

La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

L. AVENDAÑO — MAX GONZALEZ OLAECHEA — EDUARDO BELLO
ROMULO EYZAGUIRRE — EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO

DIRECTOR

CARLOS A. BAMBAREN

COMITE DE REDACCION

LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — ERNESTO EGO-AGUIRRE
LUIS QUIROGA QUIÑONES

Agentes exclusivos para anuncios de Francia
Comptoir International de Publicité — 9, Rue Tronchet. Paris

| | | | | |
|------------------------|---|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| PRECIOS DE SUSCRIPCION | { | En Lima..... S/. 6.00 al año | { | AVISOS Precios convencionales |
| | | En Provincias.. . 8.00 al año | | |
| | | En el Extranjero 2 dólares al año | | |

Año 61. - No. 978

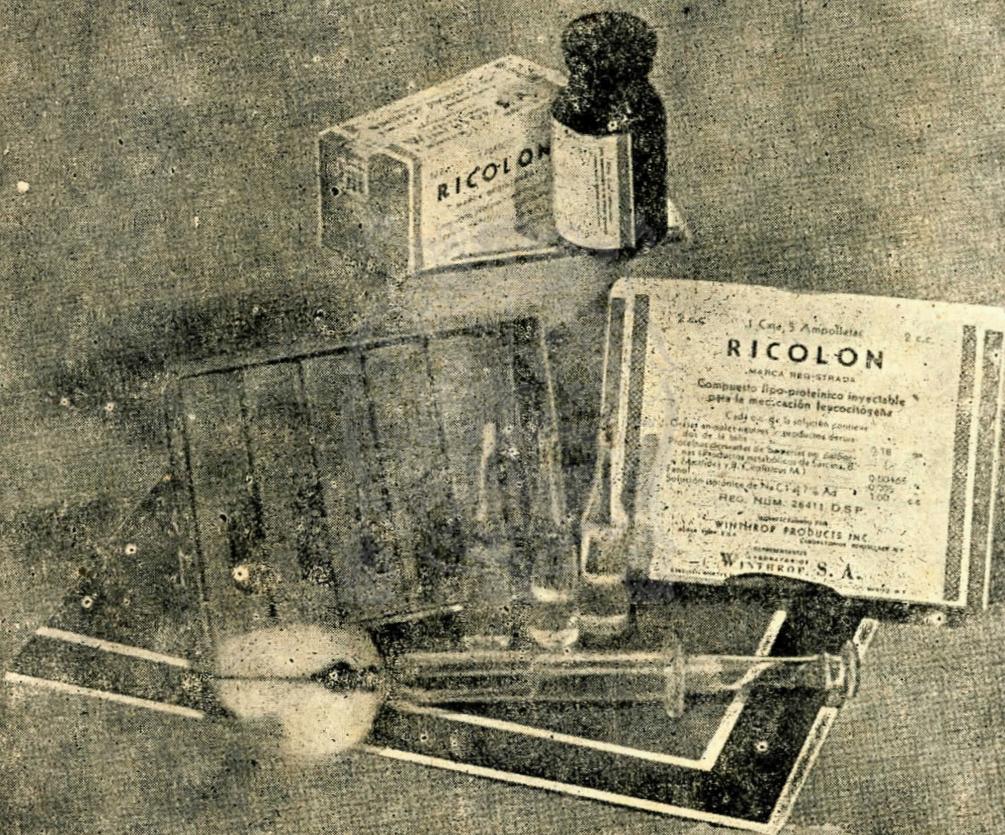
Diciembre 1944

SUMARIO

| | |
|---|-----|
| Sífilis ósea, por el doctor Belisario Sánchez León, pág. | 371 |
| Reactivación en las sero-reacciones sifilíticas, por el doctor Félix G. Castillo, pág. | 374 |
| El proyecto oficial de Código Penal boliviano, por el doctor Julio Altmann Smythe, pág. | 379 |
| Necesidad del enriquecimiento vitamínico del pan, por el doctor Bolívar Patiño Arca, pág. | 384 |
| Reacciones de comprobación en el diagnóstico de la sífilis, por el doctor Alberto Guzmán Barrón, pág. . | 388 |
| Segundo Instituto regional de administración y organización de hospitales, pág. | 392 |
| Indice de materias, pág. | 404 |
| Indice de autores, pág. | 406 |



MEDICACION LEUCOCITOGENA
RICOLON
 (Compuesto lipoprotéico inyectable)



Manufacturado por:
WINTHROP PRODUCTS INC., NUEVA YORK

Para los

Laboratorios Winthrop, S.A.

AV. WILSON 1810

TELEF. 35937

CASILLA 1637

LIMA — PERU

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

Sífilis ósea

Por el Dr. BELISARIO SANCHEZ LEON

Desde antiguo se consideraron como localizaciones predilectas del agente etiológico de la sífilis, las formas osteoarticulares y hasta se trataron de encontrar razones de orden constitucional, de acuerdo con los conocimientos histológicos de la época. No obstante los evidentes progresos de la terapéutica antisifilítica, las localizaciones osteoarticulares de la lúes, distan mucho de ser una rareza, apesar del alto grado de perfeccionamiento alcanzado en los métodos de exploración, los errores de diagnóstico no dejan de presentarse. Habiendo observado algunos casos, empujando su estudio.

En algunos de los casos un oportuno diagnóstico, evitó una operación mutilante, que pudo haberse realizado, si no se tiene presente que la sífilis osteoarticular es rareza morbosa.

Estudio solamente las alteraciones sífilíticas osteoarticulares del adulto, considerándolas como formas adquiridas, sin entrar en disquisiciones sobre la posibilidad de su origen hereditario y aparición tardía, en razón de que, aparte de ciertas formas típicas, estas afecciones óseas son semejantes entre sí.

Los casos se han identificado dentro del proceso general de la sífilis, según las formas anatómicas y manifestaciones clínicas, de acuerdo con Ricord, que "no es posible establecer una barrera bien precisa entre las fases de la enfermedad, ni todas las fases de la sífilis pueden encontrar cabida en este sentido".

La clasificación de Ricord, sólo es una tentativa de ordenación esquemática, que tratándose de la sífilis ósea, es difícil de aplicar a la realidad, en virtud de que las extraordinarias variantes anátomo-clínicas que se presentan durante la evolución del proceso morboso, dependen, más que del tiempo transecurrido, de factores propios del organismo afectado, virulencia del germen, influencia del tratamiento, etc. Sigo el criterio de que "los grandes puntos de vista sólo tienen valor en la interpretación de la sífilis y de sus fenómenos ordinarios; pero en lo demás, el diag-

nóstico y la terapéutica han de adaptarse cuidadosamente a las circunstancias de cada caso".

En el Perú, salvo algunos casos aislados, no se ha abordado este importante tema. Merece mencionarse el interesante estudio presentado por Tello en 1909 (Tesis bachillet) sobre mutilaciones representadas en huacos extraídos de ruinas incaicas y en las alteraciones patológicas observadas en los cráneos hallados en tumbas de los antiguos peruanos, las que correspondían a lesiones óseas de origen sífilítico.

Clasificación.— Las formas anátomo-patológicas y clínicas de la lúes ósea, son extraordinariamente variadas; al realizar su estudio se tropieza con la dificultad de no poder encasillar estas manifestaciones dentro de cuadros perfectamente bien definidos. Sin embargo, como es necesario una pauta, sigo en ciertos aspectos, la clasificación que considera las localizaciones del agente causal, en cada una de las formaciones histológicas del sistema óseo, haciendo la salvedad de que, por lo general, una parte llega a participar de la otra o los diversos tejidos pueden afectarse simultáneamente, dando un cuadro clínico confuso y siendo por consiguiente, difícil determinar la localización inicial del proceso. Así, por ejemplo, una periostitis, puede extenderse al tejido óseo subyacente y llegar a la médula y viceversa.

Me alejo del concepto clásico de circunscribir en períodos de tiempo la evolución de la enfermedad, pero asocio al concepto de período secundario las formas bastante bien definidas de lesiones infiltrativas, poco profundas y al período terciario el goma, con su constitución característica. En la mayoría de los Tratados, poco o nada se dedica al estudio de las formas secundarias, tal vez por lo difícil que resulta identificarlas como tales. La clasificación propuesta se apoya en los estudios modernos y en la experiencia adquirida; de ella se pueden deducir conclusiones valiosas, sobre todo en lo que respecta al pronóstico de la afección.

El día en que se utilice la biopsia como medio diagnóstico, desaparecerán las dificultades para distinguir las formas secundarias y terciarias, dadas las características anátomo-patológicas propias de cada forma.

A)—Formas secundarias de la sífilis ósea:

- 1) Periostitis sífilítica,
- 2) Osteítis y osteomielitis secundarias.

B)—Formas terciarias:

Las formas gomosas de la sífilis ósea, son difíciles de estudiar separadamente; el proceso morboso abarca los distintos tejidos formativos del hueso. La osteítis y osteomielitis gomosa, se reúnen con la denominación genérica de **goma óseo**, ya que la diferenciación entre ambas, resulta casi imposible. La pe-

riostitis gomosa eventualmente, puede presentarse como formas aislada.

La **sífilis articular** presenta dos modalidades:

1) Formas inflamatorias superficiales, fácilmente reductibles por el tratamiento, posibles por sus caracteres, de ser asimiladas al período secundario; y

2) Afecciones gomosas, diferenciables de las anteriores, por alteraciones anatómicas y evolución característica.

Estas pueden ser de dos tipos, atendiendo a su localización primitiva y alteraciones posteriores: a) Perisinovitis de **Fouquet**, iniciada en la sinovial o zona perisinovial; y b) Osteocondroartropatías o pseudo tumor blanco de **Fournier**, localizadas primitivamente en la zona epifisaria vecina a la articulación, a partir de la cual avanzan en su proceso destructivo, perforando el cartílago y penetrando en la cavidad articular.

