesan al Niño», proponiendo el siguiente Voto, que fué aprobado:

«XI.—La 1ª Conferencia Nacional sobre el Niño Peruano, « recomendando a los Poderes Públicos, la necesidad de que entre « los trámites civiles del matrimonio, figure la autorización del « médico en el expediente respectivo, concedida mediante un cer-
« tificado de sanidad física y psíquica».

En la Legislatura ordinaria de 1923, el Diputado Dr. NEPTALÍ PÉREZ VELÁSQUEZ, presentó en su Cámara un proyecto de Ley, para que se exigiera el certificado médico para el matrimonio de los maestros; dicho proyecto pasó a informe de la Academia Nacional de Medicina, la que nombró una Comisión compuesta por los SS. AA. Drs. AVENDAÑO, LARRABURE y GARCÍA (E. L.), quienes informaron favorablemente, pero indicando la conveniencia de generalizar para todos los desposados, hombres y mujeres, las ventajas del matrimonio eugénico y la necesidad de legislar sobre el certificado médico pre-nupcial.

En el «VIº Congreso Médico Latino-Americano», reunido en La Habana (Cuba) en el año de 1922, los Drs. LEONIDAS AVENDAÑO y GUILLERMO FERNÁNDEZ DÁVILA, sostuvieron la Ponencia Oficial: «La Depoblación en su aspecto social y médico-legal», en la que desarrollaron ampliamente estas importantes cuestiones de eugenia.

Posteriormente, y en el «IIIer. Congreso Científico Pan-Americano», que tuvo lugar en esta Capital en Diciembre de 1924 y Enero de 1925, a raíz de una comunicación presentada por el Dr. LEONCIO P. CHIRI, en la Sub-sección de Medicina Social, el autor de este trabajo sintetizó las conclusiones de la interesantísima discusión habida con tal motivo, en un Voto que fué aprobado por la Comisión, en el sentido de recomendar a los países de América se ocuparan del certificado médico pre-matrimonial.

Como consecuencia de este Voto, dé otro derivado en la Sub-sección respectiva del interesante trabajo del Prof. E. GARZÓN MACEDA, Delegado de la República Argentina referente a «Eugenesia, Puericultura y Educación Sexual», de las conclusiones del importante estudio presentado por el Dr. LUIS A. CHAVES VELANZO y del voto obtenido en la Sub-sección de Derecho Civil por el Dr. GERMÁN AMAT y LEON, el Congreso aprobó los siguientes Votos:

«XXXVII.—El Tercer Congreso Científico Pan-americano de « Lima, propone: 1º—La intensificación de la campaña anti-vené-
« rea como medio primordial de preservar la salud y mejorar la
« raza humana; 2º—que se legisle uniformemente respecto a es-
« te peligro social; y 3º—que se dicten medidas tendientes a es-
« tablecer el certificado médico prematrimonial».

«LXXIX.—El Tercer Congreso Científico Pan-americano de « Lima, atendiendo a consideraciones de orden biológico, eugé-
« co, social y jurídico, recomienda que en los países del Continen-
« te se intensifique el estudio y la aplicación de medidas sanita-
« rias y legales que tiendan a restringir al mínimum posible el
« número de matrimonios en que los contrayentes padezcan de sí-

« filis, tuberculosis u otras enfermedades de graves caracteres patológicos, transmisibles por contagio o por herencia ».

En los meses de Agosto y Setiembre de 1926 se realizó en Lima la «Iª Conferencia Nacional Antivenérea» y para ella la Comisión Organizadora me honró con el desarrollo de algunos temas de la Sección de Legislación, entre ellos los concernientes al «Certificado de salud para el matrimonio» y la «Responsabilidad penal por el contagio de las enfermedades venéreas», como rezaba textualmente.

Entusiasmado con tales tópicos, que correspondían a aquella Ciencia predilecta de mi espíritu que es la Medicina Legal, de gran valer, pues se desarrollarían en un certamen netamente nacional, sobre cuestiones de suma importancia para la Patria y el Estado, para la Sociedad y la Familia, me entregué con ardor a su estudio; pero al adentrarme en su difícil dilucidación y aún perderme en el bosque frondoso de las complejas teorías y legislaciones de que ambos temas eran objeto, vine encontrando infinitos puntos de contacto entre los dos y también con otros muchos problemas relacionados con la campaña antivenérea, estudiados en su aspecto legal. Y fué así como nuclíé bajo el título de «Los Problemas legales en la lucha antivenérea», diversas cuestiones que partían de un sólido y único nexo, cual era la moderna ciencia de la Eügenesia.

En la indicada Ponencia Oficial abordé los siguientes tópicos:

I.—El trípode legal sanitario, o sea a)—el tratamiento obligatorio; b)—la declaración obligatoria; y c)—el aislamiento obligatorio.

II.—La actuación profesional y el curanderismo;

III.—El certificado médico prematrimonial;

IV.—El delito del contagio venéreo;

V.—La prostitución; reglamentarismo y abolicionismo.

VI.—La protección legal a la mujer seducida y abandonada; la investigación de la paternidad.

Mas, como el tema, o mejor dicho, los temas eran muchos y de gran envergadura, los desarrollé en sus fundamentos principales y los sintetizé en una serie de conclusiones, que impresas, se repartieron en la Conferencia y sirvieron de base para discusiones y votos aprobados.

Al siguiente año, o sea el de 1927, el «Círculo Médico Peruano» organizó un Ciclo de actuaciones y al ser invitado a tomar parte en él, insistí sobre una de las partes de la Ponencia Oficial del año anterior, «El Certificado Médico Prematrimonial», visto que las otras dos primeras cuestiones las había ya desarrollado en extenso.

En las conclusiones de dicho trabajo, que elaboré insertando en ellas las opiniones del Dr. JUAN JOSÉ CALLE de su ante-proyecto al Código Civil Peruano, afirmé la necesidad de «involucrar « en nuestra codificación civil, la prescripción del certificado médico para contraer matrimonio, como testimonio de la ausencia « de impedimento legal del mismo, por motivo de enfermedad».

Este trabajo, al publicarse, erigió el altísimo honor de ser prologado por el Dr. CALLE, quien indicaba toda la labor al respecto en la «Comisión Reformadora del Código Civil Peruano», como precursora de la definitiva adopción entre nosotros, de medida tan urgente.

Por aquellos años y tal vez como un estímulo del momento presente, muchos alumnos de Medicina y de Jurisprudencia, abordaron valientemente la cuestión y eligieron ese tópico para sus Tesis de Bachiller, estudiándolo en diversos aspectos, pero todos convergentes a la adopción de medidas, impuestas por la Eugenia. Mencionaremos entre ellas:

RAFAEL FOSALBA MUÑOZ.—«La Herencia como principal factor etiológico de la anomalía mental».—Tesis de Bachiller en Medicina, 1928.

EDUARDO ISMAEL BALBIN.—«El Matrimonio y la Eugenesia».—Tesis de Bachiller en Medicina, 1929.

FÉLIX ANAYA.—«El Proyecto de certificado médico pre-matrimonial y su discusión».—Tesis de Bachiller en Medicina, 1930.

TOMÁS TINEO PERALTA.—«El Certificado Médico Pre-matrimonial».—Tesis de Bachiller en Jurisprudencia, 1930.

FELIPE GUERRA.—«Obligatoriedad del certificado de salud pre-matrimonial y necesidad de reglamentar el inc. c) del art. 1º del Decreto-ley de 22 de agosto de 1931».—Tesis de Bachiller en Jurisprudencia, 1931.

En 1930 tiene lugar en Lima el «IV Congreso Pan-Americano del Niño» y entre los temas oficiales se indicó el siguiente: V.—*Legislación*.—El matrimonio eugénico y sus posibilidades en América; el examen pre-nupcial y las garantías sanitarias del matrimonio». Entusiasmado con el tópico, que reverdecía las ideas que desde hacía tiempo venía sosteniendo con todo ahínco, presenté el trabajo intitulado: «Eugenesia y Matrimonio: el certificado médico prematrimonial; su factibilidad y su aplicación en los países de América». Desgraciadamente la Asamblea circunscribió, con un exclusivismo incomprensible, toda la actuación del certamen al Niño y solo se prolongó hacia atrás, a la madre embarazada, sin querer ocuparse de las simientes del nuevo ser y la bondad de los progenitores; fué así como el tema no mereció voto alguno que plasmara una recomendación sobre tan importantísima cuestión.

Llegamos al año de 1931 y en él, con fecha 22 de agosto, se dió el Decreto-Ley No. 7282, como ampliación del Decreto-Ley No. 6889 que establecía el Divorcio absoluto y obligatorio el matrimonio civil; en él y en su art. 1º se preceptuaba que para contraer matrimonio se requería la presentación de varios documentos y entre ellos:

«c).—Certificado médico pre-nupcial sobre el estado físico y «psíquico de los contrayentes y su aptitud para contraer matrimonio sin peligro para la prole. Este certificado podrá suplirse con «una declaración jurada de no comprenderles el impedimento a «que se refiere el inciso a) del artículo 2º».

Fué así cómo y por vez primera, quedaba plasmado en la letra

de la Ley, la obligación del certificado médico para el matrimonio y, por ende, la necesidad del reconocimiento médico de los contrayentes. Desgraciadamente esta disposición se completó con la apostilla, de la declaración jurada del estado de salud, inconveniente en toda forma y cuya crítica no corresponde aquí; pero que invalidó en su esencia, el principio que se perseguía.

Desde entonces continuamos con todo ahinco en nuestra tarea, y procuramos por todos los medios se modificara la incorrecta forma como el certificado médico pre-matrimonial se había implantado en nuestro país. Por desgracia, al dictarse con fecha 30 de agosto de 1936, el Código Civil, se incurrió en igual defecto y aún se cayó en otro error, al hablar de *certificado médico de salud*, cosa muy distinta de la certificación de impedimento para el matrimonio por motivo de enfermedad.

Tal la síntesis histórica de todo lo que, con respecto a principios de orden eugénico se ha hecho en el Perú; llegamos a la época presente, que puede considerarse de verdadera culminación de las ideas eugénicas en nuestro país.

Todo lo anterior lo queremos considerar como hechos precursores, muy meritorios, pero aislados y desconectados, con los que varios visionarios, consecuentes con esas ideas, trataron de difundirlas y de sostenerlas con todo el entusiasmo y la perseverancia, que es justo se tenga en cuenta y cuya tenacidad, por lo menos, logró en el Perú el haberse involucrado en nuestro vigente Código Civil, el precepto del Certificado médico para el matrimonio, como lo pidiéramos en 1927.

La era eugénica, en la verdadera acepción de su concepto, puede considerarse que comienza con la fundación de la "Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social" en 1923, que creó un Comité Permanente de Eugenesia, que organizó en 1934 un ciclo orgánico de Eugenesia y con la iniciativa tomada en la "Segunda Jornada Peruana de Nipiología", en la que se aprobó el año 1937 el siguiente voto, origen y fundamento real de esta Jornada de Eugenesia:

«VIII°—Declara que los empeños en favor del niño, necesitan «labor eugénica previa, por lo cual expresa la necesidad de emprender sin tardanza, intensa campaña de hominicultura desde «los dominios de la Salud Pública, proclamando a la vez que es «necesario formar la conciencia peruana sobre estas cuestiones por «medio de un certámen de Eugenesia».

Posteriormente al año de 1937, en setiembre de 1938, en el «Día Antivenéreo», organizado por la misma Liga, se formularon racionales críticas a las disposiciones eugénicas prematrimoniales del nuevo Código Civil.

Y voy a concluir, indicando que tal vez he olvidado algunos nombres, que ruego se inscriban como complemento de este modesto aporte, que tiene por finalidad el probar que las ideas eugénicas, aún antes de perfilarse en la forma que hoy tienen, ya eran vislumbradas por los hombres de ciencia peruanos, y que se hace obra de justicia, al recordar hechos y al mencionar nombres.

El Perú debe resolver sus problemas de higiene y política raciales

Por el Dr. ENRIQUE M. GAMIO

1.—La grandeza y el poderío nacionales serán una realidad, cuando se afronte y resuelva, con altura de miras, el grave y trascendental problema nacional que encierran la *Higiene y la Política Racial*. Mientras no se les contemple adecuadamente, nuestro agregado social será enclenque, híbrido, sin unidad y sin conciencia clara de sus destinos y de su glorioso pasado.

2.—La ciencia de Hipócrates y de Galeno no se opone a la de Cicerón. Los hombres de leyes tienen que estar siempre junto a los médicos, porque la Sociedad humana no sólo vive de artificios y de entelequias abstractas, teóricas o puras, sino que, por sobre todas las cosas, el Hombre y las Naciones son entidades biológicas que nacen y mueren, involucionan y progresan.

Todo está condicionado por las leyes de la vida; el hombre es la medida de todas las culturas y de todas las civilizaciones (PROTÁGORAS); también mide su destino natural, histórico, etc. (AMIEL), el de su familia, el de su comarca, el de su patria y el de la Humanidad. Y para comprender todos los problemas del individuo y de los Estados, en el tiempo y en el espacio, es menester dominar, propalar, impulsar y practicar la Ciencia de GALTON, de MENDEL y de DARWIN. Porque sabido es, que de la nada, nada se crea: todo es herencia; y sólo vive lo sano, lo fuerte, lo cuidado y lo seleccionado.

3.—El Perú se desperuaniza. Mientras Argentina y Chile tienen un potencial étnico definido, homogéneo, debido a los binomios raciales, derivados de su unión con italianos y alemanes, respectivamente, en el Perú el binomio mongol-africano ha producido excesos de hibridismo; y, el descuido de las leyes sobre inmigración, junto a la riqueza económica del suelo, la poca densidad de población y la excesiva bondad del clima: han hecho que la población no viva, sienta, ni desee *iguales cosas materiales o*

morales ni aspire a idénticos fines ideales de superación racial y patriótica. Científicamente hablando, en el Perú está en formación la *conciencia nacional*, debido a que su tipo racial y a que su higiene social también están en "formación". Pero felizmente ya se ha comenzado esa formación, porque es un axioma que, todo mal, individual o social, termina cuando se le *conoce*.

4.—El Perú ha perdido su calidad de Estado poderoso, que lo tuvo en su antigüedad (Imperio incásico), y ha perdido su hegemonía histórica en América (Época Colonial y Post-Colonial: Emancipación y principios de la República) al finalizar el siglo próximo pasado (XIX), debido al exceso de su hibridación racial (1) y como apotegma eugenésico principal se puede sostener que *a mayor pureza racial, mayor fué el poderío peruano en su historia.*

La voz de la sangre, se ha dicho, dicta en la Historia caminos y metas firmes; cuando la sangre se mezcla (con razas inferiores, se entiende), el espíritu que la anima se desorienta y surge la decadencia.

5.—El Perú es una nación que sufre directamente las consecuencias de la llamada "poikilomorfa" racial. En Estados Unidos de América del Norte, Brasil, Argentina, Chile, Venezuela, Uruguay y Paraguay, si no existe una "raza", para cada una de estas naciones, hay, por lo menos, un "*espíritu racial*" bastante definido. El tipo "yanqui", el tipo "argentino", el tipo "chileno", ya están muy avanzados en su determinación étnico-social, *nacional*, propiamente dicho. La tipicidad étnica y antropológica del peruano de la Costa no existe. El tipo racial peruano solo existe en el llamado autóctono ú hombre de la sierra. Es patriótico formarlos para todos los pobladores, por una *legislación racista y de higiene social*. El único y verdadero *problema* de orden nacional auténtico, es el *Eugenésico*; todos los demás, derivan, directa o indirectamente de él. *Raza y Salubridad Privada y Pública* son la causa mediata e inmediata de la grandeza o decadencia de una nación, familia o individuo. Bien decía el precepto de las Leyes de Manú: "Sea la salud del pueblo la ley suprema". Y salud quiere decir: raza fuerte y alma grande y poderosa. *Sangre sana en raza sana*, debe ser el nuevo ideal del Perú contemporáneo y de toda América.

6.—El Progreso del Perú depende de sus "dirigentes", afirman unos, mientras que otros dicen que depende de sus "dirigidos", o sea, el eterno caso sociológico de la lucha entre el cuerpo social y el cerebro social. GONZÁLEZ PRADA, FUENTES y el insigne tradicionalista PALMA dijeron que el "cuerpo nacional" estaba enfermo de enfermedad "incurable" y las gentes dicen que "el Perú está perdido". Este pesimismo, indiferencia o escepticismo sociológico se puede contestar, ahora que se conoce la importancia y eficacia de la *Higiene Social* y de la *Política Racial* en el porvenir de individuos, familias y naciones.

(1) Enrique M. Gamio.—*El Problema Eugenésico en el Perú.*—"Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima", Tom. LX, Trim. 1º, 1938.

7—Felizmente ya se realizan los mandatos de la Eugenesia en sus dos grandes provincias etno-antropológicas: la *Raza* y la *Higiene*, en general (2).

Citaré algunos ejemplos concretos de la bondad e importancia de la Eugenesia.

En la sabia clasificación, que de la Sociología hizo SQUILLACE (3), figura en la primera casilla la Sociología *etno-antropológica* LETOURNEAU, GUMFLOWICZ, VACCARO, LAPOUGE, AMMON y FOLKMAR, explican que los *hechos sociales* derivan de las *condiciones raciales* del individuo y del pueblo.

Sostienen la Sociología basada sobre la Biología, la Sociología *bio-analítica*, SCHAEFFLE, LILINFELD, BORDIER, SMALL y VINCENT, WORMS y SALILLAS.

Sin llegar a definir el "*homo sociologicus*" peruano, hay que aceptar que los fenómenos sociales dependen inmediatamente de los fenómenos biológicos, y nó de los cósmicos, y que son una manifestación de la energía biológica bajo el impulso de las leyes de la indestructibilidad de la Materia y de la Fuerza. (WINIARSKI, citado por MAUPAS).

Sostengo con la Sociología etno-antropológica los dos postulados siguientes: 1°, la *Raza*, como factor psicológico; y 2°, la *Lucha por la existencia*, como ley social.

La Eugenesia viene a hacer algo así como la plasmación feliz y práctica de un largo y fecundo pasado científico.

La Eugenesia no es un invento de última hora; tiene brillantes antecedentes; porque cuidar la vida sana del hombre y de las naciones, purificar las razas para que su "élan vital" no se desmorone, para que su pujanza histórica no decaiga, ha sido la vehemente preocupación de todos los sabios y de todos los legisladores de la tierra.

Decir que el Perú necesita la Eugenesia no es afirmar una teoría rara y desvinculada de la vida de muchos Estados; ni desvinculada de sabios del pasado y de ahora, nó; muy por el contrario: formar hábitos eugenésicos desde el hogar del campesino y del obrero hasta las oficinas del Gobierno, es hacer un patriotismo científico noble, puro y desinteresado.

Si el hombre es la "*medida*", buena o mala, adelantada o atrasada, de todo el estado social del país, es menester, convertir dicha *medida*—por medio de leyes eugenésicas—, en sana, fuerte, homogénea, idealista y patriótica.

LA EUGENESIA EN DIVERSOS PAISES

8.—En Estados Unidos de Norte América la *Immigration restrictive league* exigió con claro criterio y conocimiento de la cuestión

(2) José Ímbelloni.—*Tres Capítulos sobre sistemática del hombre americano*.—"Actualidad Médica Peruana" Núm. 3, julio de 1937.

(3) L. Maupas.—*Caracteres y Crítica de la Sociología*.—París, págs. 51 al 64.

racial, que se prohibiesen ulteriores inmigraciones de determinadas razas. De aquí que en ese país se observe una gran homogeneidad racial. No se ha permitido que se mezcle el binomio étnico piel roja-africano con el resto de la población.

En Australia, se han decretado severas prohibiciones inmigratorias para algunas razas.

En Persia, igualmente, la cuestión racial es objeto de atención legislativa y administrativa.

A base de la "Convención sobre intercambio de ciudadanos griegos y turcos" estipulada en Lausana, el 30 de enero de 1923, entre Turquía y Grecia, todos los griegos ortodoxos de la Turquía actual fueron transportados forzosamente a Grecia, mientras que una porción relativamente pequeña de turcos musulmanes abandonó Grecia para regresar a Turquía. Trátase del desarraigo de mucho más de 1 millón de griegos y de 348,000 musulmanes, es decir, de un éxodo de pueblos en gran escala, como apenas registra otro la Historia moderna, efectuado con un gasto de más de 11 millones de libras esterlinas por el Instituto Griego de repatriación en la Sociedad de Naciones (liquidación de 7 de setiembre de 1928).

El Talmud, libro que contiene la doctrina y religión del pueblo judío mismo, estipula que la raza judía no debe mezclarse con otras, puesto que es sabido que ellos se creían el "pueblo escogido", es decir, la mejor raza.

Alemania es el país de más avanzada legislación racista como lo atestigua la Ley de 7 de abril de 1933, derivada de la ideología nacionalsocialista. Según el punto 6 del programa del Partido Nazi (nacionalsocialista obrero alemán), del 24 de febrero de 1920, "todo cargo público cualquiera que sea, en el Reich, en los "países" o en los Municipios debe ser desempeñado únicamente por ciudadanos alemanes". Con arreglo al punto 4 del programa no puede ser ciudadano alemán más que el "compatriota". A su vez "no puede ser compatriota más que el que tenga *sangre alemana*, sin atender a la religión".

Al exigir, pues, que el funcionario sea de sangre alemana lo decisivo para el legislador germano —dice el Dr. FRICK—, no es la carta de naturalización, sino la *raza* (4).

El señor ADOLFO HITLER en su libro "Mi Lucha", afirma: "La única causa de que *parezcan* las viejas culturas es la *fusión de sangres* y el descenso de nivel que determina en la raza; *pues los hombres no perecen por guerras perdidas sino por la pérdida de aquella fuerza de resistencia propia de la sangre pura*".

La política racial italiana en África Oriental, se basa, según el Ministro de Colonias italiano, señor LESSONA, en los siguientes cuatro postulados, a saber: 1°—Absoluta separación de las dos razas. 2°—Colaboración sin mestización. 3°—Tolerancia para las faltas del pasado. y, 4°—*Absoluto rigor para el futuro*. Y agre-

(4) Frick.—*Sobre la Legislación Racista del Tercer Reich*.—Discurso pronunciado ante el Cuerpo Diplomático, Berlín, 15 de febrero de 1934.

ga: "en la antigüedad supo Roma extender la civilización de su Imperio evitando la fusión con otras razas. *Su decadencia empezó con los compromisos étnicos*". (5).

RACIOLOGIA PERUANA

9.—De HIPÓLITO UNÁÑUE son los siguientes conceptos sobre étnica: "Aunque todos los hombres que pueblan la tierra descienden de un mismo padre, la diferencia de climas, usos y alimentos a que los redujo su primera dispersión, ha ido introduciendo tal diversidad en sus facciones y propiedades, que al comparar en el día varias naciones, *parecen derivadas de distinto origen*. Esta desemejanza es más perceptible entre los que habitan Europa, América y el Africa; porque el asiático puede reducirse en parte a las primeras y en parte a las segundas conforme a las latitudes bajo de las cuales mora. El color blanco salpicado de carmín en las mejillas; el pelo rubicundo; ojos azules; facciones hermosas, *solidéz en el pensamiento y un corazón lleno de una fiereza generosa*, son los caracteres del europeo en su perfección y cultura". Y agrega: "Un color cobrizo o amarillento, pelo negro y largo, ojos negros, facciones delicadas, *aire melancólico*, imaginación pronta y fuerte, *corazón sensible y tímido*: he aquí el retrato general del americano". (6).

Estas doctas y autorizadas opiniones, nos hacen pensar profundamente, en que el Perú necesita una pronta eugeneización. (7).

Cuando el sabio HUMBOLDT afirmó que el Perú parecía un "pordiosero sentado en un banco de oro", afirmó toda una tesis etnológica y eugenesica.

10.—*Las fuerzas de la elevación de la raza en el Perú*, necesitan de la Eugenesia, con urgencia clamorosa.

Esta urgencia se justifica, porque el origen étnico del Perú es demasiado "abigarrado". El etnólogo alemán, OSWALDO STRENG (citado por IMBELLONI) ha logrado reunir un total de 8,513 tipos de individuos etnológicos que se reparten entre los aborígenes de América, así: 5,911 indígenas de N. América, y 2,594 de S. América. El total sudamericano se descompone en las siguientes series: 3 series peruanas con un total de 1,759 individualidades rásicas hereditarias; la brasileña tiene sólo un total de 61; Chile, 2 series con un total de 624; Argentina tiene sólo 1 serie de 5 individualidades patagones, etc., etc. Esto demuestra, que el agregado social peruano inmemorial, siempre ha tendido a la heterogeneidad rásica, a la cual, hoy, no debemos volver, sino alejarnos, trayendo

(5) Correspondencia Extranjera Sobre Política Racial.—"Instituto de Política de la Población y de Eugenesia".—Berln, Set. de 1937.

(6) Hipólito Unánue.—Obras Científicas y Literarias.—Tom. I, págs. 66 al 67, Barcelona, 1914.

(7) Enrique M. Gamio.—La Eugenesia y la pujanza histórica de los pueblos.—"El Comercio".—Lima, enero de 1938.

al país razas que enriquezcan la herencia étnica, en lugar de hacerla retroceder.

Los Indios americanos, en general, tienen, en su sangre, afinidades "bioquímicas" con Filipinos, Melanesios v Australianos, y no, con Mongoles, raza esta última, con la cual debe evitarse ese cruzamiento.

Los españoles trajeron al Perú dos contingentes etnológicos homogéneos: el español vulgar y el español noble.

Del binomio español-india nació un tipo rádico nuevo que trastornó la homogeneidad de los "*andinos peruanos*", produciéndose el "*mestizo*". El mestizo, a su vez, al unirse con mujer española dió lugar al "*castizo*"; de española y negro, nació el "*mulato*" y de chino con india nació el "*salto-atrás*", etc., etc., hasta formarse *16 hibridaciones*, según las tablas descubiertas en el Museo Etnográfico de México por ALEJANDRO DE HUMBOLDT que más tarde BLANCHARD vulgarizó y amplió.

Hay que unificar la raza de la población del Perú, para evitar que de la unión de híbridos peruanos nazcan más híbridos.

Los pobladores de la Sierra del Perú pertenecen a una raza pura; el habitante mayoritario de los valles de la Costa es un complejo racial.

CONCLUSIONES

1º—Hay que solicitar que se eleve a precepto constitucional, que la Higiene Social y la Política racial son de orden público y garantizan el progreso y bienestar nacionales.

2º—Hay que inculcar respeto por la pureza de la raza y seriedad, utilidad y belleza de las leyes de la higiene privada y pública en todo el país.

3º—Hay que dictar una Ley de Inmigración y Colonización, creando, en el Ministerio de Salud Pública, una Dirección administrativa que practique Higiene Social y Política racial nacionales.

SUSCRIBASE A

EL ESPECTADOR HABANERO

"El Magacén de las Tres Américas"
(PUBLICACION MENSUAL)

y tendrá derecho a los beneficios que ofrece el

CIRCULO INTERNACIONAL AMERICANISTA

Suscripción Anual: \$3.00 (Moneda Cubana o U. S. Cy.)

Haga su remesa por Giro Postal o Bancario a la orden de:

**EL ESPECTADOR HABANERO, Calle Obispo 69,
HABANA, Cuba.**

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima
Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Factores individuales de la peligrosidad en los menores

Por el Dr. RICARDO LUNA VEGAS

ELEMENTOS CARACTEROLOGICOS

En los estudios psicológicos se ha atendido casi con exclusividad a la anormalidad de la inteligencia, por el apogeo y entusiasmo que despertó la aplicación de los "tests" mentales. Empero, tales investigaciones dieron resultados parciales, y más que eso, unilaterales, señalando una efectividad muy relativa a las constataciones psicológicas. Felizmente, el estudio de las anomalías del *carácter* —múltiples y complicadas—, un tanto olvidado hasta los trabajos de Ribot, ha sido fuertemente impulsado por las conquistas de la Psicología y de la Psicopatología, hasta adquirir el valor de ciencia aparte: la Caracterología.

No quiere esto decir que el *carácter* sea un sistema independiente en el individuo. Muy al contrario: es uno de los aspectos psicológicos más enlazados a los demás factores, y uno de los más interesantes, cuya indagación no puede omitirse en la tipificación de la peligrosidad. Con razón, ella cobra validez frente a los casos de peligrosidad en los menores. Se estudian separadamente los elementos caracterológicos, tanto para explicar más detenidamente la menuda y apretada trama que origina sus manifestaciones, cuanto por resaltar la necesidad de su estudio y aplicación criminológicas.

La vida instintiva y subconsciente se halla vinculada de manera inseparable al dinamismo vital, a la actividad endocrínica y neurovegetativa, todo lo cual integra el *temperamento*. Sobre el pentagrama instintivo, destacan las notas intelectivas, emotivas, éticas, y demás de índole psico-social. De ahí que se sostenga que el carácter es como un dinamo que recibiendo los influjos ancestrales del instinto y los imperativos conscientes, intelectuales, psicosociales y éticos del medio ambiente, genera la conducta.