Esta clasificación es la más completa y en armonía con los estados del proceso infeccioso. Los casos cuya ubicación es actualmente dudosa, serán con el tiempo de fácil ordenación en cuanto se utilice con más frecuencia la biopsia, como medio de identificación.

Conclusiones

1.—La sífilis osteoarticular, dista mucho de ser rara.

2.—Los casos avanzados, relativamente frecuentes, demuestran la necesidad de un diagnóstico oportuno, que hubiera impedido alteraciones considerables, a veces irreparables.

3.—Las reacciones serológicas negativas no pueden tomarse como evidencia de que no existe la sífilis osteoarticular.

4.—El estudio radiográfico, aislado, no permite llegar a conclusiones definitivas sobre la naturaleza del proceso morboso.

5.—En los casos dudosos, mientras no se utilicen medios más expeditivos de diagnóstico, es aconsejable, antes de tomar una determinación terapéutica radical, instituir tratamiento antilúético de prueba.

6.—Es conveniente establecer como regla, tanto para los fines del diagnóstico diferencial, como para la identificación de las formas anatómicas, la utilización de la biopsia, en los casos de tumores óseos, que ya se emplea con éxito, en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Arzobispo Loayza.



Reactivación en las sero-reacciones sífilíticas

Por el Dr. FELIX G. CASTILLO

En ninguna enfermedad como en la sífilis, se mantienen nexos mas estrechos entre el Laboratorio y la Clínica, lo que permite a los Laboratoristas abordar este aspecto de la sifilografía.

Hay gran disparidad de opiniones, lo que hace una anarquía llena de peligros, para solucionar los problemas que a diario se presentan en la lucha contra la avariosis. Médicos y pacientes solicitan el control por otros laboratorios de los resultados de las sero-reacciones sífilíticas cuando no corresponden con idea o diagnóstico previo.

En la práctica médica, el clínico vé frecuentemente enfermos que llevando estigmas de lúes, poseen reacciones serológicas negativas; en otros casos, las reacciones serológicas positivas, no guardan armonía ni con los antecedentes morbosos ni con la clínica.

Hay individuos que van a contraer matrimonio, en los que, gracias a la práctica establecida en el Consultorio médico prenupcial del Municipio de Lima, el examen serológico revela la existencia de sífilis evolutiva. En otros casos, el médico descubre estigmas de sífilis congénita que el examen serológico no confirma.

Aunque la sífilis actúa sobre las células reproductoras, originando perturbaciones en el desarrollo de la descendencia, que puede dar lugar a idiotas, deformes, atrasados mentales, etc., sin embargo, en muchos de estos casos no se encuentran manifestaciones activas de la enfermedad, porque en la patología de la sífilis, hay fases de latencia clínica de gran significación, las que se originan muchas veces espontáneamente o por el tratamiento, y que en sifilografía se designan con el nombre "del gran silencio clínico", durante el cual puede haber ausencia completa de síntomas y lo que es más grave, sero-reacción negativa. Este gran silencio clínico es peligroso, porque lenta y fatalmente se fraguan lesiones microscópicas, que sólo se visualizarán cuando la magnitud de su desarrollo ofrezca irreparable destrucción de tejidos y órganos. El médico debe saber romper ese silencio y el Laboratorio sintonizar sus manifestaciones serológicas,

Se ha discutido y aún se discute la bondad de las reacciones de desviación del complemento y de floculación, usadas para el diagnóstico de la sífilis.

La antigua reacción de Wassermann se considera como una reacción coloidal. Pese a ello, su contribución en el diagnóstico de la sífilis es de evidente valor, cuando quien la practica, une a su competencia de operador un recto criterio interpretativo. Jamás debe ser tomada como elemento único para el diagnóstico, porque la respuesta positiva no indica siempre avariosis y la negativa no niega en forma absoluta. Y así, es en efecto, aunque antes se la consideraba como prueba inequívoca de infección treponémica o como reacción de inmunidad. En realidad no traduce ninguna de las dos cosas, porque **Levaditti y Lepine** demostraron que podían hacer aparecer reacción de Wassermann positiva inoculando treponemas muertos.

En lo que respecta a las reacciones de floculación, mucho más sensibles, aparecen más precozmente, persisten más tiempo y son, también, menos específicas. Se producen por perturbaciones en los humores de naturaleza coloidal, sea por ruptura del equilibrio coloidal normal de la sangre o líquido céfalo-raquídeo o por generación de albúminas finas, poseedoras de propiedades especiales de aglutinación y no específicas de la sífilis.

Son numerosas las enfermedades que causan perturbaciones cualitativas de las albúminas del plasma sanguíneo y que pueden dar reacciones positivas en el suero de la sangre. Una de ellas es, por ejemplo, la linfogranulomatosis venérea, en la que aún no se ha aclarado su interpretación, pues como dice **May**, es posible que se trate de un fenómeno de sifilización frustrada, a bien de la existencia concomitante de una sífilis o simplemente de la liberación de heteroalbúminas por acción del virus linfotrofo o los corpúsculos de Villagava.

Estos hechos que se trata de aclarar con la reactivación, son tan ciertos, que el mismo **Khan**, autor del método de floculación más divulgado en el diagnóstico de la sífilis, ha descrito un nuevo test, el de "verificación", con el cual trata de llegar a determinar la inespecificidad de una reacción positiva, probando que la temperatura tiene influencia directa sobre las reacciones de floculación, es decir, que sueros diluídos hasta dar una reacción positiva débil a la temperatura ambiente, a 37° dan reacción positiva fuerte y a 1° C. escasa o nula, y en cambio las reacciones inespecíficas, son mucho más intensas a 1° y débiles o nulas a 37°.

Estos hechos los está comprobando en el paludismo el Sr. Carlos Luis Estrada, quien hace Tesis de bachiller en Medicina en el Laboratorio del Hospital "Dos de Mayo".

Es posible que la alergia intervenga en la producción de los

hechos enumerados. Según **Von Pirquet**, es el cambio de capacidad reaccional que sufre el organismo en contacto con productos bacterianos u otras sustancias extrañas, o simplemente por el padecimiento de una enfermedad. **Doerr y Bloch** consideran que lo esencial de las reacciones alérgicas, es la unión de una sustancia extraña (antígeno) con su correspondiente anticuerpo específico a nivel de una célula. El sustrato de los fenómenos alérgicos sería, pues, la capacidad de formar anticuerpos específicos celulares.

Los enfermos sífilíticos son particularmente refractarios a sufrir esta sensibilización local, porque según **Storn Van Leuwen**, carecen de amboceptor, que es indispensable para la unión del antígeno con el anticuerpo.

Cómo debe practicarse la reactivación? Este procedimiento se originó por la necesidad de aclarar el porqué de la existencia de casos clínicos, que careciendo de signos o síntomas evidentes de sífilis ofrecían reacciones positivas. Hay tres grupos de casos en los cuales la reactivación es imperativa:

1º—Cuando la sintomatología clínica es negativa para la sífilis, pero las reacciones serológicas son más o menos discretas.

2º—Cuando existiendo antecedentes luéticos personales o hereditarios, las reacciones son negativas; y

3º—Cuando pese a la ausencia de antecedentes patológicos y a la negatividad de las reacciones serológicas, los signos clínicos de avariosis son evidentes.

Las sustancias que se emplean con el fin de reactivar, son múltiples; cada cual tiene sus preferencias, mas pocos lo hacen recordando el porqué de su uso, que depende de su acción farmacodinámica.

Una gran mayoría juzga al mercurio como el fármaco ideal para obtener una respuesta serológica, desde que **Broufeuner y Noguchi** demostraron que posee una acción treponemicida aún a soluciones de 1/200,000 y que a mayores diluciones, sino conserva esa acción bacteriana, por lo menos tiene poder bacteriostático, es decir, que actúa como un antiséptico o desinfectante aún a dosis muy pequeñas.

No existe un producto medicamentoso antisifilítico específico; los conocidos no actúan electivamente sobre la sífilis, sino que con la misma eficacia lo hacen en otras enfermedades, y de todos ellos es el mercurio el que tiene más amplia utilización. Se le emplea para reactivar las seroreacciones sífilíticas negativas, por su acción efectiva y por imprimir a sus efectos carácter irreversible.

El bismuto, en cambio, es menos activo *in vitro*, de acción lenta, con tendencia acumulativa y efectos no inmediatos, por su elevado peso específico. Estas propiedades, le restan prioridad en la reactivación.

En el Congreso de Dermatología y Sifilografía de Strasburgo, realizado en julio de 1923, se recomendó en la lucha contra la sífilis el empleo del oro, zinc y yodo. El oro actuaría como estimulante del sistema retículo endotelial y por carecer de poder treponemícida, su empleo en la reactivación carece de valor. El zinc posee poder antiséptico y astringente, pero su empleo en la reactivación carece, también, de valor. El yodo ejerce papel de microbicida por acción indirecta, produciendo hiperlinfocitosis alrededor de las zonas amagadas; su empleo en la reactivación no se toma en cuenta. El arsénico según Lee, en diluciones de 1/130. no actúa *in vitro*, sobre el treponema. *In vivo* los fenómenos son diferentes; por su gran poder de difusión y por formar cuerpos tóxicos para el treponema, se le considera gran espiroquetícida. Por este poder se explica que produzca en el suero sanguíneo modificaciones químico-coloidales, que se traducen en las reacciones serológicas de la sífilis. La dosis recomendada es de 0.15 gr. de neosalvarsán a repetición, en número de 2 o 3, con intervalos de 1 o 2 días y esperando un plazo prudencial de 4 a 6, para la eliminación del Arsénico. Se aconseja que las reacciones se repitan después de 15, 25 y 40 días, cuando los resultados no concuerden con la apreciación clínica.

Este método es el que recomiendo después de amplia comprobación experimental. Así en un grupo de 45 casos que no guardaban armonía entre las reacciones serológicas y sus antecedentes, manifestaciones clínicas o historia sérica, se practicó la reactivación con 2 inyecciones de neosalvarsán de 0.15 grs. interdiarias, pasados 5 días las reacciones serológicas dieron los siguientes resultados:

- 5 Reacciones de W. n.—R. K. + + i R.M. + Sin antecedentes, se hicieron negativas.
- 4 " " W. n.—R. K. + + + i R.M. n. Con antecedentes palúdicos inmediatos, también se hicieron negativas.
- 26 " " W. n.—R. K. + + i R.M. + + Se hicieron francamente positivas en las tres reacciones. Todos tenían antecedentes sifilíticos.



| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| 8 | Reacciones de W.n.—R.K. ++ i R.M++— | Sin antecedentes clínicos personales, también se hicieron fuertemente positivas. |
| 2 | " " W + R.K. + + + i R.M + | Se hicieron negativas pero los pacientes estaban en cura de la cuarta enfermedad venérea. |

Como no siempre es posible aplicar As. para verificar la sífilis, pues, hay una infinidad de procesos morbosos que contraindican su administración, la experiencia del médico es la que solucionará el problema. En estos casos se emplea la autohemoterapia, que recomienda desde el año 1941 el Dr. Manuel J. Icaza y Dublan, oftalmólogo mejicano. Refirió su causal descubrimiento en la siguiente forma: "Veía a un enfermo que presentaba una afección macular que se agravaba, acentuando el proceso inflamatorio de la Uvea, el enturbamiento del humor vítreo y la consiguiente disminución de la visión; este cuadro me hizo pensar en la sífilis, pero todos los exámenes serológicos fueron negativos. Le prescribí una serie de inyecciones de autohemoterapia a dosis crecientes cada tres días; al final de ellas mis sospechas de lúes fueron robustecidas, por lo cual hice repetir el análisis de sangre, siendo en esta vez, fuertemente positivo. Demás está repetir que para concluir que la sangre del mismo paciente es un buen medio de reactivación, se han agotado todas las causas de error en técnica o factura de análisis".

Hemos tenido ocasión de comprobar estos resultados en un niño de siete años, con proceso hepato-renal y con francos estigmas de lúes congénita, y en el que numerosas reacciones por diversos Laboratorios fueron negativas. Después de 10 inyecciones de auto-hemoterapia de 1 cc. a 5cc. interdiarias, se obtuvo R. de Wassermann, Kahn y Massini fuertemente positivas.

Conclusiones

1.—La reactivación de las reacciones serológicas de la sífilis es una práctica que no debe tomarse con criterio simplista; todo lo contrario, debe merecer del médico la más grande atención, ya que en ella muchas veces va el porvenir de un enfermo.

2.—La reactivación debe hacerse con pequeña dosis de neosalvarsán, y a cortos intervalos.

3.—Debe hacerse sistemáticamente en todos los casos en que las reacciones no ofrezcan resultados inobjetables, y

4.—Los exámenes serológicos de control, deben ser por lo menos uno de desviación del complemento y dos de floculación y si es posible realizar el test de verificación de Kahn.



El proyecto oficial de Código Penal boliviano

Por el Dr. JULIO ALTMANN SMYTHE

Bolivia tuvo el privilegio de ser el primer país de Suramérica que contó con Código Penal. El 6 de noviembre de 1843, el Mariscal Don **Andrés de Santa Cruz** —entonces Presidente de la Nación— expidió para su patria un Código Penal, bastante adelantado para su época. Fué éste el Código que rigió en el Perú durante la Confederación Perú-Boliviana, esto es, de 1836 a 1838.

Este Código puso fin al caos que reinaba en el sistema penal boliviano, al igual que en los demás países hispano-americanos después de la emancipación. Sirvió, útilmente sus fines propios, sobre todo cuando en los países de América existía una enorme como grave confusión, debido a que la legislación penal, entonces vigente, se hallaba dispersa, sin que fuera capaz la jurisprudencia de los tribunales para sentar un criterio general.

El vigente Código Penal boliviano tiene una larga existencia. Ciento diez años no se suceden en balde y lo que fuera un adelantado cuerpo de leyes en 1834, hoy constituye una rémora, un peso muerto, para la nación boliviana. La doctrina que lo sustenta ha sido abandonada hace ya mucho tiempo y, lógicamente, se impone como impostergable necesidad su modificación sustancial.

En Bolivia ya se reconoce que no es aceptable que el país continúe por más tiempo adherido al vetusto Código Penal de Santa Cruz, cñiéndose este pensamiento al indiscutible anhelo que predomina en la nación hermana de renovarse y caminar apresuradamente el sendero que conduce al progreso y al mejoramiento integral.

Obra del estudioso, experimentado y capaz penalista **Manuel López-Rey Arrojo** circula, en bien editado volumen, el Proyecto Oficial de Código Penal boliviano. Este proyecto es novedoso en su técnica y señala muy especialmente, un nuevo y moderno criterio sobre la penalidad. Los arcaicos principios que orientan el Código de 1834 reciben en este proyecto cambios radicales, de tal suerte que si llega a convertirse en ley, Bolivia podrá contar orgullosa con un Código Penal de contenido moderno y elaborado con un sereno criterio científico, que puede convertirse en útil y buen modelo para otras naciones de América.

La eficaz labor cumplida por el doctor **Manuel López-Rey** indudablemente se ha complementado con la de los demás miembros de la Comisión Codificadora Nacional, cuyo resultado se palpa, con sincera satisfacción, en el Proyecto Oficial de Código Penal que brevemente comentamos. Su atenta lectura demuestra que se ha confeccionado para Bolivia un Proyecto de factura moderna, marcadamente flexible y avanzado, orientado por los principios de la Escuela Técnico-Jurídica.

Es necesario relieves, ante todo, un mérito poco común en códigos y proyectos hispano-americanos: se trata de un cuerpo de ley aplicable con justeza al país en donde ha de regir. El autor demuestra un acabado conocimiento del ambiente en el que será aplicado. El problema del indio, es enfocado con avanzado criterio, aunque sin llegar a pretender se realicen experimentos quizás un tanto peligrosos, especialmente teniendo en cuenta que se trata de dar un salto de más de ciento diez años. Se ha adaptado la doctrina penal universal al caso de Bolivia, lográndose proyectar un verdadero Código Penal boliviano.

Consta el Proyecto de tres Libros: 1º—Parte General. 2º—De los delitos en particular. y 3º—De las contravenciones.

Los principios básicos del Proyecto se hallan contenidos lógicamente en el Libro Primero. Su lectura produce sincero entusiasmo, especialmente porque se comprueba que la doctrina filosófico-jurídica que lo orienta se halla reflejada en su contenido.

Existe gran acierto en sus disposiciones relativas a la libertad condicional, responsabilidad civil, indemnizaciones legales, etc., etc. Se dá la importancia que merece a las medidas de seguridad, ya aplicables por razón del delito sin previo acto criminal, enfocado este capítulo con inteligencia excepcional. Aplauso merece el Art. 86 que con criterio moderno implanta el Servicio Social criminológico. En cuanto a la penalidad, el Proyecto tiende a individualizarla, huyendo del antiguo criterio de la pena tasada y dejando un amplio margen para que el Juez pueda moverse, entre los extremos que señala, con bastante libertad. Juzgamos un nuevo acierto introducir en Bolivia, en forma moderada, el arbitrio judicial, pues de esta manera se va a una mayor individualización de la pena.

La organización que da el Proyecto a la pena de multa obedece a un criterio de amplia justicia, considerando la situación económica del condenado. Además, establece la sustitución de la multa, en caso de insolvencia, por la prestación de trabajo, sin olvidar, al funcionar esta sustitución, las circunstancias personales del delincuente, sus obligaciones familiares y su buena conducta. Respecto al indio, la prestación de trabajo tendrá preferente aplicación a la multa, dada su manifiesta inferioridad económica,

Es de lamentar que no se halla desterrado de él la pena de muerte, la que tiende a desaparecer de todos los códigos penales modernos por inútil, peligrosa e inhumana.

El Proyecto introduce en su articulado las medidas de seguridad, con una neta tendencia moderna y en pos de resultados más satisfactorios que los que pueden resultar de la simple aplicación de las penas privativas de libertad. Sigue la misma tendencia del Proyecto argentino de **José Peco**, quien defiende la idea de que no deben separarse en códigos distintos las penas y las medidas de seguridad, prefiriendo diferenciar las varias formas de sanciones, como lo hace el Proyecto de **López-Rey**. Además el autor del Proyecto boliviano señala que "llevadas a una ley aparte, son más susceptibles de reformas que, generalmente, redundan en pérdida de garantías".

Doctrinariamente juzgamos que el sujeto criminal es de importancia superlativa al encararse ante un acto cometido por el hombre, acéptese o no el criterio de la peligrosidad. Por esto, la personalidad del delincuente debió merecer en el Proyecto, que comentamos brevemente, mayor relieve.

La responsabilidad penal de las personas jurídicas, así como de la llamada muchedumbre delincuente han merecido disposiciones que vienen a llenar un vacío notable. Responden a una necesidad actual, ajustándose a la evolución que experimenta la vida humana.

Como sustituto de las penas de prisión de corta duración y otras menores, introduce la suspensión de la pena, que puede traducirse en el perdón judicial o en la suspensión condicional de la ejecución de la pena. En sus disposiciones señala normas inteligentes para su correcta aplicación, entre las que figuran las relacionadas con la personalidad y antecedentes del delincuente.

La reincidencia, el hábito del delito y la profesionalidad los considera como causas suficientes para aplicar una pena más allá del límite máximo, hasta la mitad del número que representa dicho máximo establecido por la ley en el artículo correspondiente, presuponiéndose la peligrosidad del agente. La finalidad que guía a estas disposiciones responde al anhelo de anular la peligrosidad del delincuente.