El carácter se halla estructurado por la interrelación funcional de los sistemas neuro-vegetativo, motor, la razón y la cenestesia. Las *disposiciones* de la actividad psíquica, formadas por la manera peculiar como en cada tipo individual entran en acción éstos elementos, trazan los rumbos de la conducta. Por eso, estudiando estas *disposiciones* puede distinguirse la inclinación caracterológica de cada sujeto. Así, aquellos que destacan por sus aptitudes motrices, o los predominantemente sensoriales o los vegetativos.

El "amor propio" —manifestación del "yo"— se hace presente también en el carácter, influyendo, por tanto, en la conducta.

El sexo es otro de sus principales y determinantes elementos. El creador del Psicoanálisis, SIGMUND FREUD, dice por eso: "Los hombres enferman cuando a consecuencia de obstáculos exteriores o falta interna de adaptación, queda vedada para ellos la satisfacción de sus necesidades sexuales en la *realidad* y vemos que entonces se refugian en la *enfermedad*, para hallar con su ayuda una satisfacción sustitutiva de lo que les ha sido negado". El factor de la sexualidad actúa con fuerza trágica en la adolescencia y puede originar desviaciones en el carácter capaces de conducir a la actividad antisocial. El Dr. CARLOS DE ARENAZA, apóstol argentino de los menores en estado peligroso, dice lo siguiente: "Las primeras manifestaciones de un instinto tan fundamental e indispensable como el sexual, ejercen sobre el individuo tal influencia que hacen de ese momento de su vida uno de los más delicados y peligrosos de la existencia. En esta época, el sujeto recibe de la esfera inconsciente, impulsiones y excitaciones repetidas, sin que la reflexión y el juicio hayan adquirido aún la capacidad de dominar y ordenar, de ahí las numerosas acciones inconsideradas que contrastan con los hábitos y caracteres anteriores del individuo, y de que sería imprudente sacar conclusiones sobre su destino y naturaleza futuros. La influencia de la pubertad se extiende a todo el sistema nervioso de una manera más o menos sensible según la constitución física y psíquica del sujeto, y aún en aquellos no degenerados o en los cuales la degeneración no ha dado todavía signos de su presencia. Es por esta razón —concluye—, que este momento es el de la elección para la aparición de trastornos patológicos, desde las más simples perturbaciones nerviosas, hasta las alteraciones más graves de la patología mental".

Por otra parte, los estudios endrocrinológicos han servido para ahondar en la fisiología del temperamento. PENDE, que ha penetrado profundamente en este filón de la Criminología moderna, y que sintetiza sus conclusiones en la famosa "pirámide" vital que lleva su nombre, afirma que "de la fórmula endocrina individual depende la personalidad psíquica de todo sujeto". Según sea, pues, la mayor o menor aptitud de elaboración de las glándulas de secreción interna, resulta un *tipo individual* especial, con temperamento y tendencias singulares. A un desequilibrio funcional del sistema endocrino corresponderán, asimismo, caracteres morfológicos anormales, tal es su papel director y regulador de la personali-

dad humana. Se afirma, por ejemplo, que la delgadez se debe al excesivo funcionamiento tiroideo.

Las sustancias químicas segregadas por las glándulas endocrinas se sostiene que complementan la acción del sistema nervioso, dictando ambas, en estrecha correlación, la marcha de las acciones humanas. Y tal como en brillante síntesis lo expone JULIO ALTMANN SMYTHE, joven profesional y estudioso peruano, "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" consciente, subconsciente o inconsciente". Conforme esto, el "estado" apático-melancólico general estaría determinado por una secreción menor de "hormonas" tiroideas que restaría la fuerza generadora necesaria para el movimiento de la máquina. La hipersecreción tiroidea, en cambio, produciría un estado de excitación tan alto que en su marcha acelerada podría llegar hasta el acto delictivo.

Cada glándula tiene su papel en el complejo sistema endocrínico. Las que parecen tener un rol preponderante en la regulación de la personalidad son la tiroidea y las suprarrenales. La tiroidea, poderosa fuente de energía, rige la emotividad y las reacciones psíquicas y motoras. El inquieto, el "peligroso" por impulsividad o por pasión, casi puede afirmarse que es un hipertiroideo. A la inversa, el torpe, el mixedémico, anormal, enemigo del esfuerzo y falto de tenacidad, es sin duda, un hipotiroideo. Las suprarrenales —que aparecen hipertrofiadas en autopsias de criminales de alta peligrosidad— son fundamentalmente las glándulas de la actividad, del dinamismo. La pituitaria contribuye al desarrollo pondo-estatural y estimula las gonadas. BERMAN sostiene que la pituitaria posterior determina una mayor intensidad de emociones y que la "sangre fría" de ciertos criminales se explica por su anormal funcionamiento. La glándula pineal defectuosa, origina un desarrollo exagerado de los órganos sexuales que puede impulsar a la comisión de delitos de esta índole. Y como la sexualidad está dirigida por las glándulas genitales, éstas influyen poderosamente en las manifestaciones emocionales.

Por último, el timo es fuente importante de la peligrosidad, por la labilidad que dá a las reacciones personales, cualquiera que sea su naturaleza. Hay, por lo tanto, una estrecha relación entre la personalidad humana y todos y cada uno de éstos botones reguladores de la conducta, dispuestos, por su importancia, en el tablero del comando individual.

JIMÉNEZ DE ASÚA refiere el caso de Arnold Anderson, de Brooklyn, que mató a un comerciante en Jersey City. Desde los 4 años, Anderson reveló tendencia al hurto, y a los 12 fué recluso en un establecimiento correccional. Al admitírsele, quedó calificado como un menor de tipo peligroso. El Dr. SCHLAPP, después de examinarlo, opinó que se trataba de un *endocrinopático*, criado en medio honesto, sin herencias delictivas de ninguna especie.

Aconsejó que se le enviara a un *sanatorio*, para curarlo de su *enfermedad*, insistiendo en que si esto no se cumplía, los actos delictivos de Anderson serían más graves. Fatalmente, bajo el influjo de su defectuosa personalidad, la predicción científica fué confirmada por el hecho de Jersey City.

Conviene aclarar, sin embargo, que no todo endocrinópata es delincuente, así como no todo delincuente es disendocrínico. Al respecto, JIMÉNEZ DE ASÚA, expresa: "Los estudios de endocrinología son de máxima importancia para las ciencias penales, pero la delincuencia tiene múltiples aspectos para asignarle un sólo origen. Los que quisieran transformar en Endocriminología toda la Criminología emprenderían una ruta simplista y unilateral". Con estas sencillas palabras, el penalista español, teórico fecundo y realizador sincero, precisa los alcances de la Endocrinología en el estudio etiológico de la peligrosidad, ilustrando con su claro criterio a los modernos exploradores de las ciencias penales, y rectificando a quienes, con criterio regresivo u oculto interés, tratan de mistificar las conclusiones científicas actuales.

Revisada la importancia del factor endocrinológico en la constitución el carácter, no puede olvidarse, igualmente, que el estado patológico influye marcadamente en el perfil caracterológico del individuo. La vinculación indisoluble entre las anomalías anatómo-fisiológicas y el estado psíquico, vá ampliando paulatinamente el concepto de la anormalidad, y por tanto, haciendo más compleja y difícil su clasificación y análisis. El Dr. GODDARD se asombra de la gran proporción de sífilis, por ejemplo, que se encuentra en los delinquentes. Sus consecuencias en la mentalidad varían desde la leve inestabilidad y cefalalgia hasta la debilidad mental acentuada y que se manifiesta en temprana edad, o también en una forma precoz de parálisis general.

LUIS MORZONE, Director de la Escuela de Afásicos y Retardados de la Plata, Argentina, expresa éstas palabras que rectifican y señalan rumbos: "Hasta ahora, en nuestra educación, muy poco se ha tenido en cuenta que el temperamento del niño depende de su salud, y que en el mayor número de los casos niño malo es sinónimo de niño enfermo". En el mismo ambiente, AMEGHINO y CIAMPI han constatado la causalidad del "estado peligroso" en diversas enfermedades infecciosas, entre otras la encefalitis epidémica. Entre nosotros, JOSÉ ANTONIO ENCINAS, pedagogo nuevo y sociólogo acucioso, y otros investigadores, la encuentran en la tuberculosis principalmente, y en la intoxicación por el alcohol y la coca, en nuestros menores indígenas de preferencia.

CYRIL BURT que ha estudiado minuciosamente las manifestaciones caracterológicas de los menores peligrosos comparándolas con las de los no peligrosos, ilustra ampliamente este tema. Afirma que los delitos más corrientemente cometidos por los menores consisten, esencialmente, en la totalidad de los casos, en reacciones hereditarias, que constituyen los instintos humanos universales ó en reacciones levemente modificadas, que tienen su génesis en una elaboración más o menos manifiesta de esos primigenios im-

pulsos. Así se explica que la conducta del niño esté regida por el impulso y la volubilidad, sensible a la vibración del afecto, de la cólera, de medio o la temeridad, tiranizado por el deseo sexual, etc. Todas las emociones humanas, exclama, todos los instintos animales, han sido heredados en un grado excepcionalmente intenso, y permanecen durante los años tempranos sin ser sometidos por intereses o propósitos más altos.

Cuando no es un sólo instinto el predominante, sino todos o la mayoría, y cuando, además, ese exceso debe atribuirse a una condición innata, y por ende permanente, existe, según BURR, la inestabilidad. El cuadro que sigue contiene el porcentaje en que los instintos primarios, en los datos de BURR, son causas de peligrosidad en los menores.

La correlación existente entre ciertos estados patológicos y la conducta delincuente, la analiza BURR en el cuadro que va enseguida. Sus datos son muy ilustrativos en la investigación etiológica del «estado peligroso» en los menores, y demuestran la in-

Instintos específicos innatos	Delincentes					No delincentes		
	Varones		Mujeres		Promedio	Varones	Mujeres	Promedio
	factor		factor					
	mayor	menor	mayor	menor				
Hambre. Gula . . .	0,8	10,6		4,1	8,6	1,5	0,5	1
Instinto sexual . . .	1,6	9	6,8	17,6	15,7	2,5	1	1,7
Tend. homosexuales		4,1		1,4	3	0,5	2	1,2
Cólera	0,8	9,8	2,7	13,5	12,7	1,5	2,5	2
Adquisividad . . .	1,6	12,2		9,5	12,3	4,5	1	2,7
Vagancia	3,3	10,6	1,4	5,4	11,2	2	0,5	1,2
Curiosidad		5,7		4,1	5,1			
Autodeterminación		13		8,1	11,2	4,5	1	2,7
Inst. gregario . . .		6,5		2,7	5,1	1,5		0,7
Sugestibilidad . . .	2,4	1,6	1,4	4,1	4,6	3	4,5	3,7
Afectividad		2,4		4,1	3	2,5	6,5	4,5
Timidez. Miedo . . .		3,3		5,4	4	2	4	3
Dolor moral		1,6		2,7	2	0,5	3	1,7
Insensibilidad:								
al miedo		4,1		5,4	4,6	2	0,5	1,2
al dolor físico . .		3,3		1,4	2,5			
a la repugnancia		4,9		2,7	4,1	1	0,5	0,7
Incontinencia:								
urinaria (presente)		2,4		2,7	2,5		1	0,5
urinaria (pasada)		4,9		4,1	4,6	1	1,5	1,2
fecal (presente) . .		4,1		1,4	3			
fecal (pasada) . . .		6,5		2,7	5,1	0,5		0,2
Total	10,5	95,4	12,3	80	100,6	24,5	14	19,2

negable influencia de la enfermedad sobre el carácter y, consecuentemente, sobre la conducta.

Estados patológicos	Delinquentes				Promedio	No delinquentes		
	Varones		Mujeres			Varones	Mujeres	Promedio
	factor		factor					
	mayor	menor	mayor	menor				
Subalimentación								
a) pequeño grado . . .		13,4		8,1	11,2	10,5	9,5	10
b) alto grado		4,1		2,7	3,5	3	2,5	2,7
Raquitismo		7,3		2,7	5,6	5,5	4	4,7
Dentadura defec.								
casos serios		4,1		5,4	4,6	4,5	4	4,2
anemia		4,1		6,8	5	1,5	3	2,2
Catarata persist		17,9		13,5	16,2	9,5	5	7,2
Tonsilas, aden.	1,6	12,2		6,8	11,2	10,5	1,3	11,7
Hipertiroidismo			1,4	2,7	1,5		0,5	0,2
Tuberculosis		1,6		2,7	2			
Pretuberculosis		2,4		4,1	3	2,5	0,5	0,2
Anom. pulmonares				1,4	0,5	1	1,5	1,2
Corea:								
a) definida	0,8		1,4		1			
b) sospechada		4,1		8,1	5,6		1,5	0,7
Epilepsia:								
a) ataques	0,8				0,5			
b) sospechada	4,1	1,4			2			
Encef. o mening.	2,4	1,6	2,7		3	0,5		0,2
Sifilis:								
a) congénita				2,7	1			
b) adquirida				1,4	0,5			
Cefalalgia		6,5		12,2	8,6	2,5	5,5	4
Irrit. org. genit.	0,8	1,6	1,4	4,1	3,5			
Visión defec.:								
a) leve		8,1		12,2	8,6	2,5	5,5	4
b) grave	0,8	4,1		10,8	7,1	8,5	8	8,7
Estrabismo		0,8		2,7	1,5			
Audición defec.:								
a) leve		3,3		4,1	3,5	2	5,5	4
b) grave	1,6			1,4	1,5			
Dicción defect.	0,8	0,8		1	0,5			0,2

BURT, finalmente, ampliando sus investigaciones en la zona psíquica, afirma que las condiciones emotivas adquiridas son los «intereses» o «sentimientos» y los «complejos». Y distingue ambos conceptos, definiendo los «intereses positivos, obvios, conscientes» como los del primer grupo; y como «complejos» aquellos que «han tomado origen en forma inconsciente y que el sujeto oculta por el carácter negativo que tienen».

Los datos del estudio de BURT demuestran la importancia de

los elementos caracterológicos. Para conocer al niño en su complejo es imposible prescindir de las manifestaciones de su carácter y de sus tendencias. Las cualidades del carácter son trasunto fiel e inseparable de las facultades intelectivas, y la razón específica de la actividad concreta, de la conducta.

En la vida normal, la actividad instintiva de defensa o de agresión se mantiene en equilibrio. En la vida anormal, la conducta peligrosa es la resultante de la ruptura del equilibrio por la brusca aparición de uno de los instintos que emerge del fondo vital.

El carácter del menor se halla condicionado por la influencia que el ambiente ejerce sobre la actitud afectiva del sujeto, y es quien en su desarrollo integral dá origen y existencia a la conducta. Afortunadamente, el análisis caracterológico permite incursionar en el temperamento del niño, como objetivo principal, ya que, según la definición de los doctores BAMBARÉN y EGO AGUIRRE, el carácter viene a ser el temperamento condicionado por las vivencias.

Empero, la indagación caracterológica es una de las más difíciles por la sutileza de las manifestaciones que son objeto de su análisis. La Caracterología se esfuerza por perfeccionar sus medios técnicos. La impulsa el preciado interés de desentrañar la patología del carácter, cuyas anomalías se presentan como signos de identificación en los individuos de conducta insocial o antisocial. Sus manifestaciones excéntricas, oscilantes entre simples anomalías y enfermedades definidas del carácter, interesan, con mayor razón, en el estudio de los menores, y justifica su inclusión entre los elementos etiológicos endógenos de la peligrosidad.

ELEMENTOS MORALES

Bajo este nombre se reúnen aquellas cualidades de orden ético que sirven de índice para apreciar el «estado peligroso». Estos elementos deben ser conocidos en el estudio etiológico de la peligrosidad en los menores puesto que de su formación depende en gran parte la actividad constructiva o antisocial.

Aunque en los primeros años de la vida hay una ausencia de conceptos éticos, que GACHE denomina «vacío moral», éstos se van incorporando en el espíritu del menor y, según su dirección e intensidad, pueden encaminarlo hacia una conducta justa o injusta, buena o mala. Al respecto, BULLRICH sostiene que «el individuo al nacer viene al mundo desprovisto de moral, que en el mundo ha de aprender, ya que no se puede defender que sea hereditariamente moral; se heredan factores intelectuales—mal llamados morales—y aptitudes, que bien orientados y dirigidos llevan a la moralidad».

El *vacío moral* de la primera edad no es peligroso. Se considera normal hasta cierta época de la vida en la cual su persistencia puede ser síntoma de peligrosidad. «Lo normal en los menores—agrega BULLRICH—es la amoralidad; la moral es una ciencia superior que se aprende y comprende más tarde; la moral es

eminentemente social y su base está formada por sentimientos sociales...»

MÉNDEZ CORREA, Profesor de la Universidad de Porto, es entre otros quien atribuye la mayor trascendencia al elemento ético en la determinación del «estado peligroso». Su aplicación al estudio de los menores requiere condicionarlo cuidadosamente.

Múltiples son los factores que generan el *juicio moral*, y entre ellos destacan—regidos por la actividad mental subconsciente—los impulsos afectivos y sentimentales. En resumen, la actividad moral está regulada por varias categorías de estímulos o de situaciones sociales. Por lo tanto, el *juicio moral*, resultante de la actividad ética, es una disposición funcional y no una actitud o facultad estática.

La inquisición investigadora del carácter hace arribar a la conclusión de que los delincuentes de marcada peligrosidad carecen de conceptos sobre el bien y el mal. En ellos impera, en ciertos casos, el odio incontrolado, que se manifiesta en el ensañamiento delictivo o en la ausencia de sentimientos altruistas en las relaciones sociales. Es esta, según la Caracterología, una disposición temperamental, a la que no tiene acceso ni la reflexión mental ni la inhibición volitiva. De ahí que, para quienes desde un remanso de aparente tranquilidad psíquica, juzgan estas manifestaciones anti-éticas, ellas aparezcan como una exacerbación consciente de la peligrosidad. Todo lo cual no sería sino una posición exagerada, fruto de interés o de ignorancia.

La capacidad ética del individuo ostenta gradaciones que van desde la debilidad moral hasta la locura moral, noción que hace tiempo incorporada a los estudios criminológicos y que destaca su importancia por la relación que ofrece con la perversidad criminal, que es una de las expresiones de pobreza de conceptos éticos. Claramente se percibe, pues, el interés de su aplicación en Criminología y, de manera particular, en lo referente a menores.

En la exploración de la peligrosidad, los elementos morales se buscan por varios medios, aunque esta tarea es sumamente delicada y relativa, por tratarse de índices abstractos. Sin embargo, la técnica usada con mayor éxito es la del llamado «juicio moral» de los individuos peligrosos. Según ella, se les somete a consideración varias acciones inmorales, las cuales deberán ser calificadas por el examinado conforme a su gravedad. Su ordenamiento servirá para medir el nivel de sus conceptos morales. En estas pruebas los sujetos más peligrosos revelan poca severidad en la aplicación de sanciones a los delitos planteados, y mayor vaguedad e imprecisión que los no peligrosos. Asimismo, en casos que normalmente merecerían una pena prudencial, ellos absuelven a los autores de los presuntos delitos.

Estas ideas son de conveniente aplicación en el estudio de los factores individuales o endógenos de los menores. El elemento moral—rodeado en nuestro medio de prejuicios sociales y desfiguraciones religiosas—debe ser reivindicado por la ciencia para su utilización en Criminología.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima.
 Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Biotipología somática del asmático

Por el Dr. DOMINGO G. KUON CABELLO

(Continuación)

VIGÉSIMA PRIMERA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado J. A.—Edad 56 años.—Raza Mestiza.
 —Lugar de nacimiento Arequipa.—*Diagnóstico* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.705 m. — Peso 54 kgrs.

Distancia briacromial	36	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia bíaxilar	21.1	"	posterior	22.9 cm.
Longitud del esternón	19	"	Distancia epigastro-púbica ..	21 "
Diámetro torácico transverso ..	23.7	"	Diámetro bicrestoiliaco	26.6 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	24	"	ríor	61. "
Distancia xifo-epigástrica ..	12	cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			ríor	85 "
transverso	24	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	10.8072	Itrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-			men	19.38714 Itrs.
perior	6.5952	"	Valor del tronco	30.19434 "
Valor del abdomen in-			Valor de los miembros..	146. cm.
ferior	12.79194	"		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A		Valores B	
Tronco	+ 2	Miembros	+ 18
Abdómen	- 1	Tórax	+ 8
Abdómen superior	- 5	Abdómen inferior	+ 1
Diám. toráx. ant. post.	+ 20	Diám. toráx. Transv.	- 14
Diám. hipoc. ant. post.	+ 14	Diám. hipoc. transv.	- 9
Diám. hipoc. ant. post.	+ 14	Diám. toráx. ant. post.	+ 20
Long. abdómen	- 7	Long. tórax	+ 22
Miembro superior	+ 8	Miembro inferior	+ 8
Yúgulo púbica	+ 2	Miembro inferior	+ 8

Tipo morfológico.—Microespláncico.—Variedad A. Longitipo excedente.

VIGÉSIMA SEGUNDA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado J. T.—Edad 37 años.—Raza mestiza.
—Lugar de nacimiento Arequipa.—*Diagnóstico* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.505 m. — Peso 44 kgrs.

Distancia biacromial	30	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	18.2	"	posterior	16.3 cm.
Longitud del esternón	19	"	Distancia epigastro-púbica ..	19 "
Diámetro toráxico transverso ..	22.2	"	Diámetro bicristoiliaco	21.7 "
Diámetro toráxico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	17.3	"	rior	54. "
Distancia xifo-epigástrica ..	12	cm.	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	71 "
transverso	20.2	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	7.29714	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-			men	10.67161 ltrs.
perior	3.95112	"	Valor del tronco	17.96875 "
Valor del abdómen in-			Valor de los miembros ..	125. cm.
ferior	6.72049	"		

RELACIONES DE VIOLA

Valores A	Valores B
Tronco — 14	Miembros — 8
Abdómen — 19	Tórax — 6
Abdómen superior — 20	Abdómen inferior — 18
Diám. torác. ánt. post. — 13	Diámetro torác. transv. — 20
Diám. hipoc. ánt. post. — 18	Diámetro hipoc. transv. — 24
Diám. hipoc. ánt. post. — 18	Diámetro torác. ánt. post. — 13
Lcrg. abdómen — 12	Longitud tórax + 22
Miembro superior — 4	Miembro inferior — 10
Yúgulo púlica — 2	Miembro inferior — 14

Tipo morfológico.—Mixto. Variedad D e Longitipo deficiente.

VIGÉSIMA TERCERA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado M. A.—Edad 46 años.—Raza Mestiza.—Lugar de nacimiento Huancayo.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.60 m.

Distancia biacromial 33 cm.	Diámetro hipocondriaco ánt. posterior 18.3 cm.
Distancia biaxilar 19.7 "	Distancia epigastro-púlica . 24 "
Longitud del esternón 19 "	Diámetro bicrestoiáico 23.7 "
Diámetro torácico transverso 22.1 "	Longitud del miembro superior 55 "
Diámetro torácico antero-posterior 31.8 "	Longitud del miembro inferior 77 "
Distancia xifo-epigástrica .. 10. "	
Diámetro hipocondriaco transverso 22.7 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 9.15382 ltrs.	Valor total del abdómen 14.56314 ltrs.
Valor del abdómen superior 4.1541 "	Valor del tronco 23.71696 "
Valor del abdómen inferior 10.40904 "	Valor de los miembros..132. cm.

RELACIONES DE VIOLA

Valores A.	Valores B.
Tronco - 5	Miembros - 2
Abdómen - 10	Tórax + 2
Abdómen superior - 30	Abdómen inferior - 5
Diámetro torác. ant. post. + 9	Diámetro torác. transv. - 20
Diámetro hipoc. ant. post. - 8	Diámetro hipoc. transv. - 14
Diámetro hipoc. ant. post. - 8	Diámetro torác. ant. post. + 9
Longitud abdómen - 4	Longitud tórax + 22
Miembro superior - 3	Miembro inferior - 2
Yugulo púlica + 4	Miembro inferior - 2

Tipo morfológico.—Mixto con gran acentuación de Microesplacnia. Variedad D o longitipo deficiente.

VIGÉSIMA CUARTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado L. L.—Edad 46 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Apurímac.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.57 m. — Peso 52 kgrs.

Distancia biacromial 30 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia biaxilar 19.4 "	posterior 18.3 cm.
Longitud del esternón 18 "	Distancia epigastro-púlica 22 "
Diámetro torácico transverso 21.6 "	Diámetro bicrestoilíaco 21.3 "
Diámetro torácico antero-	Longitud del miembro supé-
posterior 19.3 "	rior 55. "
Distancia xifo-epigástrica .. 12 "	Longitud del miembro infe-
Diámetro hipocondriaco	rior 79 "
transverso 21.9 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 7.50384 ltrs.	Valor total del abdò
Valor del abdómen su-	men 13.38462 ltrs.
perior 4.80924 "	Valor del tronco 20.88846 "
Valor del abdómen in-	Valor de los miembros..134. cm.
ferior 8.57538 "	

RELACIONES DE VIOLA

Valores A.	Valores B.
Tronco - 10	Miembros - 1
Abdómen - 12	Tórax - 4
Abdómen superior - 14	Abdómen inferior - 11
Diámetro torác. ant. post. - 3	Diámetro torác. transv. - 22
Diámetro hipoc. ant. post. - 8	Diámetro hipoc. transv. - 17
Diámetro hipoc. ant. post. - 8	Diámetro torác. ant. post. - 3
Longitud abdómen - 4	Longitud tórax + 15
Miembro superior - 3	Miembro inferior 0
Yugulo púlica + 2	Miembro inferior 0

Tipo morfológico. — Microesplácnico deficiente. Variedad D o longitipo deficiente.

VIGÉSIMA QUINTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado V. E.—Edad 29 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Ayacucho.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.535 m. — Peso 51 kgrs.

Distancia bíacromial 34 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia biaxilar 20.2 "	posterior 17.5 cm.
Longitud del esternón 16 "	Distancia epigastro-púlica . 20 "
Diámetro torácico transverso 21.6 "	Diámetro bicrestoiliaco 23.4 "
Diámetro torácico antero-	Longitud del miembro supe-
posterior 18.5 "	rior 54. "
Distancia xifo-epigástrica .. 12 "	Longitud del miembro infe-
Diámetro hipocondriaco	rior 73 "
transverso 20.4 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 6.39360 ltrs.	Valor total del abdó-
Valor del abdómen su-	men 12.474 ltrs.
perior 4.284 "	Valor del tronco 18.86760 "
Valor del abdómen in-	Valor de los miembros. 127. cm.
ferior 8.190 "	

RELACIONES DE VIOLA

Valores A.		Valores B.	
Tronco	— 13	Miembros	— 6
Abdómen	— 14	Tórax	— 10
Abdómen superior	— 18	Abdómen inferior	— 13
Diámetro torác. ant. post.	+ 7	Diámetro torác. transv.	— 22
Diámetro hipoc. ant. post.	— 12	Diámetro hipoc. transv.	— 23
Diámetro hipoc. ant. post.	— 12	Diámetro torác. ant. post.	— 7
Longitud abdómen	— 10	Longitud tórax	+ 2
Miembro superior	— 4	Miembro inferior	— 8
Yugulo púlica	— 6	Miembro inferior	— 8

Tipo morfológico.—Mixto (VIOLA). Longitipo deficiente o variedad D.

Noticias

SOCIEDAD PERUANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA.

—El 21 de setiembre se fundó la “Sociedad Peruana de Historia de la Medicina”.

El acto fué presidido por el Dr. Carlos E. Paz Soldán, actuando como secretario el Dr. Juan B. Lastres.

Asistieron especialmente invitados, los profesores Gregorio Maraón y José Imbelloni, que se encontraban en Lima.

El Dr. Juan B. Lastres, leyó unas cuartillas sobre lo que eran los Congresos Internacionales de Historia de la Medicina y sobre los acuerdos tomados en París por la Sociedad Francesa que cultiva esa disciplina.

El Acta de fundación de la Sociedad dice así:

“Los suscritos constituidos en Comité Organizador de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina, han acordado su fundación y para realizar los elevados propósitos que persigue, acuerdan suscribir esta Acta a la que pueden adherirse cuantos estén conformes con la finalidad que perseguimos de dar pleno valor al opulento patrimonio tradicional nuestro, el más rico de la América Meridional. La Sociedad Peruana de Historia de la Medicina, establecerá estrechas relaciones con todas las sociedades similares del extranjero y trabajará por hacer conocer al Perú, en el mundo de la cultura hipocrática”.

El Dr. Paz Soldán expuso los fines que debería tener la Sociedad.

La asamblea acordó aclamar Miembros honorarios, a los Profesores Marañón e Imbelloni.

Se consideraron miembros honorarios nacionales a los Dres. Jorge Basadre, Víctor Andrés Belaúnde, Horacio H. Urteaga, R. P. Rubén Vargas Ugarte, José M. Valega, José de la Riva Agüero y Raúl Porras Barrenechea.