Una preocupación del Proyecto es la de que la indemnización legal sea cumplida, dictando pautas que poseen inteligentes medidas de previsión y creando la Caja Judicial de Indemnizaciones legales.

La prescripción penal la trata con el criterio tradicional. Personalmente soy enemigo de la forma matemática que ésta adopta, esto es, transcurrido determinado número de años, prescribe la acción penal. Juzgo que el simple transcurso del tiempo nada indica, toda vez que los actos delictivos pueden cometerse durante estos años sin que exista acción judicial por desconocerse el agente criminoso, pasando inadvertidos. Habría necesidad de com-

plementarla con una investigación de los hábitos de vida del delincuente, de sus características psíquicas, etc.

Muy acertado está el Proyecto al preceptuar que habrá un Juez de Vigilancia, encargado del cumplimiento y ejecución de las sanciones.

Las penas privativas de libertad son contraproducentes cuando se las aplica en lugares inaparentes y en condiciones inadecuadas. La ociosidad obligada de los reclusos los lleva a las peores prácticas y no permite su futura readaptación social. Por eso es de aplaudir lo preceptuado en su artículo 84, sobre trabajo penitenciario. Pero conceptuamos que no bastan las disposiciones generales, sí, en la realidad, se carece de los medios y del personal técnico imprescindible para alcanzar el fin ansiado.

De conformidad con la actual tendencia de huir de las definiciones, las que sólo vienen a oscurecer lo que se pretende aclarar, el Proyecto las emplea con la debida parsimonia y les otorga la flexibilidad necesaria a fin de no constreñir el pensamiento de los encargados de aplicar y estudiar su íntimo contenido.

A diferencia del plan que sigue el Código Penal peruano vigente, la Parte General del Proyecto sigue uno lógico y natural, ocupándose primero del delito y legislando después sobre las penas.

La Parte Especial del Proyecto del doctor **López-Rey** sigue la sistemática antigua. Se ocupa primero de los delitos contra el Estado y la sociedad y finalmente de aquéllos que atentan contra las personas y el patrimonio de éstas. Es posible que haya recibido la influencia del actual Código Penal italiano.

Mantiene la clasificación bipartita de las infracciones penales, apartándose, así, de la franco-alemana, que las divide en crímenes, delitos y faltas o contravenciones. El Proyecto, por tanto, se ocupa de los delitos en su Libro Segundo y de las contravenciones, en su Libro Tercero.

Su atenta lectura permite encontrar incluídas en su texto todas o casi todas las figuras antijurídicas que se hallan dispersas en distintas leyes o que, todavía, muchas legislaciones penales no conocen. Innovaciones bastante interesantes son dables de encontrar en su articulado. Así se encuentran los delitos de usura, contra el Trabajo, de incesto, de contagio venéreo, de abandono de tratamiento venéreo, de abuso alcohólico, de racismo, etc., etc.

Digno de mención es el capítulo destinado a los delitos contra el Trabajo, que estimamos bien redactado y meditado. Pero es de temer que puedan ser torcidas sus disposiciones de su verdadero sentido y se esgriman para castrar derechos de los trabajadores manuales de Bolivia. Felizmente, se considera el derecho a la huelga como intangible,

El proyecto tutela la familia en forma amplia —en su formación, en su pureza, en su descendencia y en sus necesidades materiales— seguramente partiendo de que la célula familiar es lo fundamental en toda Sociedad. De ahí que introduzca varias figuras antijurídicas nuevas, como la de abandono de familia, contemplando el incumplimiento de los obligados de los deberes de asistencia familiar. Hay que convenir que no basta la acción civil en tales casos, pues casi siempre es lenta y hasta ineficaz. Hay que adoptar, por tal motivo, un procedimiento enérgico, expeditivo y rápido, cual es el penal.

También, con amplio criterio, contempla el delito de abandono de toda mujer embarazada, siempre que se halle en crítica situación económica, con vista, especialmente, al futuro vástago.

El delito de aborto es tratado por el Proyecto con avanzado criterio, aunque sin contemplar el aborto motivado por causales económicas, seguramente teniendo en consideración las peculiaridades del país en donde se aplicarán sus disposiciones. Pero contempla no sólo el aborto exigido por peligrar la vida de la madre, sino también aquél nacido porque la madre ha sido víctima de violación o incesto. Asimismo, se ocupa del aborto eugénico, aunque con criterio circunscrito.

En un breve comentario como el presente no es aceptable entrar en mayores consideraciones, aunque el Proyecto merece ser estudiado y meditado por cuanto significa un espléndido aporte a la legislación americana. El doctor **Manuel López-Rey**, con gran acierto, procura y logra en su Proyecto una perfecta correlación entre la Parte General y la Especial: su línea doctrinaria es uniforme en todo su contenido, salvo casos especiales, imposibles de salvar. Alcanzar este objetivo es cumplir con un cometido exitosamente.

Aunque doctrinariamente no comulguemos íntegramente con el contenido del Proyecto **López-Rey**, hay que dejar plenamente señalado que su autor da vida a una espléndida obra jurídica, la que, siguiendo un plan lógico y armónico, constituye un esfuerzo respetable, completo y plausible. Bolivia ha de sentirse orgullosa cuando este Proyecto se convierta en ley y agradecerá a **Manuel López-Rey** su empeño, su constancia, su experiencia y, sobre todo, su amor a su segunda patria, para la cual elaboró una ley tan notable, asimilando todas las características del pueblo para el cual ha forjado un nuevo Código Penal, que ojalá reemplace al vetusto de 1834.

Necesidad del enriquecimiento vitamínico del pan

Por el Dr. BOLIVAR PATIÑO ARCA

Trabajo presentado a la Segunda Jornada peruana de Bromatología.

El pueblo peruano puede considerarse, categóricamente, como **subnutrido**. Varios factores intervienen conjuntamente para llegar a esta conclusión poco alentadora.

Primero.— Su reducido nivel de vida, motivado por un salario ínfimo que no compensa las necesidades materiales del hogar.

Segundo.— El escaso valor nutritivo de la alimentación diaria, que no está concebida técnicamente, según postulados elementales del requerimiento necesario de sus diversos integrantes: hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales y vitaminas.

Tercero.— La pobreza en valor energético y vitamínico, de los alimentos vegetales, animales y minerales que ingiere, por defectos técnicos de elaboración, primitivismo y desconocimiento de los procedimientos elementales de cultivo, que hacen perder a los alimentos porcentajes elevados de su potencia nutritiva.

Cuarto.— La falta de educación y orientación en lo que se entiende por una alimentación balanceada.

Quinto.— El elevado costo que representaría la misma, aún considerando aquella que podría calificarse como medida, pero completa.

Sexto.— El escaso volumen y la discontinuidad que hasta el presente han tenido las campañas de divulgación y lo reducido de las que en lenguaje sencillo, claro y preciso han tratado de llegar a la conciencia del pueblo y aún de la clase media, poco enteradas de los problemas de alimentación y salud.

Esta Jornada, debe pronunciarse resueltamente sobre los diversos problemas enunciados, que se consideran fundamentales. En el presente trabajo se trata específicamente de aportar una de las soluciones inmediatas, que evitará que se siga agravando la situación actual de la desnutrición popular, mientras se enfocan y resuelven los otros problemas fundamentales.

En un interesante trabajo realizado por el Dr. Jorge de Romaña, Director de Educación Física e Higiene Escolar, se demostró que un considerable porcentaje de hogares, que mandan a sus hijos a los colegios de instrucción primaria, no les proporcionan desayuno o disponían de pan como único desayuno.

El pan, principalmente en Lima, que se elabora a partir del grano de trigo y que al pasar al estado de harina, pierde un contenido apreciable de vitaminas, no representa alimento integral. Este alimento de todos, puede representar la piedra básica, para elevar el índice nutritivo desde el niño hasta el anciano.

Chile, que confronta desde hace algunos años problema similar, ya ha dado la voz de alerta. El senador y hombre de ciencia Dr. Eduardo Cruz Coke, señaló este hecho ante el Senado chileno, que decidió enviar a los EE. UU. una comisión de panaderos, que estudiara los procedimientos que se siguen en ese país, para enriquecer el pan. Sus declaraciones en la reciente visita que nos hizo, fueron comentadas en el diario "Universal" de Lima, con bastante conocimiento de su profundo sentido social.

En los EE. UU. se ha dado gran importancia al problema, llegándose a legislar sobre lo que se considera "pan enriquecido". Se determina como tal a aquel que contenga por libra los siguientes valores vitamínicos y minerales:

| | Mínimo | Máximo |
|-----------------------|-------------|--------------|
| Vitamina B1 (Tiamina) | 1 miligramo | 2 miligramos |
| Niacina | 4 " | 16 " |
| Fierro | 4 " | 16 " |

En la actualidad varios Estados, incluyendo Luisiana, Alabama y Carolina del Norte, han legislado de acuerdo a dichas conclusiones y otros Estados, consideran actualmente una legislación similar. Como dato interesante, consignamos que todo el pan que se vende para el consumo de las fuerzas armadas de los EE. UU., está enriquecido de acuerdo con ese criterio.

Estas substancias nutritivas pueden incorporarse al pan en numerosas y diferentes maneras. Pueden prepararse dentro de una mezcla seca y agregarse a la harina que se ha de usar en el pan; pueden incorporarse con la levadura que se emplea para fermentar la masa. Existe en los Estados Unidos, un preparado comercial llamado **Bets**, que consta de tabletas, las que se disuelven en agua y se agregan ya sea al fermento que se prepara con la levadura o a la masa de la harina que se está batiendo. Se emplea una tableta por cada cincuenta kilos de harina y los panaderos pueden emplear la harina a la cual se haya mezclado esta substancia nutritiva, en el molino.