En breves palabras los profesores Marañón e Imbelloni, se congratularon por asistir a la fundación de la Sociedad, sugiriendo algunas ideas que fueron debidamente apreciadas.

Se propuso que el Estatuto y Reglamento los redacten los Dres. Gmo. Fernández Dávila, Honorio Delgado y Angel Maldonado, el Presidente y el Secretario provisional.

La Junta directiva para el bienio 1939-1941 es la siguiente: Presidente, Dr. Carlos E. Paz Soldán.—Vice-presidente, Dr. Honorio Delgado.—Secretario General, Dr. Juan B. Lastres.—Tesorero, Dr. Angel Maldonado.—Vocales: Drs. Sergio E. Bernaldes, Daniel Mackehenie, Ricardo Palma, Eduardo Bello, Ovidio García Rosell y Enrique Encinas

SE CELEBRO EL 5 DE OCTUBRE EL DIA DEL ESTUDIANTE DE CIENCIAS MEDICAS.—En homenaje a Daniel A. Carrión, el estudiante fernandino que murió víctima de la inoculación de la Verruga, se llevaron a cabo diversas ceremonias conmemorativas el 5 de octubre, que tuvieron el sello de admiración al mártir de la medicina peruana.

ASOCIACION MEDICA PERUANA "DANIEL A. CARRION".—La Junta Directiva para el período 1939-1940, es la siguiente:

SECRETARIO GENERAL: Dr. Jorge Romaña P.

SECRETARIO DEL INTERIOR: Dr. Ricardo Angulo.

SECRETARIO DEL EXTERIOR: Dr. Alejandro Lengua Romero.

SECRETARIO DE ACCIÓN CIENTÍFICA: Dr. Ernesto Raffo.—ASESORES: Drs. Marcos Nicolini, Alberto Protzel y Germán Stiglich.

SECRETARIO DE ACCIÓN NACIONALISTA: Dr. Manuel González del Riego.

ASESORES: Drs. Pablo Boza, Alberto López y O. Vega Abad.

SECRETARIO DE ACCIÓN SINDICALISTA: Dr. César Heraud.

ASESORES: Drs. Luis Angel Ugarte, Oswaldo Dulanto, Miguel Durand y Daniel Fataccioli.

SECRETARIO DE ACCIÓN MUTUAL: Dr. Eduardo Pérez Aranibar.

ASESORES: Drs. A. Loret de Mola, Oscar Trelles, Enrique Cipriani y Guillermo Filomeno.

SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN: Dr. Enrique Navarrete.

ASESOR: Dr. Alejandro Higginson.



Dr. CONSTANTINO J. CARVALLO

Profesor de la Facultad de Medicina. Eminente y renombrado cirujano que en el Gobierno que inauguró sus funciones el 8 de diciembre ha sido nombrado

MINISTRO DE SALUD PUBLICA, TRABAJO Y PREVISION SOCIAL.

Juicio sobre la trascendencia del certificado médico prenupcial

Por el Dr. ALEJANDRO C. GONZALEZ V.

El matrimonio según el Código Civil peruano no es un simple contrato, porque origina relaciones jurídicas permanentes, que interesan no sólo a los individuos que lo contraen, sino directamente a la Sociedad.

Del matrimonio nacen vínculos efectivos, entre las personas que se unen, que son de carácter ético, porque tienden al mejoramiento del individuo y al bienestar social y lazos biológicos, entre padres e hijos, que no pueden romperse por la voluntad de las partes, ni tampoco prescriben con el tiempo.

Es de interés vital para la Sociedad, que el matrimonio se realice en condiciones de máxima salud de los contrayentes, para que sus hijos sean seres útiles a la sociedad, a la propia familia y una esperanza de superación somática y espiritual.

En el Perú el matrimonio civil data del 23 de diciembre de 1897, que se instauró para los no católicos; a partir de esa época hubo en el Perú dos formas de matrimonio: el católico y el Civil. Posteriormente por Ley de 30 de Setiembre de 1920, objetada por el Poder Ejecutivo se estableció el matrimonio civil obligatorio; al dictársela con el N° 6889 y ampliársela luego con las leyes Nos. 6890, 7893, 7894, 7282, 7307, 7893 y 7894, se puntualizó una serie de figuras jurídicas matrimoniales que conviene estudiar, por su contenido eugenésico.

El Art. 1° de la Ley N° 6889 párrafo segundo, establece la exigencia del matrimonio civil antes de celebrar el religioso, esto es, que la facultad, de casarse religiosamente, no enerva la exigencia contenida en el inc. c. del Art. 1° de la Ley N° 7282.

Este inc. dice que los contrayentes presentarán certificado médico prenupcial sobre su estado físico y síquico y su aptitud para contraer matrimonio sin posible peligro por la prole, que podrá suplirse por una declaración jurada de no comprenderles el impedí-

mento a que se refiere el inc. a) del Art. 2º. Esta disposición concuerda con lo dispuesto en el Art. 142 del Código Civil de 1852, cuyo inc. a) decía "Impedimentos existentes por adolecer cualquiera de los pretendientes, de enfermedad contagiosa, crónica trasmisible por herencia o de vicio que constituye peligro para la prole".

El mismo Código establecía que no pueden absolutamente contraer matrimonio: El Impotente, y el loco y demás personas que están en incapacidad mental. (Inc. 9 y 10 del Art. 142).

Hasta aquí una síntesis, del proceso evolutivo de nuestra legislación sustantiva sobre el matrimonio y en especial, en lo referente al certificado médico prenupcial.

En el Código Civil de 1936, el Art. 101 establece como requisito previo para contraer matrimonio, la presentación "*del certificado médico de salud, o la declaración jurada de no estar comprendidos en el impedimento expresado en el inc. 4º del Art. 82 del citado Código*".

Este texto del Art. 101, ha cambiado los conceptos contenidos en el inc. c) del Art. 1º de la Ley N° 7282 de 22 de agosto de 1931, que habla de "certificado médico prenupcial" que es muy distinto de "certificado médico de salud".

La Ley básica N° 8305 que autorizó al Poder Ejecutivo para promulgar el Código Civil, decía expresamente: "*Pero manteniendo inalterables en dicho Código las disposiciones que sobre el matrimonio civil obligatorio y divorcio contienen las Leyes Nos. 7893, 7894 y las demás disposiciones legales de carácter civil dictadas por el Congreso Constituyente de 1931*".

Es evidente que la legislación sobre el certificado prenupcial, ha sufrido rudo menoscabo, en sus propósitos eugenésicos.

La previsión jurídica eugenésica en provecho de la familia y la descendencia, debería haber procurado que el certificado médico prenupcial, se hiciese realidad en todo el país, tratando que en todos los ámbitos de la Nación hubiesen médicos competentes para expedirlo.

El Código dice que el certificado de salud puede ser sustituido por la declaración jurada de no estar comprendidos en el impedimento expresado en el inc. 4º del Art. 82. Aquí hay error, de redacción o de imprenta, porque el inciso concordante con esta disposición es el 3º del Art. 82, que es precisamente una trascripción de la segunda parte del Art. 1º de la Ley 7282 y aún debería comprender el inciso 2º que dice que no podrán contraer matrimonio, los que padecen habitualmente de enfermedad mental, aunque tengan intervalos lúcidos.

El Código no ha contemplado el "matrimonio de prueba", el *sivivnacuy*, institución familiar de origen incaico que todavía existe en el Perú, ni tampoco las autoridades de Salubridad Pública han intentado dictar un Reglamento en el cual se puntualice quiénes son las instituciones públicas o funcionarios que deben otorgar el certificado médico prematrimonial.

El Código tampoco ha establecido la forma de evitar que, contrayentes rechazados en una Municipalidad por falta de salud, con-

curran a otra Municipalidad y contraigan matrimonio, pero, en cambio el Art. 124 es una puerta de escape, para burlar la exigencia del certificado prenupcial, pues los Párrocos al celebrar primero el matrimonio religioso, no exigen examen médico.

La función del Consultorio Médico Prenupcial es amplísima; su radio de acción debe estar encaminada hacia la formación de fichas biotipológicas que permitan filiar debidamente el estado de salud, no sólo actual, sino también el derivado del conocimiento de la genealogía del futuro cónyuge.

El matrimonio de conveniencia es el que prima en el Perú; por eso todos los impedimentos se subsanan y los requisitos de publicidad para denunciar los impedimentos, también se dispensan a costa del llamado "derecho de Dispensa".

Por otro lado, se aceptan certificados de salud de cualquier médico, que muchas veces se otorgaron por complacencia y la falta de interés por cumplir el requisito eugenésico prematrimonial se comprueba, cuando se sabe que sólo existe un Consultorio Médico Prenupcial en Lima; el resto de la Nación, no puede exhibirlos.

La sustitución del certificado de salud por la declaración jurada es inconveniente, por que el certificado médico es insustituible; la declaración de los contrayentes, jamás puede dar validez, a hechos que ellos mismos ignoran, por consiguiente debe derogarse.

El certificado médico previo al matrimonio, ha sido materia de opiniones diversas, sobre todo en la interpretación jurídica a la serie de problemas que nacen de los derechos familiares, de los delitos que se derivan del contagio venéreo y de la nulidad del matrimonio como consecuencia de error o engaño de uno de los cónyuges.

Se acepta la preminencia del certificado médico prenupcial, porque tiene por finalidad proteger la raza. Su respetabilidad resulta de elevación de los sentimientos y del concepto de responsabilidad individual y sobre todo de cultura y educación de la colectividad.

Las leyes de protección matrimonial, siempre tendrán como tropiezo serio, la naturaleza de su sanción, que es puramente de honor e incide en la conciencia de la responsabilidad, que hace de la coacción legal un simple medio de prohibición, que no trasciende más allá que de la prevención, para quien pretenda trasgredirlas.

Educar al pueblo, inculcarle la necesidad del certificado médico prenupcial, es cuestión de tiempo y de paciente labor para hacer conocer los peligros de la degeneración racial que se produce en las uniones de cónyuges tarados.

Las cuestiones de orden penal que se derivan de la eugenesia prenupcial, así como también la tipificación de los delitos contra la estirpe no existen en la legislación peruana. No hay disposición expresa, sobre la figura delictiva del *contagio venéreo* cuando se realiza con dolo o culpa del agente y daña un bien protegido por el Derecho, la salud en su integridad física y mental. En Dinamarca, Noruega, Suecia, Australia, Alemania, Estados Unidos y

algunos países de Sur América se considera delito el contagio venéreo.

En el Perú el Proyecto del Código Penal de Cornejo, Libro Segundo: Delitos en Particular, Sección Primera:—De los delitos contra el individuo Título I. Delitos contra la vida y la integridad corporal, y en Título IV De los Delitos contra los deberes de asistencia y solidaridad se encuentran atisbos de legislación eugenésica.

La exigencia del certificado médico prenupcial plantea la necesidad de dictar un Reglamento mesurado de la disposición contenida en el Art. 101 del Código Civil, para que la protección eugenésica de la familia y la raza, se haga eficientemente.

La cultura colectiva es indispensable para que se forme conciencia de los beneficios del certificado médico prenupcial y aparezca sentido de responsabilidad, que haga, libre de prejuicios, la grandeza étnica del Perú.



Punto de vista eugenésico en el tratamiento de la tuberculosis genital del hombre

Por el Dr. A. HIGGINSON P.

La tuberculosis genital del hombre se presenta y esta es una de sus características, atacando las dos glándulas genitales en forma bilateral. Esta bilateralidad en la mayoría de los casos se establece desde el principio; en plazos muy cercanos de algunas semanas a meses con frecuencia; y de cuando en cuando en forma unilateral, por lo menos clínicamente. Estudiando estos casos unilaterales se ha llegado a las siguientes conclusiones: "La epididimetomía en los casos de tuberculosis genital debe ser siempre doble. Si los dos epidídimos están comprometidos, caso el más fre-

cuenta, no es necesario insistir más. Cuando un lado esté lesionado y el otro clínicamente indemne, la conducta quirúrgica debe ser la misma y ello: 1° por la constancia del ataque al segundo epidídimo en plazos más o menos largos; 2° para no hacer sino una operación, las que no deben prodigarse en tuberculosos; 3° por la influencia cierta que la epididimectomía tiene sobre las lesiones próstato-vesiculares; 4° por la mayor facilidad de las operaciones cuando las lesiones no existen o están poco avanzadas; 5° por razones de Eugenesia y 6° por que un fuerte porcentaje de epidídimos que aparecen como clínicamente indemnes, están ya enfermos al examen anatómo-patológico de la pieza extirpada.

El ideal sería quitarle a la Eugenesia en sus variados métodos de lucha todo carácter impositivo. Y yendo aún más lejos podría decirse lo mismo de todos los esfuerzos que en el mundo se han hecho y se hacen por mejorar a los seres humanos física y moralmente. Pero ¡cuán lejos estamos del ideal! Con razonamientos y con buenas razones, con argumentos convincentes, muy poco se ha avanzado hasta hoy en el Mundo. Mientras la Eugenesia se limita a dar buenos consejos; a demostrar con elocuencia la necesidad de pensar y actuar de acuerdo con sus normas, no habrá salido del campo especulativo y por consiguiente nada práctico se habrá logrado. Es así como en el matrimonio la Eugenesia dejó la etapa del razonamiento y el consejo para pasar al certificado médico imposición que es aceptada en casi todas partes del Mundo.

La declaración obligatoria en materia de enfermedades venéreas para imponer el tratamiento, ha mostrado ya en los Estados Unidos de Norte América, el enorme valor de esta medida en la lucha antivenérea y por lo tanto lo que significa como arma eugenésica. El paso más avanzado en este orden de cosas ha sido la esterilización obligatoria, hoy erigida en algún país en ley. Y es que al fin se ha llegado al convencimiento de la verdad, de esa observación de GREGORIO MARAÑÓN que el instinto sexual es netamente anti-eugenésico. Estas positivas e innegables conquistas prácticas de la Eugenesia han sido desde luego preparadas por la etapa que podemos llamar teórica y que ha de seguir aún por algún tiempo preparando los nuevos avances prácticos de la Eugenesia. Por que sin lugar a duda en el futuro las disposiciones impositivas serán llevadas más adelante, a medida que las naturales resistencias de las primeras épocas sean vencidas.

En el Perú en que el certificado médico prenupcial, no siempre estrictamente cumplido, se creó con fines eugenésicos, la resistencia a esta medida hizo sin duda que se juzgase que podía remplazarse por la declaración jurada de los futuros cónyuges. Esta modificación ha sido justamente criticada y combatida por los miembros de la Liga de Higiene y Profilaxis Social, en el "Día Antivenéreo", celebrado en Lima el año pasado.