En la actualidad el método más ampliamente aceptado en los

Estados Unidos es el de emplear la levadura enriquecida con **Bets**. La agregación del producto vitamínico a la mezcla seca de la harina se ha descartado en la mayoría de los casos debido al hecho de que los ingredientes son costosos. Los panaderos no acostumbrados a pesar en gramos y miligramos pueden perder y malgastar el producto. Además, es necesario que se mezclen minuciosamente con la masa para que haya uniformidad en la repartición de la sustancia nutritiva en cada molde de pan.

Cuando se emplea la levadura enriquecida, los panaderos en los Estados Unidos deben usar la cantidad de levadura necesaria para que los moldes de pan contengan la cantidad de vitamina B1, hierro y Niacina que marcan los "standards". En muchos casos esto significa más levadura de la que han estado acostumbrados a emplear antes de su programa de enriquecimiento vitamínico del pan y ello quiere decir, naturalmente, que debe agregar un pequeño gasto compensado por la mejor calidad de su producto.

Gracias al uso de las tabletas **Bets** dentro de la levadura los panaderos en los Estados Unidos han resuelto muchos de sus problemas, pues han conseguido un producto que les permite usar toda la cantidad de fermento que deseen para producir el tipo de pan preferido por sus clientes. Manteniendo siempre la misma proporción de una tableta para cada 50 kilos de harina, consiguen la cantidad exacta de elementos nutritivos requerida por los reglamentos dictados al respecto. Además, los productores de las mencionadas tabletas han estudiado la posibilidad de que los panaderos empleasen diferentes tipos de harinas y, para ello han preparado tres clases de tabletas, que se usan de acuerdo con el grado de pobreza en vitamina B1 que puedan tener las harinas.

En los últimos tres años, el programa de enriquecer el pan, ha sido regulado e impulsado con gran interés por el **Food and Nutrition Board of the National Research Council**, estimándose en la actualidad que 7 de los 11 billones de libras de pan blanco elaborado cada año en los EE. UU., están enriquecidos. Y en la actualidad, la harina que se expende para diversos usos domésticos, se enriquece, igualmente, por el procedimiento que se usa para el pan.

Estudiando comercialmente, por los procesos en cuestión, se ha llegado a determinar el costo exacto de lo que vale enriquecer el pan, llegando a la conclusión que es mínimo. Esto es importante, pues nada solucionaría el enriquecer dicho alimento primordial, si deja de estar al alcance de todos.

Entre los procedimientos más en boga en los EE. UU., figura el enriquecimiento de la harina para elaboración del pan, mediante tabletas de vitaminas y minerales, exactamente dosificadas. La Casa **Winthrop** suministra el producto patentado **B.E. T.S.** —que en el Perú se llamará **T.E.P.** (tabletas para el enriquecimiento del pan)— en dos formas. Cada tableta sirve pa-

ra enriquecer en valores necesarios para la dieta diaria de vitaminas B1 tiamina, B2 o riboflavina, niacina y fierro, 100 libras de harina de pan blanco.

Como es sabido el requerimiento diario de un adulto, considera los valores siguientes para estos elementos:

| | | |
|-------------------------------------|----|-----|
| Vitamina B1-(Tiamina) | 1 | mg. |
| Vitamina B2-(Riboflavina) | 2 | „ |
| Niacina | 10 | „ |
| Fierro | 10 | „ |

El doctor **Romaña** está realizando un estudio muy sugestivo sobre el particular. Ha tomado un grupo de 500 escolares de diversas edades, convenientemente clasificados, que se alimentan diariamente con pan enriquecido y otro grupo control de 500, de análogas condiciones de vida y alimentación, que reciben pan corriente. Las conclusiones las veremos en breve plazo, sabiendo de antemano, que las observaciones seriadas que se están realizando, en lo referente a peso, talla, índices de robusticidad y rendimiento escolar, son favorables al grupo alimentado con pan enriquecido.

Conclusiones

Por las apreciaciones expuestas presento las siguientes conclusiones:

1º—Siendo el pan alimento básico del pueblo, es necesario elevar su contenido en vitaminas y minerales.

2º—Es indispensable que el Estado legisle sobre lo que debe considerarse como “pan enriquecido”, para garantizar la finalidad propuesta y beneficiar positivamente al consumidor, con un alimento altamente nutritivo.

3º—El Estado debe propender al conocimiento de los métodos de enriquecimiento vitamínico del pan, según los sistemas más adaptables en nuestro medio, preparando técnicos en centros especializados.

4º—El Estado debe iniciar a la brevedad el enriquecimiento vitamínico del pan que se elabora y proporciona a las instituciones que de él dependen directamente: Colegios, Hospitales, Institutos Armados, etc.; y, donde no puede establecerlo, propiciar la generalización del sistema, para beneficio del pueblo, mediante la divulgación de las ventajas que se reconocen al pan enriquecido.

Reacciones de comprobación en el diagnóstico de la sífilis

Por el Dr. ALBERTO GUZMAN BARRON

En la lucha antivenérea, el serodiagnóstico de la sífilis representa arma poderosa, pero no segura, ya que no es específica y sus resultados no son concluyentes en 100% de casos. En efecto, ninguna de las reacciones que hasta hoy se han propuesto satisfacen, aún cuando se practiquen con la más rigurosa técnica. Los esfuerzos encaminados a normalizar y mejorar métodos, del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, del Servicio de Sanidad Norteamericano, de la Oficina Sanitaria Panamericana, etc. han contribuido en forma plausible a aumentar el porcentaje de resultados correctos, pero una reacción de **Wassermann, Kahn, Kline o Mazzini** positiva no indica necesariamente sífilis. La interpretación de los resultados siempre estará en manos del clínico, que muchas veces no encontrará en el paciente signos capaces de confirmar o negar dicho resultado.

En este trabajo doy a conocer las observaciones recogidas sobre las causas más frecuentes que falsean las reacciones y el nuevo método propuesto por **Kahn** para identificar los resultados positivos debidos a la sífilis.

Las reacciones positivas falsas.— Con todas las técnicas conocidas, unas más que otras, se pueden obtener resultados positivos o dudosos en ausencia de sífilis. Es lógico que se deben descartar los errores debidos a falta de entrenamiento personal o malos antígenos, debiendo tenerse presente que las siguientes enfermedades, en un regular porcentaje; dan resultados positivos falsos; pian, pinta o caráte, lepra, paludismo, mononucleosis infecciosa, infecciones agudas y aún ciertos sujetos aparentemente normales poseen ese modo familiar de reaccionar.

En otra ocasión estudié comparativamente las reacciones de precipitación de Sachs Georgy y de desviación del complemento de Wassermann, señalando la aparición de falsos resultados. Posteriormente en trabajo inédito he estudiado con el Dr. **Manuel Chueca** la especificidad de la reacción de Kahn en varios miles de casos. En el siguiente cuadro, que es parte de dichos estudios, se anotan las causas más frecuentes de reacciones falsas, con las técnicas empleadas para el diagnóstico de la sífilis:

| Diagnóstico | Nº de casos | Positivos | Dudosos | Negativos |
|---|-------------|-----------|---------|-----------|
| Paludismo | 33 | 18% | 3% | 79% |
| Neumonía | 28 | 29% | 21% | 50% |
| Bronconeumonía | 24 | 8% | 21% | 71% |
| Bronquitis sangrante | 13 | 53% | 8% | 39% |
| Enfermedad de Carrion: eruptiva | 11 | 0% | 45% | 55% |
| Id: Anemia grave | 20 | 5% | 30% | 65% |
| Tuberculosis | 38 | 0% | 2% | 98% |

En el Paludismo la totalidad de los positivos correspondían a formas crónicas de larga duración, que justamente son los más factibles de ocasionar en nuestro medio causas de error. Se han señalado infecciones agudas, tales como la Neumonía y la Bronconeumonía, capaces de producir reacciones positivas, por eso el clínico debe tener presente este hecho, para no proceder a tratamiento antisifilítico sin razón alguna. En la enfermedad de Carrion, sobre todo en la forma crónica eruptiva, es interesante recordar que aparecen reacciones serológicas positivas. En la bronquitis sangrante producida por la asociación fusoespirilar he señalado el alto porcentaje de resultados positivos falsos. En varios casos de pinta o carate he observado igual resultado.

Cuando las respuestas son dudosas es frecuente emplear lo que se llama la **reactivación** con arsenicales o mercuriales, pero como dice el profesor Eagle, una de las más altas autoridades en serología, esta reacción provocada es un mito, ya que un suero por sí sólo puede sufrir variaciones de dudoso a débil y aún a negativo, que desaparecen al congelarse la muestra luego de extraída. Estos cambios se deben a variaciones en la sensibilidad de las técnicas, antes que a la presencia en el suero de anticuerpos sífilíticos. Como en la sífilis tardía el contenido de reaginas no aumenta en respuesta al tratamiento, concluye que las reactivaciones no llenan su papel.

El nuevo método de comprobación de Kahn.

En algunas oportunidades se presentó el siguiente problema: el laboratorio envía un resultado positivo con algunos de los métodos serológicos, pero el clínico no encuentra en el enfermo ningún signo que justifique tal respuesta y en resumen es él quien decide lo que hay que hacer y por lo corriente, ante la duda, procede al tratamiento. En los casos de reacciones serológicas prematrimoniales, que ahora se practican obligatoriamente en el curso del examen médico prenupcial, ante un resultado positivo puede impedirse el enlace y ocasionarse situaciones desesperadas para los futuros cónyuges. Si hasta ahora el laboratorio ha estado impotente para identificar las reacciones falsas, gracias al pro-

fesor **Kahn**, se cuenta con una serie de procedimientos que aclaran esta duda.

Métodos.— La observación realizada por **Kahn** y sus colaboradores de que los sueros de sífilíticos se comportan de modo diferente que los sueros que dan resultados positivos falsos, así como los de los animales (caballo, vaca, cerdo, conejo, etc.) cuando se colocan a 37° y a 1° C. es lo que ha servido de base para la elaboración de su técnica de temperatura diferencial. El suero de un enfermo sífilítico dá resultados positivos a 37° y no a 1°. En cambio, el suero de sujetos no sífilíticos presenta caracteres inversos, es decir, que a 37° es negativo y a 1° positivo. Como los sueros sanguíneos de varios animales normales, ofrecen este carácter, se designa a este resultado como reacción de tipo biológico. El estudio de este método diferencial lo realiza en la actualidad el Sr. **Ruiz** y con los resultados que obtenga presentará su tesis de bachiller.

Recientemente **Kahn** ha propuesto otros métodos más simples y posibles de aplicación en cualquier lugar. En el Laboratorio Central del Hospital Militar estudio estas técnicas y de los resultados obtenidos doy este informe preliminar.

La reacción triple cuantitativa.— Esta se aplica a los sueros que dan resultados fuertemente positivos y existe la sospecha de que sean falsos. Consiste en practicar una reacción cuantitativa diluyendo el suero sospechoso hasta 1 x 60 en tres series; la primera se diluye con agua destilada, la segunda con solución al 0.9% de cloruro de sodio y la tercera con solución de cloruro de sodio a 2.5%. Se practica la reacción utilizando para cada dilución 0.025 cc. de antígeno; después de sacudir por tres minutos se agrega a cada serie 0.5 cc. del líquido que sirvió para diluir.

Resultados.— Si con la solución de cloruro de sodio al 2.5% se presenta resultado positivo más marcado a más altas diluciones, que son la concentración salina de 0.9% y con agua destilada, la reacción es de tipo luético, es decir, que corresponde a enfermo con sífilis. Si el resultado es positivo en las diluciones con agua destilada y negativo con la de cloruro de sodio al 2.5%, corresponderá al tipo biológico o sea que es una reacción positiva falsa. Puede haber combinación de ambas.

La reacción de la dispersión salina.— Se aplica a los sueros que con los métodos usuales dan resultado positivo débil o dudoso y que se sospecha sea falso. Para efectuarla se agrega a la reacción practicada con el método tipo de Kahn, solución de cloruro de sodio al 30%, en la proporción de 0.15 cc. al primer tubo; 0.1 al segundo y 0.1 al tercero. Se colocan los tubos en el Baño de María por 5 minutos y se aprecian los resultados. Si el precipitado persiste o se hace más marcado, el resultado es de tipo luético; si desaparece, corresponde al tipo biológico, es decir, reacción falsa.

En 36 casos de sífilis comprobada, la reacción se ha manifestado de tipo luético, confirmando la bondad de la técnica, muy particularmente en los casos en plena evolución. En cambio, en 6 casos de lesión primaria con *Treponema* positivo, sólo en 4 la reacción se manifestó de tipo luético; en los 2 restantes la reacción fué de tipo biológico. En la práctica, en los casos de lesión primaria y sin *Treponema*, conviene repetir los exámenes serológicos una semana después.

Cuando se presentan reacciones de tipo luético y biológico a la vez, es seguro que existe alguna causa para originar la segunda.

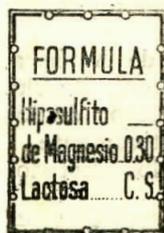
En 18 casos de reacciones sospechosas de ser falsas, en su mayoría en enfermos con paludismo crónico, intoxicaciones, etc., se observó que con el método tipo, las reacciones eran positivas débiles o dudosas; con la reacción de comprobación se llegó a descartar la sífilis, puesto que dieron reacciones de tipo biológico general.

Existiendo en el Perú en forma endémica, el Paludismo y otras enfermedades tropicales capaces de falsear los resultados de las seroreacciones sifilíticas, es imperativo acudir a estos nuevos procedimientos para aclarar dudas en el diagnóstico de la avariosis. Pero no creo que los laboratoristas las practiquen sistemáticamente, porque podrán entonces presentarse discrepancias en los resultados obtenidos, cuando no se verifica esta nueva prueba. En el examen médico pre-matrimonial, ante una seroreacción positiva, hay que practicar inmediatamente una de las reacciones de comprobación que ha descrito Kahn.

Conclusión

1º—Corresponde al Estado controlar la práctica de las seroreacciones para el diagnóstico de la sífilis en los laboratorios oficiales y proveer a los de los hospitales de antígeno apropiado.

2º—Dado el crecido porcentaje de resultados positivos falsos, es necesario en los casos de duda practicar las reacciones de comprobación, muy especialmente en los exámenes pre-nupciales.



Segundo Instituto regional de administración y organización de hospitales

LIMA, 3 á 16 DE DICIEMBRE DE 1944

Cumpliendo acuerdo adoptado en la primera reunión que se efectuó en la ciudad de México, se ha realizado en Lima la "Segunda institución regional de administración y organización de hospitales", que tiene por objeto, contribuir a que los médicos que dirigen nosocomios posean conocimientos en la materia.

Es un decidido empeño por tecnificar el gobierno de los hospitales, que si antes estuvieron a cargo de personal religioso o laico carente de preparación, hoy por lo general en manos de médicos no especializados en la materia, siguen una marcha que no guarda relación con la importancia que se asigna a la salud. Por esta razón la "Asociación interamericana de hospitales" bajo los auspicios de la "Oficina Sanitaria Pan-americana" y con la cooperación de muchas instituciones locales e internacionales, organiza estas reuniones de gran trascendencia y de incalculables resultados para el presente y futuro de la asistencia del enfermo pobre.

Actuó con celo e inteligencia encomiables el Dr. **Guillermo Almenara**, que ejerce el cargo de vicepresidente de la "Asociación interamericana de hospitales" y fué el Director del Instituto de administración y organización de hospitales.

Se inscribieron más de 200 alumnos y concurrió una copiosa delegación de médicos americanos, interesados, directa e indirectamente, en el funcionamiento de los hospitales. Además de las lecciones teóricas hubo conferencias de mesa redonda, visitas, lecciones prácticas y una exposición objetiva sobre planeamiento y construcciones hospitalarias. Las organizaciones estadounidenses que se hicieron representar, fueron las siguientes:

Asociación de Hospitales de los Estados Unidos de América, por su presidente Dr. Donald G. Smelzer, y Dr. Robin C. Buerki. Decano de la Escuela Graduada de Medicina y Director de los Hospitales de la Universidad de Pensylvania, respectivamente.

Colegio de Administradores de Hospitales de los Estados Unidos, por su presidente, Dr. Claude Munger;

Colegio de Cirujanos de los Estados Unidos de Norte América, por su Director Asociado, Dr. Malcolm T. Mac Eachern;

Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, por el Senior Surgeon, Dr. Vane M. Hoge;

Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, por el General George G. Dunham;

Oficina del Niño del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, por la Dra. Marion Crane;

Oficina del Presupuesto de los Estados Unidos, por el señor Fred A. MacNamara;

Marina de los Estados Unidos, por el Contralmirante Dallas G. Sutton.

Asociación de Hospitales Católicos de los Estados Unidos, por el Reverendísimo Monseñor Karl J. Alter, Presidente de la Junta Directiva; por Monseñor Maurice F. Griffin, Vice-Presidente de la Asociación y por el Revdo. Padre John Bingham, Director de Sanidad de la Asociación por la Arquidiócesis de Nueva York.

PROGRAMA

Lunes, Diciembre 4 de 1944

Mañana

9.00 a. m.

Sesión inaugural, Presidida por el Sr. Presidente de la República Dr. Manuel Prado.

Discurso del Dr. Constantino J. Carvallo, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social; Presidente del Comité Ejecutivo del Instituto, Lima.

Bienvenida de la Asociación Interamericana de Hospitales por el Dr. Gustavo Baz, Presidente de la Asociación Interamericana de Hospitales, Secretario de Salubridad y Asistencia de México.

Breves palabras.— Excmo. Sr. John Campbell White, Embajador Extraordinario y Plenipotenciario de los Estados de América.— Dr. Hugh S. Cumming, Presidente Honorario de la Asociación Interamericana de Hospitales; Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C.— Dr. Guillermo Almenara, F. A. C. H. A., Primer Vicepresidente de la Asociación Interamericana de Hospitales, Director del Instituto.

Instrucciones a los matriculados.— Sr. Félix Lamela, F. A. C. H. A., Director Ejecutivo de la Asociación Interamericana de Hospitales; Consultor de Hospitales de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C.

10.00 - 10.40 a. m.

La Historia de los Hospitales.— Right Reverend Monsignor Maurice F. Griffin, F. A. C. H. A., Vicepresidente, Catholic Hospital Association of the United States and Canada, Cleveland, Ohio.

10.40 - 11.20 a.m.

La Estadística Nacional en la Salubridad Pública.— Dr. Alberto Arca Parró, Director Nacional de Estadística, Lima.

11.20 - 12.00 m.

Métodos Mecánicos para la elaboración de la Estadística.— Sr. Carlos A. Vidal, Gerente, International Business Machines Corporation, Lima.

12.00 - 12.30 p.m.

Plan Nacional de Hospitales en México.— Dr. Gustavo Baz, Presidente de la Asociación Interamericana de Hospitales; Secretario de Salubridad y Asistencia de México.

Tarde

2.00 - 3.00 p.m.

Estudios, Planeamiento y Construcción de Hospitales.— Dr. Vane M. Hoge, Chief, Hospital Facilities Section, U. S. Public Health Service, Washington, D. C.

3.00 - 3.45 p.m.

Trabajo desarrollado por el Departamento de Estudios en el Programa de Construcción de Hospitales de México.— Dr. Norberto Treviño, Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Interamericana de Hospitales; Jefe del Departamento de Estudios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México.

3.45 - 4.30 p.m.