Los médicos tienen a diario oportunidad de hacer efectiva la labor eugenésica. Con la palabra y con la acción.

En la mayor parte de los casos los consejos y las decisiones médicas serán aceptadas por los enfermos y sus familiares. Pero

naturalmente es menester que nuestros pensamientos y nuestras decisiones estén de acuerdo con la Eugenesia.

Traigo mi convicción de que la epididimectomía profiláctica en materia de tuberculosis genital unilateral, es el beneficio mayor que puede hacerse al enfermo, y un efectivo servicio a la Eugenesia, al impedir la reproducción de enfermos que han de generar, casi necesariamente, seres profundamente tarados.

Sanidad Pública.

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima
Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Factores ambientales de la peligrosidad en los menores

Por el Dr. RICARDO LUNA VEGAS.

Las influencias exógenas, son capaces de exteriorizar el "estado de peligro" y aún la "peligrosidad" del menor. Su estudio es necesario para la tipificación de cada "estado" y, por ende, para guiar en la aplicación del sistema de tratamiento que conviene a cada "caso individual". Sobre todo, porque se ha comprobado la presencia numerosa de menores que han violado el ordenamiento social debido principalmente a las condiciones ambientales en que se ha desenvuelto su personalidad. Del conocimiento de los elementos—sociales y físicos—que integran los factores ambientales, suele emanar la tendencia a transformar dichas condiciones que, conforme la expresión de LACCASSAGNE, actúan como "caldo de cultivo" de la peligrosidad.

Esta influencia de los factores ambientales o mesológicos es efectiva en el campo criminológico y ha sido confirmada por amplias y acuciosas investigaciones. La influencia criminógena del medio acrece cuando el actor es el niño, y en él como en todos contribuye a la desadaptación del individuo, convirtiendo al sujeto de peligrosidad potencial en delincuente.

Los delinquentes que pueden readaptarse, dice VERVAECK, son los ocasionales o accidentales, que han obrado por influjo del medio ambiente. Así mismo, hay otros orgánicamente peligrosos y que delinquen porque el medio social ha sido propicio. Estos son los habituales y degenerados y de ellos hay que esperar la reinci-

dencia, por lo cual es imperioso aislarlos por tiempo ilimitado, es decir, mientras no desaparezca el "estado peligroso".

La influencia ambiental puede actuar por vía directa o indirecta. Por la primera el delito se produce mediante la acción mesológica que el organismo recibe. Por la segunda, el contagio mental, manifestación eminente de la actividad social, es el generador del acto peligroso, o tan sólo del "estado de peligro".

Muchos son los elementos que constituyen el ambiente, y para descubrir su acción criminógena, habría que realizar un minucioso análisis de todas las fuerzas exteriores que actúan sobre la persona del menor. Habría que estudiarlo en sus diversas etapas, puesto que cada una de ellas es como un jalón biológico, que señala un rumbo intenso, y tal vez diverso, en su personalidad. La primera huella a seguir es la aún invisible de la vida prenatal. De ahí que deba estudiarse necesariamente a la madre, vinculada al niño en forma indisoluble durante la vida intra-uterina y también en la primera edad de su vida exterior. Ella es el objetivo primero del mundo del menor, y el itinerario del estudio del menor ordena hacer una detenida espera en el ambiente donde la madre vive y donde el menor desenvolverá sus primeras manifestaciones vitales. Ese medio que, inconscientemente tiene preparado un bagaje de influencias positivas o negativas, y que, por lo tanto, es el núcleo central del cual dependen las posibilidades futuras del nuevo ser, es el hogar.

Del medio familiar, pleno de las más fuertes influencias de orden económico, material y espiritual, hay que seguir al menor en la actividad del ambiente exterior: en la etapa educacional y en el campo del trabajo. A través de su derrotero hay que considerar las relaciones afectivas del menor, sus distracciones, sus costumbres, etc. Tiene que considerarse, además, el mayor o menor grado de influencia del medio físico o cósmico en la integración del "estado peligroso". Con los resultados que este amplio análisis arroje será posible reconstruir la génesis de la peligrosidad y, gracias a él, señalar una dirección profiláctica o terapéutica.

Todos los elementos ambientales que actúan sobre el individuo pueden hacerlo de manera diferente o con diversa intensidad, o coincidiendo todos en la creación de la conducta antisocial. Esta desigualdad en la relación que se establece entre ellos y el sujeto que recibe su influencia, varía en cada situación particular debido a las peculiaridades de cada personalidad, y de las circunstancias mesológicas que obedecen a una realidad físico-social dada. En unos casos el medio exterior imprimirá su acción sobre el individuo, y en otros, la constitución orgánica del sujeto tendrá ingerencia mayor en la conducta peligrosa.

Un ambiente social y físico que el niño por nacer no conoce aún, es el encargado de modelar su personalidad futura. Sus condiciones económicas, sociales y espirituales son las que trazarán el sendero que el menor ha de seguir. Esa Sociedad en la que el menor se desarrolla sabrá ofrecerle seguridades de orden físico, económico y cultural, o se las negará, contribuyendo a una acti-

tud personal contraria al ordenamiento, bueno o malo, justo o injusto, de la organización humana en que vive.

Esta causalidad ambiental, que tiene íntima relación con las diversas etapas de la vida individual, es de sumo interés tratándose de estudiar la etiología desde el punto de vista de la Sociología Criminal, porque sirve para descubrir y apreciar los múltiples factores mesológicos o exógenos que permiten orientar en el conocimiento y tratamiento de los menores "peligrosos" o en "estado de peligro".

EL AMBIENTE DEL HOGAR

El hogar es un concepto más amplio y, al mismo tiempo, más restringido. No se llama hogar a la vivienda que ocupa la familia, ni tampoco a una relación más o menos lejana y artificial de parentesco. En el término hogar—que sugiere la idea de calor—se comprenden seres íntimamente ligados por fuerzas físicas y espirituales, que desenvuelven su vida en un mismo medio material, dotados de tales o cuales condiciones económicas y culturales. En ese ambiente es donde surge y se inicia el niño, dependiendo de la benéfica o nociva acción de sus elementos, la línea de conducta que adopte y que, al entrar en función con las tendencias del medio extra-familiar, puedan determinar en él una conducta socialmente normal o anormal.

Las circunstancias que concurren a la formación de un hogar son tan complejas que el equilibrio de las fuerzas que lo sostienen es necesariamente inestable. Para romper ese equilibrio bastan la pobreza, la enfermedad, la muerte, la prisión, la ausencia temporal o definitiva, el divorcio, las segundas nupcias, etc. Cada una de estas condiciones es capaz de determinar la ruptura de la unidad familiar, influyendo fuertemente en el abandono material o moral del menor, y predisponiéndolo a las actividades antisociales.

"El niño es una víctima del medio social y familiar", expresa JIMÉNZ DE ASÚA. Siendo el hogar el ambiente más vinculado a la vida del menor, sobre todo en la edad de su formación espiritual y física, tiene que ser considerado como el factor determinante del carácter, de las costumbres y de la conducta. En él háy que estudiar, y aún prevenir, buena parte de las desviaciones peligrosas del menor. Por eso, dice CÉSAR JUARROS optimistamente: "La delincuencia infantil es más problema de psiquiatría que de derecho y en la mayoría de las veces, primero que de psiquiatría y de derecho, es de hogar".

Condiciones económicas del hogar.—Al estudiar las condiciones económicas del hogar, tiene que decirse que la desigualdad no es un problema accidental al que estén sujetos los hogares y del cual puedan librarse con mayor o menor facilidad. La desigualdad económica de extensas clases sociales es una trágica realidad derivada del modo de producción en el actual régimen capitalista. El injusto reparto de la riqueza sólo para el goce de una peque-

ño sector de la Sociedad, ha convertido en esclavos de un salario a la mayoría de los hombres que viven, adheridos como piezas, a la maquinaria de la producción industrial. El avance gigantesco del capitalismo financiero, en los últimos tiempos, con sus demoleadoras intervenciones económicas y políticas, las angustiosas crisis, con sus estelas de desocupación y carestía, las guerras, etc., completan el cuadro de nuestros días. En sus oscuras tinieblas nacen y crecen miles de niños necesitados de todo auxilio.

Fundadamente se señala a la miseria como una de las causas más frecuentes de la peligrosidad infantil. "Todo aquel que se haya familiarizado con la composición de la población en todos los centros industriales—expresa HUXLEY—sabe que entre una gran parte de dicha población la miseria reina suprema". Es fácil comprender, por tanto, que un gran porcentaje de menores delinquentes—sobre todo contra la propiedad—urgidos principalmente por la miseria del hogar. La mayor parte de ellos pertenecen a las clases más pobres de la sociedad y sufren la sangrienta tortura de la necesidad y la estrechez.

"Los problemas que hoy preocupan a la humanidad—decía el famoso publicista IRA STEWARD—serán resueltos cuando las masas dejen de ser pobres. Las condiciones de donde se origina el pauperismo hace al pobre más pobre y la independencia imposible. Corrompe a los jueces, a los ministros de la Iglesia, a los legisladores, a los hombres de Estado. Decide matrimonios, acorta la vida humana, entorpece la educación y estorba el progreso en toda dirección. Directa o indirectamente produce mayores angustias, sufrimientos y crímenes que todas las demás causas combinadas. La pobreza atesta las ciudades y las casas de vecindad con personas cuya conducta constituye una amenaza social. Las clases peligrosas son siempre pobres".

El hogar indigente.—Aunque la pobreza no siempre es causa de la delincuencia, ella y su constelación de calamidades, dan el mayor porcentaje de delincuentes, vagos, prostitutas, etc. Esto se halla comprobado por numerosos trabajos estadísticos.

Adoptando la clasificación de BOOTH—en su estudio sobre el trabajo y el pauperismo en Londres—CYRIL BURT establece la siguiente correlación entre la peligrosidad juvenil y el hogar pobre:

CLASE A: Muy pobre. Trabajadores ocasionales. Vagos. Vendedores ambulantes. Individuos que no poseen nada. Criminales. Semicriminales. (De los hogares de éstas personas procedían 7,3% de los varones peligrosos y 5,4 de las muchachas).

CLASE B: Muy pobre. Salario irregular. Trabajo ocasional. (Estas dos clases incluyen todos los que se hallan bajo la línea de pobreza de ROWNTREE).

CLASE C: Pobres. Salario intermitente. Trabajo en ciertas épocas del año.

CLASE D: Pobre. Salario escaso, pero constante. Trabajo regular de jornalero peón.

CLASE E: Acomodada. Salario regular y *standard*. Artesanos. Comerciantes. Industriales (pero que atienden sus negocios por sí mismos y sus familias).

CLASE F: Acomodada. Trabajo de calidad y bien retribuído. Artesanos de primera clase, capataces, etc.

CLASE G: Muy acomodados. Estrato inferior de la clase media. Negociantes importantes. Empleados de categoría inferior.

CLASE H: Muy acomodados. Estrato superior de la clase media. Clase superior. Familias que mantienen servicio. Profesionales (médicos, abogados, etc.)

Los niños peligrosos proceden de las clases mencionadas en las proporciones que muestra el siguiente cuadro de BURT, en la cual también figura la proporción en que los niños de tales clases forman parte de la población infantil del país (los Estados Unidos):

Clase	Porcentaje de niños en la población infantil total	Porcentaje de niños delincuentes
A y B	8	19
C y D	22	37
E y F	?	42
G y H	?	2

Se observa aquí que más de la mitad del total de la peligrosidad juvenil proviene de hogares indigentes, confirmando el hecho de que las condiciones económicas inferiores de la familia son un poderoso factor de ese "estado" en los menores.

BRECKINRIDGE y ABBOT, por su parte, afirman que 9/10 de las muchachas peligrosas y 3/4 de los varones provienen de hogares pobres, correspondientes a las clases A, B, C y D de CHARLES BOOTH.

Los porcentajes que arrojan los estudios de todos los investigadores de este problema confirman las malas condiciones económicas del medio familiar como una de las causas más frecuentes de la peligrosidad en los menores. La situación se agrava aún si a este nivel de indigencia más o menos estable de las clases trabajadoras se agrega las crisis de carestía y desocupación, males que casi siempre muy duraderos y que sobre la múltiple carga de la familia proletaria, numerosa por lo común, pone la nota trágica de la desesperación.

Otra investigación, citada igualmente en la valiosa obra del Prof. NELSON sobre el problema tratado, en los Estados Unidos, confirma con sus datos la discutida pero efectiva influencia del factor económico en la gestación de la conducta antisocial. Se concreta al análisis de 584 muchachos delincuentes de Chicago y muestra que 76% de ellos procedían de los dos grupos más bajos de familias, mientras que entre las mujeres la proporción ascendía al 89%. En el mismo sentido se manifiesta el "New York Juvenile Asylum" en su memoria, afirmando que la miseria arrastra

FACULTAD DE MEDICINA DE UNMSM
BIBLIOTECA

a los adolescentes varones fuera de sus casas, iniciándolos en la vida peligrosa. La Administración de la Casa de Refugio de Nueva York, igualmente, declara que el frío y el hambre son causas frecuentes del robo. Este problema es universal y su causalidad se confirma en todas las partes en que es estudiado. Corrobora este aserto la constatación que se hizo en París poco antes de la guerra, de 1914 a 1918, que el 47% de los menores detenidos eran hijos de padres indigentes.

“La pobreza continuada—dice TRAVIS—rebaja el plano de vida y empuja la familia al pauperismo y la delincuencia”. De esta manera, el ambiente miserable y degradado del hogar sirve de sombrío marco al desarrollo y actividad del menor que, seguramente, será arrastrado por la dolencia material y espiritual que sufre su hogar. A propósito, el Prof. NELSON hace el siguiente juicio: “El espectáculo del propio hogar es a veces para el niño motivo de amargos juicios sobre la equidad social. Una rebelión temprana en tales niños es tal vez el origen de delitos contra la propiedad, delitos que los adolescentes pueden creer justificados como la reivindicación de un derecho denegado por una legislación que es resultado de la organización de que él es víctima”. Y aunque la pobreza no pueda señalarse como causa directa y absoluta de la conducta antisocial, hay que reconocer en ella un mal grave, que contribuye a la exteriorización de la peligrosidad. Se cree, aún, que la miseria continuada imprime influencias hereditarias que son el germen de una actividad trasgresora.

Numerosas investigaciones han constatado que el porcentaje más elevado de criminalidad corresponde a los menores cuyos padres ganan jornal más reducido. MACKENZIE y FOSTER demuestran la peligrosa influencia de la pobreza sobre 38.000 niños y 36.000 niñas cuyos casos estudiaron. Puesto que el económico es uno de los vínculos que más fuertemente une a la familia, es lógico pensar que si éste se debilita o desaparece, la familia se disgrega, ya que el instinto de vivir es el primero.