Arquitectura de los Hospitales en México.— Arq. José Villagrán García, Supervisor de Proyectos y Construcción de Hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México.

4.30 - 5.15 p.m.

El Plan de Hospitales de la Caja Nacional de Seguro Social.— Ing. Enrique Rivero Tremouille, Jefe del Departamento de Arquitectura de Hospitales, Caja Nacional de Seguro Social, Lima.

Noche

9.00 p.m.

Banquete - Hotel Bolívar.— En honor a los asistentes del exterior.

Martes, Diciembre 5 de 1944

Mañana

9.00 - 9.40 a.m.

El Hospital en un Programa Comunal de Salud.— His Excellency, The Most Reverend Karl J. Alter, Chairman, Administrative Board, Catholic Hospital Association of United States and Canada; Episcopal Chairman of the Committee for Social Action of the National Catholic Welfare Conference, Washington, D. C.; Bishop of Toledo, Ohio.

Desarrollo del Planeamiento del Hospital Moderno.— Dr. Claude W. Munger, F. A. C. H. A., President, American College of Hospital Administrators; Director of St. Luke's Hospital, New York City.

10.00 - 11.30 a.m.

Organización General y Administración del Hospital Moderno.— Mr. James A. Hamilton, F. A. C. H. A., Segundo Vicepresidente de la Asociación Interamericana de Hospitales; Professor of Hospital Administration of Yale University, New Haven, Connecticut.

11.30 - 12.30 p.m.

Organización y Administración del Hospital Obrero de Lima.— Dr. Guillermo Almenara, F. A. C. H. A., Primer Vicepresidente de la Asociación Interamericana de Hospitales; Director del Instituto, Lima.

12.30 - 1.00 p.m.

Giras de Estudios en Administración de Hospitales.— Sr. Manuel F. Zárate, Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Interamericana de Hospitales; Superintendente del Hospital Santo Tomás de Panamá.

Tarde

2.30 - 4.30 p.m.

Visitas y Demostraciones en el Hospital Obrero de Lima.— Coordinador: Dr. Guillermo Almenara.

Noche

8.00 - 10.00 p.m.

Conferencia de mesa redonda.

Miércoles, Diciembre 6 de 1944

Mañana

9.00 - 9.45 a.m.

Administración de Hospitales Navales.— Dr. Dallas G. Sutton, Rear Admiral (MC) U. S. Navy, Bureau of Medicine and Surgery, Washington, D. C.

9.45 - 10.30 a.m.

Organización de la Asistencia Hospitalaria Chilena.— Dr. Ignacio González Ginouves, Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Interamericana de Hospitales; Director General de Beneficencia y Asistencia Social de Santiago, Chile.

10.30 - 11.15 a.m.

Bases económicas de la asistencia hospitalaria.— Sr. Félix Lamela.

11.15 - 12.00 m

Sistema de Contabilidad del Hospital Obrero.— Sr. Francisco García M., Jefe del Departamento de Contabilidad del Hospital obrero, Lima.

12.00 - 12.30 p.m.

Estadística de Hospitales.— Dr. Alberto Arca Parró.

Tarde

2.30 - 4.30 p.m.

Visita al Hospital Arzobispo Loayza; Instituto de Biología Andina; Escuela Nacional de Enfermeras.

Noche

6.00 p.m.

Recepción del Presidente de la Asociación Interamericana de Hospitales - Salón América - Hotel Bolívar.

Jueves, Diciembre 7 de 1944

Mañana

9.00 - 10.00 a.m.

Organización del Cuerpo Médico - Sus Reglamentos.— Dr. Robin C. Buerki, F. A. C. H. A., Dean of the Graduate School of

Medicine and Director of Hospitals, University of Pennsylvania, Philadelphia.

10.00 - 10.40 a.m.

Organización del Cuerpo Médico del Hospital del Niño de México.— Dr. Federico Gómez, Secretario de la Asociación Interamericana de Hospitales; Director del Hospital del Niño, México, D. F.

10.40 - 11.40 a.m.

Organización del Departamento de Cirugía - Esterilización Central y Anestesia.— Dr. Malcolm T. MacEachern, Lima.

11.40 - 12.10 p.m.

El Cirujano y el Hospital.— Dr. Francisco Graña, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Lima.

12.10 - 12.45 p.m.

Organización del Servicio Ortopédico.— Dr. Julio Faldini, Médico Jefe del Servicio de Ortopedia, Hospital Obrero, Lima.

Tarde

2.30 - 4.30 p.m.

Visita y Demostraciones en el Instituto Nacional de Radioterapia.

Noche

8.00 - 10.00 p.m.

Conferencia de mesa redonda.



Viernes, Diciembre 8 de 1944

Mañana

9.00 - 9.50 a.m.

El Hospital de Clínicas.— Dr. Malcolm T. MacEachern.

9.50 - 10.50 a.m.

El Hospital como Centro de Enseñanza Profesional.— Dr. Robin C. Buerki, F. A. C. H. A., Dean of the Graduate School of Medicine and Director of Hospitals, University of Pennsylvania, Philadelphia,

10.50 - 11.30 a.m.

Los Hospitales en la Enseñanza de la Medicina.— Dr. Carlos Monge, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Tarde

2.00 - 2.45 p.m.

Finanzas de un Plan de Hospitales - I. Presupuesto.— Mr. Fred A. McNamara, Chief, Hospital Section, U. S. Bureau of the Budgt, Washington, D. C.

2.45 - 3.45 p.m.

La Evolución Histórica del Hospital en el Perú.— Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, Director Honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana; Profesor de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas, Lima.

3.45 - 4.30 p.m.

Finanzas de un Plan de Hospitales - II. Contabilidad.— Mr. Fred. A. McNamara, Chief, Hospital Section, U. S. Bureau of the Budget, Washington, D. C.

Noche

8.00 - 10.00 p.m.

Conferencia de mesa redonda.

Sábado, Diciembre 9 de 1944

Mañana

9.00 - 10.00 a.m.

Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.— Dr. Claude W. Munger, F. A. C. H. A., President, American College of Hospital Administrators; Director of St. Luke's Hospital, New York City.

10.00 - 10.30 a.m.

Los Laboratorios Clínicos del Hospital.— Dr. Jorge Avendaño, Jefe del Departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Obrero, Lima.

10.30 - 11.00 a.m

Organización de los Departamentos de Fisioterapia y Rayos X del Hospital Obrero.— Dr. Oscar Soto, Jefe del Departamento de Rayos X del Hospital Obrero, Lima,

11.00 - 12.00 m.

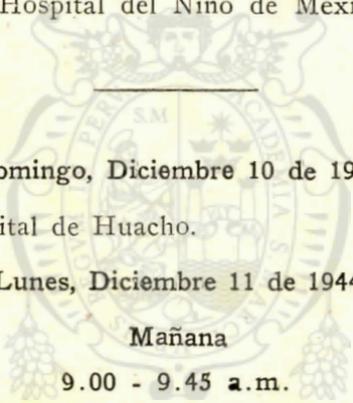
Organización del Departamento de Consulta Externa.— Doctor Donald C. Smelzer, F. A. C. H. A., President, American Hospital Association; Director of Germantown Hospital, Philadelphia, Pa.

12.00 - 12.30 p.m.

La Farmacia del Hospital.— Sr. Abel Toledo Ocampo, Farmacéutico del Departamento de Farmacia del Hospital Obrero, Lima.

12.30 - 1.00 p.m.

Organización del Departamento de Consulta Externa del Hospital del Niño de México.— Dr. Demófilo González, Sub-Tesoroero de la Asociación Interamericana de Hospitales; Jefe de la Consulta Externa del Hospital del Niño de México.



Domingo, Diciembre 10 de 1944

Visita al Hospital de Huacho.

Lunes, Diciembre 11 de 1944

Mañana

9.00 - 9.45 a.m.

Organización de Escuelas de Enfermeras.— Sta. Dorothy Foley, Enfermera Consultora de la Oficina Sanitaria Panamericana, Quito, Ecuador.

9.45 - 10.15 a.m.

Ciertos Conceptos sobre Escuelas de Enfermeras.— Dr. Aurelio Loret de Mola, Director de la Escuela Nacional de Enfermeras, Lima.

10.15 - 11.00 a.m.

Organización del Servicio de Enfermeras en el Hospital.— Dr. Guillermo Almenara.

11.00 - 11.45 a.m.

Enfermeras de Salubridad.— Dr. César Gordillo Zuleta, Director General de Salubridad Pública, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima.

11.45 - 12.30 p.m.

Las Religiosas en el cuidado del Enfermo.— Reverend John Bingham, F. A. C. H. A., Member, Council of International Relations, American Hospital Association; Director, Division of Hospitals, Catholic Charities of the Archdiocese of New York.

Tarde

2.30 - 4.30 p.m.

Visita al Puericultorio Pérez Aranibar.

Noche

8.00 - 10.00 p.m.

Conferencia de Mesa Redonda.— Exhibición de las Películas Cinematográficas: "Jóvenes Enfermeras" y "Escuela de Enfermeras".

Martes, Diciembre 12 de 1944

Mañana

9.00 - 9.45 a.m.

Administración y Organización de Departamento de Dietas.— Sr. Félix Lamela.

9.45 - 10.15 a.m.

El Hospital y su Influencia en la Educación Alimenticia.— Dr. Alejandro Ruiz, Médico Dietista del Departamento de Dietas, Hospital Obrero, Lima.

10.15 - 10.45 p.m.

La Dietista y la Dietoterapia en el Tratamiento del Enfermo.— Miss Frances MacKinnon, Nutrition Consultant, Children's Bureau, Washington, D. C.; Past President, American Dietetic Assoc.

10.45 - 12.00 m.

Reglamento para Empleados del Hospital.— Mr. James A. Hamilton.

12.00 - 12.45 p.m.