En su estudio sobre la peligrosidad juvenil en Inglaterra, STEEGMANN MOMPART refiere que el “Home Office” nombró en 1916 una Comisión—la “Juvenile Organizations Committee”,—la cual publicó en 1920 una memoria (“Report of Juvenile Delinquency”), que consigna las causas de la delincuencia de 7.000 menores. “El mayor contingente de delincuentes, principalmente por robos y hurtos—expone el autor,—está formado por hijos de familias de extrema pobreza. Indudablemente, en el fondo de la mayor parte de la delincuencia de los menores está la miseria, y no porque la familia a que pertenece el niño sea forzosamente mala (ya que en gran número de casos los padres, aunque muy pobres, son obreros honrados y decentes, y el espíritu de aventura y del mal se da en niños de todas las clases de la sociedad), sino porque en los hogares pobres no existe muchas veces un cuidado y vigilancia adecuados sobre los hijos, ni se presentan suficientes oportunidades para ejercer la autoridad paterna”.

En su investigación sobre la realidad argentina, NELSON encuentra que la inmensa mayoría de los menores peligrosos estudiados son miembros de familias pobres. Este parece ser el común denominador más frecuente. El 80% de ellas ocupan una o dos piezas, siendo tres veces mayor el número de familias que ocupan una que las que habitan en dos. El hogar pobre se halla destinado a su desintegración. Los padres no pueden mantener a los hijos que llegan a cierto desarrollo capaz de permitirles ganarse la vida. Los adolescentes aprenden, por eso, sin fuerzas físicas ni espirituales suficientes, a mantenerse y conducirse independientemente y, también, peligrosamente.

ANGEL CENICEROS y LUIS GARRIDO analizan en su documentado libro sobre "La delincuencia infantil en México", las condiciones económicas de los hogares mexicanos. Expresan que la realidad de su país ofrece una triple división de clases sociales. Sin embargo, ellas no han sido objeto de una observación experimental y hasta las denominaciones que se les dá no son científicas. A saber: alta, media y baja. Si bien éstas no son denominaciones precisas, por ellas se entiende, a la clase propietaria, á la clase burocrática, y a las clases obrera y campesina, a rasgos generales. Bien puede denominarse en nuestra realidad indoamericana, a las conocidas como media y baja, clases trabajadoras, en oposición a clase propietaria. "En general—dicen—las dos primeras clases, la baja y la media, se encuentran desorganizadas, y por lo que respecta a la acomodada, no tienen el interés de las otras, ya que sólo esporádicamente presenta algunos casos de criminalidad juvenil ante nuestros tribunales". Y agregan: "La pobreza es patrimonio no sólo de la clase baja, sino también de la media", aclarando esta observación sociológica, así: "aún cuando es cierto que tienen mayores ingresos que la clase baja, por estar compuesta en su mayoría por elemento burocrático, también lo es que son mayores sus necesidades".

En el Perú, la situación es del todo semejante. País industrialmente incipiente, no cuenta con una vasta y homogénea clase proletaria. Las condiciones económicas hacen que, en un nivel igualmente bajo, se agrupen las familias de obreros, empleados, campesinos, pequeños propietarios y comerciantes, etc. Ellas constituyen lo que en nuestro medio se conoce como las clases media y obrera, que al mismo tiempo que ocupan una inferior posición económica, constituyen la inmensa mayoría de la población. No obstante la pobreza de nuestras estadísticas, puede afirmarse rotundamente que la totalidad de los menores peruanos "peligrosos" y en "estado de peligro" provienen de las clases campesina, obrera y media. Sin abordar el aspecto indígena del problema, grave e interesante, pero que no cabe en los límites de este tema, puede decirse que el factor económico se halla fuertemente ligado a la génesis de la peligrosidad juvenil en el Perú.

Y la indigencia es mal tan agudo, que obliga a exclamar sentenciosamente a NOGUERA: "La miseria es el peor enemigo que tienen la Filosofía, la Política y el Derecho".

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima.
 Profesor Dr. CARLOS A. BAMBAREN.

Biotipología somática del asmático

Por el Dr. DOMINGO G. KUON CABELLO

(Continuación)

VIGÉSIMA SEXTA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado I. P.—Edad 60 años.—Raza Mestiza.
 —Lugar de nacimiento Callao.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICO

Talla anatómica 1.53 m. — Peso 52 kgrs.

Distancia biacromial	34	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	20.2	"	posterior	20.1 cm.
Longitud del esternón	18	"	Distancia epigastro-púbica ..	20 "
Diámetro torácico transverso ..	21.15	"	Diámetro bicrestoilíaco	21.85 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	19.2	"	rior	53 "
Distancia xifo-epigástrica ..	11	"	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	78 "
transverso	22.2	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	7.30944	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdomen su-			men	13.69212 ltrs.
perior	4.90842	"	Valor del tronco	21.00156 "
Valor del abdomen in-			Valor de los miembros..	131. cm.
ferior	8.7837	"		

RELACIONES DE VIOLA

VALORES A

Tronco	— 10
Abdómen	— 12
Abdómen superior	— 14
Diámetro torác. ánt. post.	— 4
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 1
Diámetro hipoc. ánt. post.	+ 1
Longitud abdómen	— 12
Miembro superior	— 6
Yugulo púbrica	— 4

VALORES B

Miembros	— 3
Tórax	— 5
Abdómen inferior	— 10
Diámetro torác. transv.	— 24
Diámetro hipoc. transv.	— 16
Diámetro torác. ánt. post.	— 4
Longitud tórax	+ 15
Miembro inferior	— 1
Miembro inferior	— 1

Tipo morfológico.—Microesplácnico impuro (mixto). Variedad D o longitipo deficiente.

VIGÉSIMA SÉTIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado H. A.—Edad 48 años.—Raza Mestiza.
Lugar de nacimiento Cañete.—*Diagnóstico*: Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.53 m.—Peso 52 Kgrs.

Distancia biacromial	34.5 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	21.2 "	posterior	18.5 cm.
Longitud del esternón	16 "	Distancia epigastro-púbrica ..	20 "
Diámetro torácico transverso ..	22.7 "	Diámetro bicrestolliaco	22.7 "
Diámetro torácico antero-		Longitud del miembro supe-	
posterior	20 "	ríor	54 "
Distancia xifo-epigástrica ..	11 "	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco		ríor	76 "
transverso	21.5 "		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	7.264	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-			men	12.77425 ltrs.
perior	4.37525	"	Valor del tronco	20.03825 "
Valor del abdómen in-			Valor de los miembros..	130. cm.
ferior	8.399	"		

RELACIONES DE VIOLA

VALORES A

VALORES B

Tronco	— 11	Miembros	— 4
Abdómen	— 14	Tórax	— 6
Abdómen superior	— 17	Abdómen inferior	— 12
Abdómen torác. ant. post.	0	Diámetro torác. transv.	— 18
Diámetro hipoc. ant. post.	— 7	Diámetro hipoc. transv.	— 19
Diámetro hipoc. ant. post.	— 7	Diámetro torác. ant. post.	0
Longitud del abdómen	— 12	Longitud tórax	+ 2
Miembro superior	— 4	Miembro inferior	— 4
Yugulo púbica	— 8	Miembro inferior	— 4

Tipo morfológico.—Microesplácnico impuro (mixto). Variedad D o longitipo deficiente.

VIGÉSIMA OCTAVA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado C. M.—Edad 33 años.—Raza Mestiza.
Lugar de nacimiento Chíncha.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.52 m. — Peso 45 kgrs.

Distancia biacromial	29	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-
Distancia bliaxilar	19.5	"	posterior
Longitud del esternón	17	"	16
Diámetro torácico transverso	21.9	"	cm.
Diámetro torácico antero-			Distancia epigastro-púbica ..
posterior	17.3	"	19
Distancia xifo-epigástrica ..	12	"	Diámetro bicrestoilíaco
Diámetro hipocondriaco			23.5
transverso	21.5	"	Longitud del miembro supe-
			ríor
			54
			Longitud del miembro infe-
			ríor
			73

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	6.44079	ltrs.	Valor total del abdó-
Valor del abdómen su-			
perior	4.128	"	men
Valor del abdómen in-			11.272
ferior	7.144	"	ltrs.
			Valor del tronco
			17.71279
			"
			Valor de los miembros..
			127.
			cm.

RELACIONES DE VIOLA

VALORES A	VALORES B
Tronco — 15	Miembros — 6
Abdómen — 17	Tórax — 9
Abdómen superior — 19	Abdómen inferior — 16
Diámetro torác. ant. post. — 13	Diámetro torác. transv. — 21
Diámetro hipoc. ant. post. ... — 39.6	Diámetro hipoc. transv. — 19
Diámetro hipoc. ant. post. ... — 39.6	Diámetro torác. ant. post. — 13
Longitud abdómen — 12	Longitud tórax + 9
Miembro superior — 4	Miembro inferior — 8
Yugulo púbica — 6	Miembro inferior — 8

Tipo morfológico.—Mixto, con acentuados caracteres de microesplancia. Variedad D o longitipo deficiente.

VIGÉSIMA NOVENA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado L. H.—Edad 33 años.—Raza india.—Lugar de nacimiento Apurímac.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.61 m. — Peso 56 kgrs.

Distancia biacromial 33 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.- posterior 17.5 cm.
Distancia biaxilar 19.7 "	Distancia epigastro-púbica . 22 "
Longitud del esternón 16 "	Diámetro bicrestoilíaco 35.75 "
Diámetro torácico transverso 21.3 "	Longitud del miembro supe- rior 57 "
Diámetro torácico antero- posterior 19.4 "	Longitud del miembro infe- rior 78 "
Distancia xifo-epigástrica ... 11 "	
Diámetro hipocondriaco transverso 21.4 "	

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax 6.61152 ltrs.	Valor total del abdó- men 14.02326 ltrs.
Valor del abdómen su- perior 4.10950 "	Valor del tronco 20.63477 "
Valor del abdómen in- ferior 9.91375 "	Valor de los miembros..135. cm.

RELACIONES DE VIOLA

VALORES A

VALORES B

Tronco	— 10	Miembros	0
Abdómen	— 11	Tórax	— 8
Abdómen superior	— 19	Abdómen inferior	— 6
Diámetro torác. ánt. post.	— 3	Diámetro torác. transv.	— 23
Diámetro hipoc. ánt. post.	— 12	Diámetro hipoc. transv.	— 19
Diámetro hipoc. ánt. post.	— 12	Diámetro torác. ánt. post.	— 3
Longitud abdómen	— 7	Longitud tórax	+ 2
Miembro superior	+ 1	Miembro inferior	— 1
Yugulo púbica	— 4	Miembro inferior	— 1

Tipo morfológico.—Mixto con gran inclinación a la microesplacnia.

TRIGÉSIMA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado A. Q.—Edad 33 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Huancayo.—*Diagnóstico:* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.585 m. — Peso 51.5 kgrs.

Distancia biacromial	35	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	20.8	"	posterior	17.5 cm.
Longitud del esternón	15	"	Distancia epigastro-púbica .	23 "
Diámetro torácico transverso	34.9	"	Diámetro bicrestoilíaco	22.6 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	19.8	"	rior	56 "
Distancia xifo-epigástrica ..	14	"	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	75 "
transverso	22.8	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	7.39530	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-			men	14.287 ltrs.
perior	5.586	"	Valor del tronco	21.68230 "
Valor del abdómen in-			Valor de los miembros..	131. cm.
ferior	8.701	"		

RELACIONES DE VIOLA

VALORES A

VALORES B

Tronco	— 9	Miembros	— 3
Abdómen	— 11	Tórax	— 5
Abdómen superior	— 10	Abdómen inferior	— 10
Diámetro torác. ant. post.	— 1	Diámetro torác. transv.	— 10
Diámetro hipoc. ant. post.	— 12	Diámetro hipoc. transv.	— 14
Diámetro hipoc. ant. post.	— 12	Diámetro torác. ant. post.	— 1
Longitud abdómen	+ 2	Longitud tórax	— 4
Miembro superior	— 1	Miembro inferior	— 5
Yugulo púlica	9	Miembro inferior	— 5

Tipo morfológico.—Mixto (VIOLA). Longitipo deficiente. (BARBARA).

TRIGÉSIMA PRIMERA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado A. G.—Edad 32 años.—Raza Mestiza. Lugar de nacimiento Trujillo.—*Diagnósticos* Asma bronquial.

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.61 m. — Peso 75 kgrs.

Distancia biacromial	35.5 cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	23.7 "	posterior	25.3 cm.
Longitud del esternón	15 "	Distancia epigastro-púlica .	24 "
Diámetro torácico transverso	24.6 "	Diámetro bicrestolliaco	27.7 "
Diámetro torácico antero-		Longitud del miembro supe-	
posterior	22.2 "	rrior	58 "
Distancia xifo-epigástrica ..	15 "	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco		rrior	78 "
transverso	25.7 "		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	8.18180 ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-		men	26.57259 ltrs.
perior	9.75315 "	Valor del tronco	34.76439 "
Valor del abdómen in-		Valor de los miembros. .	136. cm.
ferior	16.81944 "		

RELACIONES DE VIOLA

VALORES A

VALORES B

Tronco	+	7	Miembros	0
Abdómen	+	10	Tórax	- 2
Abdómen superior	+	9	Abdómen inferior	+ 12
Diám. torác. ant. post.	+	11	Diám. torác. transv.	- 11
Diám. hipoc. ant. post.	+	26	Diám. hipoc. transv.	- 3
Diám. hipoc. ant. post.	+	26	Diám. torác. ant. post.	+ 11
Long. abdómen	+	10	Long. tórax	- 4
Miembro superior	+	3	Miembro inferior	- 1
Yúgulo púbrica	+	6	Miembro inferior	- 1

Tipo morfológico.—Longitipo con antagonismo. Mixto (VIOLA),

TRIGÉSIMA SEGUNDA OBSERVACIÓN

Nombre del examinado M. P.—Edad 22 años.—Raza Mestiza.
—Lugar de nacimiento Lima.—*Diagnóstico*: Asma bronquial

CARACTERES SOMATOMETRICOS

Talla anatómica 1.64 m. — Peso 53 kgrs.

Distancia biacromial	33	cm.	Diámetro hipocondriaco ant.-	
Distancia biaxilar	20.5	"	posterior	17.3 cm.
Longitud del esternón	15	"	Distancia epigastro-púbrica ..	19 "
Diámetro torácico tranverso ..	22	"	Diámetro bicrestoilíaco	23.7 "
Diámetro torácico antero-			Longitud del miembro supe-	
posterior	10.9	"	rior	57 "
Distancia xifo-epigástrica ..	16	"	Longitud del miembro infe-	
Diámetro hipocondriaco			rior	80 "
tranverso	19.6	"		

INDICES SOMATOMETRICOS

Valor del tórax	5.577	ltrs.	Valor total del abdó-	
Valor del abdómen su-			men	13.21547 ltrs.
perior	5.42528	"	Valor del tronco	18.79247 "
Valor del abdómen in-			Valor de los miembros..	137. cm.
ferior	7.79019	"		

RELACIONES DE VIOLA

VALORES A

VALORES B

Tronco	— 13	Miembros	+ 1
Abdómen	— 13	Tórax	— 14
Abdómen superior	— 11	Abdómen inferior	— 14
Diám. toráx. ánt. post.	— 15	Diám. toráx. transv.	— 21
Diám. hipoc. ánt. post.	— 13	Diám. hipoc. transv.	— 26
Diám. hipoc. ánt. post.	— 13	Diám. toráx. ánt. post.	— 15
Long. abdómen	— 1	Long. tórax	— 4
Miembro superior	+ 1	Miembro inferior	+1.25
Yúgulo púlica	— 2	Miembro inferior	+1.25

Tipo morfológico.—Longitipo con antagonismo o primera combinación de BÁRBARA. Mixto (VIOLA), con predominio megaloesplácnico.



Noticias

INAUGURACION DEL EDIFICIO PARA MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, TRABAJO Y PREVISION SOCIAL.—El 14 de octubre se inauguró el edificio que se ha levantado en la Avenida General Salaverry para el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social.

Después de 11 meses de trabajo, se ha construido de cemento armado y muros de ladrillo un suntuoso edificio de seis pisos y un sótano.

En la ceremonia inaugural pronunciaron conceptuosos discursos: el Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública y el General Oscar R. Benavides, Presidente de la República.

Es obra que merece elogiosos comentarios.

EL PREMIO UNANUE POR 1937.—El 10 de noviembre se entregó en solemne actuación celebrada en la Academia Nacional de Medicina el "Premio Unánue" por el año 1937.

De conformidad con lo opinado por el Jurado, alcanzó el Premio el Dr. Enrique L. García, profesor de Pediatría y conocido trabajador infeccional, quien durante treinta años ha bre-

gado en el campo científico, con laboriosidad digna de elogio. En el dictámen del Jurado se menciona como digno exponente de su cultura su libro publicado el año 1937 con el título "Crianza, cuidado y asistencia del Niño", que encierra el fruto de una larga vida y de una experiencia vastísima sobre los problemas de la infancia nacional.

Enhorabuena al Dr. Enrique L. García, quien al recibir el Premio, disertó sobre "Mortalidad infantil y sus causas".

ACTIVIDADES DE LA "ASOCIACION MEDICA DE ICA".
—En los días 25 y 26 de noviembre se llevó a cabo en la ciudad de Ica una reunión de los médicos que laboran en ese Departamento, en la cual se leyeron interesantes trabajos técnicos. Los dirigentes de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión" intervinieron con manifiesto entusiasmo.

SE ACUERDA DAR GOCES ESPECIALES A LOS MEDICOS QUE SE INVALIDAN O MUEREN EN EL EJERCICIO DE SU CARGO.—Por Ley 9015 de 20 de Noviembre, se ha dispuesto que los pensiones de invalidez o montepío, sean iguales al íntegro del haber que gozaba la víctima, si se invalida totalmente o fallece a causa directa o inmediata del ejercicio de su cargo profesional, cualquiera que sea el tiempo de servicios que tenga prestados.

INAUGURACION DEL "HOSPITAL OBRERO".—Así se ha denominado al Hospital que está construyendo la Caja Nacional del Seguro Social. Aunque todavía no podrá entrar en funciones se le ha declarado inaugurado, porque cesaba en el Gobierno el General Oscar R. Benavides, que ha sido el que dictó la Ley de Seguro Social que actualmente rige en el Perú y gracias a la cual han podido reunirse los recursos económicos con los que se ha financiado su construcción.

El corte, distribución y agrupamiento de servicios, obedece a un Plano moderno, que por primera vez se sigue en el Perú. Consiste de: *Pabellón central*, en el que se ubicarán los Consultorios Externos, Servicio de Accidentados, Administración y Escuela y residencia de Enfermeras; *Pabellón A.*, para Cirugía, Maternidad y Ginecología y *Pabellón B.*, para Medicina y Tuberculosis y *Pabellones* de Laboratorio, Cocina, Capilla, Lavandería, Casa de Máquinas.

Se estima que la obra costará una vez terminada 7 millones de soles.

En la ceremonia de inauguración que se efectuó el 3 de diciembre pronunciaron discursos el Dr. Guillermo Almenara, Ministro de Salud Pública, el Dr. Edgardo Rebagliati, Gerente de la Caja del Seguro Social y el Presidente de la República General Oscar R. Benavides.

ASESORIA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.—Por Decreto Supremo expedido el 28 de diciembre se ha creado en el Ministerio de Salud Pública, el cargo de Asesor Consultivo de Sanidad Pública, recayendo el nombramiento en la persona del Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, el profesional peruano más versado en estos menesteres.

Se dispone que el Asesor prepare el Código de Sanidad, compile y estudie la legislación sanitaria del extranjero y redacte los informes que deben someterse a los Congresos y Conferencias de Sanidad Pública.

NUEVO DIRECTOR DE SALUBRIDAD PUBLICA.—Por renuncia del anterior, se ha nombrado Director de Salubridad Pública al Dr. Alberto Hurtado, profesor de Fisiopatología en la Facultad de Medicina y conocido investigador científico.

SEMANA ANTIALCOHOLICA.—Cumpliendo un acuerdo interamericano, la "Liga de Higiene y Profilaxia Social" de Lima, efectuó en la cuarta semana del mes de octubre, campaña contra el alcoholismo, que se centralizó a los niños que concurren a las Escuelas públicas. Se desarrollaron los temas que a continuación se expresa:

Lunes 23 de octubre: *La mujer en la lucha contra el alcoholismo*, Srta. María J. Alvarado y Rivera.

Martes 24 de octubre: *Rol de la escuela en la campaña anti-alcohólica*, Dr. W. F. Molina.

Miércoles 25 de octubre: *Peligros del alcoholismo en la vida del obrero*, Dr. Porfirio Martínez La Rosa.

Jueves 26 de octubre: *El alcoholismo factor de criminalidad*, Dra. Susana Solano.

Viernes 27 de octubre: *El alcoholismo factor de degeneración*, Dr. Walter M. Montañó.

Sábado 28 de octubre: *Cómo conspira el alcohol, contra la seguridad del hombre*, Dr. Carlos A. Bambarén.

Necrología

Dr. RICARDO L. FLOREZ

El 15 de noviembre falleció el Dr. Ricardo L. Florez, que le cupo, como a los elegidos de los dioses, actuación proficua y dilatada en el campo de la Medicina peruana.

Nacido en Lima, en el seno de familia modesta, por su esfuerzo e inteligencia pudo escalar altos peldaños en el ambiente inte-

lectual. Después de cursar estudios en la Universidad de Lima, viajó a Francia, de donde regresó el año 1878, rindiendo exámenes brillantes. Inmediatamente comenzó a ejercer su profesión, demostrando competencia en Oftalmología.

Fué uno de los primeros médicos que trajo un Microscopio y con él pudo estudiar la sangre de Daniel A. Carrión, cuando por inoculación contrajo la Verruga que lo llevó a la tumba.

El Dr. Ricardo L. Florez fué profesor interino de Oftalmología desde el año 1882 y titular, por concurso, el año 1897 al desaparecer el profesor fundador del curso Dr. Aurelio Alarco, retirándose de la docencia universitaria, cuando se jubiló por mandato de la Ley.

Fué fundador de la Academia de Medicina de Lima, en la que ocupó cargos directivos importantes. En la Facultad de Medicina llegó a ser Decano.

Atraído por la política estuvo en el gobierno de la Nación, desempeñando uno de los portafolios ministeriales, desde el cual contribuyó a la creación de la cátedra de Ginecología de nuestra Universidad.

Mucho le interesaron las cuestiones de Óptica, llegando a adquirir gran versación en fotografía y microfotografía.

Ha bajado a la tumba contando edad avanzada y después de haber disfrutado de la consideración de sus colegas, amigos y discípulos, que siempre lo respetaron, porque su bondad sin límites le granjeó la amistad de todos.

Su sepelio dió lugar a sentida manifestación de duelo, a la que se asoció el Ministro Plenipotenciario de Francia, porque el Dr. Florez era Presidente del Comité franco-peruano, dada su gran simpatía por Francia.

Dr. CESAR A. ZEVALLOS

Después de penosa y larga enfermedad, falleció el 31 de Diciembre el Dr. César A. Zevallos, que alcanzó en la Sanidad Militar el grado de Coronel.

Viajó tres veces a EE. UU. de Norte América, enviado por el Estado, y ha muerto siendo Jefe del Hospital Militar y del Laboratorio Microbiológico de la Municipalidad de Lima.

Publicó trabajos científicos, sobre diversos tópicos médicos.

En su sepelio pronunciaron sentidos discursos el Dr. Felipe de La Torre, Director del Servicio de Sanidad Militar y el Dr. Max Arias Schreiber, a nombre del Hospital Militar.

Indice de Materias

	<u>Página</u>
Alcohol en el organismo.—Combustión y distribución del	6
Biometría del recién nacido en la Maternidad de Lima	138
Biometría del prematuro que nace en la Maternidad de Lima	159
Biotipología clínica	188
Biotipología somática del asmático 218—243—271—300—323	348
Cloro en la sangre.—Micrométodo para determinar el	3
Causas de error en la investigación de sangre en la orina por el reactivo de Thevenon y Rolland	62
Cloremia en el síndrome tóxico del lactante	65
Campaña eugenésica que conviene al Perú.—Algunas sugerencias para la	227
Certificado médico prenupcial.—Juicio sobre la trascendencia del	336
Dosaje de urea.—Algunas consideraciones sobre la aplicación del xantidrol en el	14
Difteria de la primera infancia	118
Demografía de la ciudad de Lima	123
Día Antivenéreo.—Programa de las actuaciones celebradas en Lima y alrededores	280
Esquizofrenia e incapacidad civil	193
Educación sexual, factor eugénico	203
Eugenesia y Matrimonio	207
Eugenesia desde el punto de vista católico	251
Educación sexual—Alcances eugenésicos de la	256
Examen médico prenupcial	283
Educación sexual	289
El pervertido sexual y sus crímenes	292
El Perú debe resolver sus problemas de higiene y política raciales	314
Glicemimetría	24
Glicemia y Lacticemia	33
La madre y el lactante en el nuevo Código Civil del Perú	135
Labor de los consultorios prenatales en el cuidado de la madre	165

Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.—Directorio para el año 1939	64
Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.—Comité de propaganda de Alimentación y Nutrición correctas	303
La obra eugenésica en el Perú	307
Metabolismo del tejido renal en la nefritis experimental	70
Noticias 93—134—167—249—278—306—333	355
Notas médico-quirúrgicas	199
Nipilogía.—En favor de la	106
Necrología.—Dr. Ricardo L. Flores	357
Necrología.—Dr. César A. Zevallos	358
Obstetricia rural en la sierra del Perú	89
Organización mínima de la protección que el lactante requiere en el Perú	108
✓ Paludismo como enfermedad profesional	77
Porqué mueren los niños en Lima	99
Profilaxia de la tuberculosis del lactante por colocación en hogares o centros de crianza ubicados en el medio rural	114
Primera Jornada Peruana de Eugenesia.—Programa	171
Primera Jornada Peruana de Eugenesia.—Sesión inaugural	173
Primera Jornada Peruana de Eugenesia.—Resumen de los trabajos presentados a la	180
Peligrosidad en los menores.—Factores etiológicos de la	212
Peligrosidad en los menores.—Factores individuales de la 237—263	320
Peligrosidad en los menores.—Factores ambientales de la	341
Plan eugenésico que requiere el Perú.—Colaboración al	230
Prostitución y enfermedades venéreas	286
Primera Jornada Peruana de Eugenesia.—La	298
Quinina.—Acción secundaria de la	87
Reacción cromática para la investigación de sangre en la orina	19
Sifilis congénita.—Cuando hay que pensar en la	164
Ureómetro para el dosaje por semimicrométodo de la urea	72
Vitamina C.—Acción reductora y naturaleza química de la	27
Vitamina C. en la sangre y en la orina	93

Indice de Autores

	Página
Altuna Tavera Marco T.	3
Angelats Azcárate Hildebrando	6
Accinelli Fernández Nemesio	77
Albuquerque José de	203 298
Alvarado Rivera María Jesús	227
Algorta Ruperto	289
Pambarén Carlos A.	174 193
Bello Eduardo	199
Benavente Alcázar Alejandro	230
Burga Larrea Carlos	251
Blancas Laura S. L. de	283
Caravedo Baltazar	193
Chaves Velando Luis A.	256
Díaz de Guíjarro Enrique	207
Eyzaguirre Rómulo	106
Fernández Dávila Guillermo	301
Garrido M. A.	14
Gamio Luis M.	314
Guzmán Barrón E. S.	70
Guzmán Barrón Alberto	93
García Enrique L.	99
González Alejandro C.	333
Higginson P. Alejandro	339
Indacochea Zarauz Víctor	19
Jiménez Camacho José B.	89
Kuon Cabello Domingo G. 188—218—243—271—300—328	348
Lyman Carlos M.	70
Luna Vegas Ricardo 212—237—263—320	341

Merdoza del Solar Isaias	24
Mejía Jorge E.	33
Moscoso Juan Luis	72
Muhlens P.	83
Montaño Walter M.	292
Noriega del Aguila Miguel	62
Oyague Cánepa Emilio	65
Oyague Victor M.	123
Rivas Plata Neptali	114
Salcedo F. Manuel	108
Seminario Vera Teodoro	118
Solano Susana	135
Sernaqué Felicitia	286
Tapia Freses Alejandro	27
Uceda Donayre Víctor M.	138
Valle Riestra Gustavo	164
	165

UNGUENTO DE Sulfana Wander

CON 5% DE PARAMINOFENILSUFAMIDA.

Para combatir las infecciones de la Piel, ocasionadas por estrepto y estafilococos; tales como: Acné, eczema, forúnculos, etc.

Fabricante: Dr. A. WANDER. - Berna, Suiza

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS MEDICOS

Representante: PIAGET Hnos.

CASILLA 1678 — TELEFONO 35517 — LIMA-PERU

UNMSM - FM - UBHCD



010000080077