Problemas Médico-Legales en el Hospital.— Dr. Guillermo Fernández Dávila, Profesor de Medicina Legal en las Facultades de Medicina y Derecho de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Tarde

2.30 - 4.30 p.m.

Visita al Restaurant Popular de "La Victoria".

Noche

Conferencia de mesa redonda.— Exhibición de la Película Cinematográfica: "La Semilla de Oro", Walt Disney, (tecnicolor).

Miércoles, Diciembre 13 de 1944**Mañana**

9.00 - 10.00 a.m.

Edificios e Instalaciones y su Conservación.— Dr. Donald C. Smelzer, F. A. C. H. A., President, American Hospital Association; Director of Germantown Hospital, Philadelphia, Pa.

10.00 - 11.00 a.m.

Departamento de Lavandería y Sistemas de Control de Ropa.— Dr. Claude W. Munger, F. A. C. H. A., President, American College of Hospital Administrators; Director of St. Luke's Hospital, New York City.

11.00 - 11.45 p.m.

Ingeniería Sanitaria de los Hospitales.— Ing. Edward D. Hopkins, Ingeniero Sanitario, Oficina Sanitaria Panamericana, Lima.

11.45 - 12.15 p.m.

Instalaciones Eléctricas.— Ing. Alejandro Tabini, Ingeniero Electricista, Consultor de la Caja Nacional de Seguro Social, Lima.

12.15 - 12.45 p.m.

Instalaciones Mecánicas.— Ing. Herman P. Valerius, Ingeniero Sanitario y Mecánico, Caja Nacional de Seguro Social, Lima.

12.45 - 1.00 p.m.

Exhibición de la película cinematográfica: "El Agua ¿Amiga o Enemiga?", Walt Disney, (tecnicolor).

Tarde

2.30 - 4.30 p.m.

Demostraciones - Instalaciones Mecánicas - Hospital Obrero.

Noche

L i b r e

Jueves, Diciembre 14 de 1944**Mañana**

9.00 - 10.45 a.m.

Symposium

Los Hospitales en el Panorama de la Salud Pública.— General George C. Dunham, Assistant Coordinator, Office of Coordinator of Inter-American Affairs, Washington, D. C.— Dr. César Gordillo Zuleta.— Guillermo Almenara.— Dr. John D. Long.— Dr. Gustavo Baz.

10.45 - 11.45 a.m.

Hospital y Centro de Salubridad de Puente Alto.— Dr. Ignacio González Ginouves.

11.45 - 12.30 p.m.

Organización de Hospitales para Enfermos de la Mente.— Dr. Baltazar Caravedo, Director del Hospital Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar, Lima.

Tarde

2.00 - 4.00 p.m.

Visita al Hospital Dos de Mayo.

Noche

8.00 - 10.00 p.m.

Conferencia de Mesa Redonda.— Exhibición de la Película Cinematográfica "La Vacuna o la Defensa contra la Invasión", Walt Disney, (tecnicolor).

Viernes, Diciembre 15 de 1944**Mañana**

9.00 - 9.45 a.m.

Centro de Salubridad.— General George C. Dunham.

9.45 - 10.30 a.m.

Hospitales y Centros de Salubridad.— Dr. Vane M. Hoge.

10.30 - 11.00 a.m.

Centros de Salubridad en el Perú.— Dr. Edward Westphal, Jefe del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, Lima.

11.00 - 11.45 a.m.

Hospitales Modernos y Programas de Salubridad en los Proyectos Cooperativos Interamericanos.— General George C. Dunham.

11.45 - 12.30 p.m.

Los Hospitales en el Programa de Bienestar Social.— Dr. Guillermo Almenara.

Tarde

2.30 - 4.30 p.m.

Conferencia de Mesa Redonda.— Exhibición de la Película Cinematográfica, "La Peste Alada".— Walt Disney, (tecnicolor).

Sábado, Diciembre 16 de 1944

Mañana

9.00 - 10.00 a.m.

Relaciones Públicas del Hospital Moderno.— Reverendo John Bingham, F. A. C. H. A., Member, Council of International Relations, American Hospital Association; Director, Division of Hospitals, Catholic Charities of the Archdiocese of New York.

10.00 - 11.00 a.m.

Servicio Médico-Social.— Dr. Marion M. Crane, Assistant Director, Division of Research in Child Development, Children's Bureau, Washington, D. C.

11.00 - 11.45 a.m.

Organización del Servicio Médico-Social en el Hospital.— Srta. Rosario Aráoz, Directora de la Escuela de Servicio Social, Lima.

1.45 a.m.

Sesión de Clausura

Discurso.— Dr. Gustavo Baz.— Dr. Guillermo Almenara.— Discurso de Clausura por el Dr. Constantino J. Carvallo, Distribución de Diplomas.

INDICE DE MATERIAS

| | <u>Pág.</u> |
|--|----------------|
| Asistencia del venereópata en el Callao | 305 |
| Abolicionismo en la lucha antivenérea | 337 |
| Alimentación del escolar tacneño.— Investigación sobre | 77 |
| Bibliografía | 31-136-168-335 |
| Bodas de oro profesionales del Dr. Eduardo Bello | 205 |
| Cistitis gonocócica de la mujer | 113 |
| Cooperación intelectual y labor rotaria | 250 |
| Continencia juvenil.— La | 346 |
| Delito de contagio venéreo | 188 |
| Enseñanza de la Eugenesia | 137 |
| Enseñanza de la Eugenesia en las universidades argen- tinas | 151-181 |
| Eugenesia y la reciente legislación del matrimonio en América latina.— La | 230-282 |
| Eutenesia en las municipalidades del país.— Servicio de | 237 |
| En pró de un curso de historia del Derecho Penal | 262 |
| Enriquecimiento vitamínico del pan.— Necesidad del . . . | 384 |
| Factores sociales de morbimortalidad del lactante tac- neño | 17-45 |
| Higiene en el aborígen peruano | 73 |
| Hacia el matrimonio eugénico | 98 |
| Hogares de vecindario | 131 |
| Hacia un arte de amar | 256 |
| Importancia social de la investigación de la sífilis | 118 |
| Ineficacia del control médico de la prostitución | 341 |
| Instituciones de previsión social en la lucha antivenérea | 350 |
| Intervención de la sífilis en la génesis de la estrechez uretral | 115 |
| Jornada médico-quirúrgica del norte del Perú | 264 |
| Labor del consultorio prenupcial del municipio de Lima | 208 |

| | <u>Pág.</u> |
|--|--------------------|
| Leucemia mieloide crónica | 224 |
| Lucha contra el crimen y registro genealógico.— La .. | 329 |
| La enfermera frente a la Eugenesia | 331 |
| Metódica criminológica | 273-321 |
| Noticias | 30-103-134-167-334 |
| Necesidad del enriquecimiento vitamínico del pan | 384 |
| Personalidad psicopática y homicidio | 3-33-90-120 |
| Proyecciones eugénicas del delito de contagio venéreo .. | 242 |
| Problema demográfico del departamento de Tacna.—El | 298 |
| Precusores de la Antropología criminal | 362 |
| Primer congreso demográfico inter-americano | 23 |
| Proyecto oficial de Código Penal boliviano.— El | 379 |
| Regulación eugenésica del matrimonio.— La técnica le- gislativa en la | 11 |
| Revista de revistas | 203 |
| Relación de la sífilis con las enfermedades oculares . . . | 296 |
| Reactivación de la sero-reacciones sifilíticas | 374 |
| Reacciones de comprobación en el diagnóstico de la sífilis | 388 |
| Segunda jornada peruana antivenérea | 53 |
| Sentido y orientación de la medicina contemporánea . . . | 161-169 |
| Sociedad peruana de Eugenesia.— Reglamento | 301 |
| Segunda jornada peruana de Bromatología | 366 |
| Sífilis ósea | 371 |
| Segundo instituto regional de administración y organiza- ción de hospitales | 392 |
| Tarea eugénica y euténica de carácter municipal | 215 |
| Tuberculosis en el medio aborígen puneño. | 41 |
| Tratamiento de la sífilis.— Estado actual del | 105 |
| Tifus.— Los problemas de la protección del hombre con- tra el | 354 |
| Votos de la segunda jornada peruana antivenérea | 101 |

INDICE DE AUTORES

| | <u>Pág.</u> |
|-------------------------------------|---------------------|
| Avenidaño Leonidas | 3-33-90-120 |
| Altmann Smythe Julio | 131-262-329-362-379 |
| Anchorena Ismael | 296 |
| Arámburu Francisco | 63-346 |
| Bambarén Carlos A. | 3-33-90-120-137-250 |
| Castro José S. | 305 |
| Castillo Félix G. | 374 |
| Cornejo Luis Guillermo | 69 |
| Covarrubias Humberto | 113 |
| Díaz de Guijarro Enrique | 11-151-181-230-282 |
| Delgado Luis M. | 116 |
| Espejo Luis D. | 161-169 |
| Guzmán Barrón Alberto | 388 |
| Higginson Alejandro | 57-341 |
| Jarrín Vera J. Alejandro | 118 |
| Kuon Cabello Guillermo | 17-45-77-215-298 |
| López-Rey Manuel | 273-321 |
| Marroquín José | 41-73 |
| Martínez La Rosa Porfirio | 242-337 |
| Navarrete Enrique | 113 |
| Pazos Varela Ricardo | 105 |
| Pardo Villate Alfredo | 208 |
| Patiño Arca Bolívar | 384 |
| Quiroga Quiñones L. | 224 |
| Ruiz Castañeda M. | 354 |
| Solano Susana | 62-350 |
| Sánchez Moreno Francisco | 66 |
| Sirlín Lázaro | 98-256 |
| Salcedo Manuel | 237 |
| Sernaqué Felícita | 331 |
| Sánchez Belisario | 371 |
| Vargas Prada Luis | 3-33-90-120 |





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

UNMSM - BC
UDC



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