

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 QUISONES

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 62. - No. 979

Enero 1945

SUMARIO

Servicio social y protección materno-infantil, por la señora Consuelo Castañeda Cabada, pág.	3
Síndrome ano-rectal y genital en mujeres, por el doctor Amador Merino Reyna, pág.	8
La trata de blancas en el Perú, por la doctora Susana Solano, pág.	13
El Instituto profiláctico francés de lucha contra la sífilis, por el doctor Ricardo H. Cornejo, pág.	16
Higiene buco-dentaria y tratamiento de la sífilis, por el doctor Felipe Plaza, pág.	22
Consideraciones médico-sociales sobre abortos determinados por enfermedades venéreas, por el doctor Leoncio P. Chiri, pág.	27
Noticias, pág.	29
Bibliografía, pág.	30

GLYVARSENYL

ACETIL GLICO ARSENOBENCENO



Para la
ARSENOTERAPIA
indolora por vía intramuscular y subcutánea
en los casos en que no es
posible la aplicación endovenosa

Manufacturado por
WINTHROP PRODUCTS INC., N. Y.
Laboratorios en Rensselaer, N. Y.

DISTRIBUIDOS POR:

"LABORATORIOS WINTHROP", S. A

AV. WILSON 1810

APARTADO 1687

TELEF 35937

LIMA - PERU

LA CRONICA MEDICA

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

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

REDACCION

CARLOS A. BAMBAREN
Director.

Luis D. Espejo,
Rafael M. Alzamora,
Ernesto Ego-Aguirre,
Luis Quiroga Quiñones.

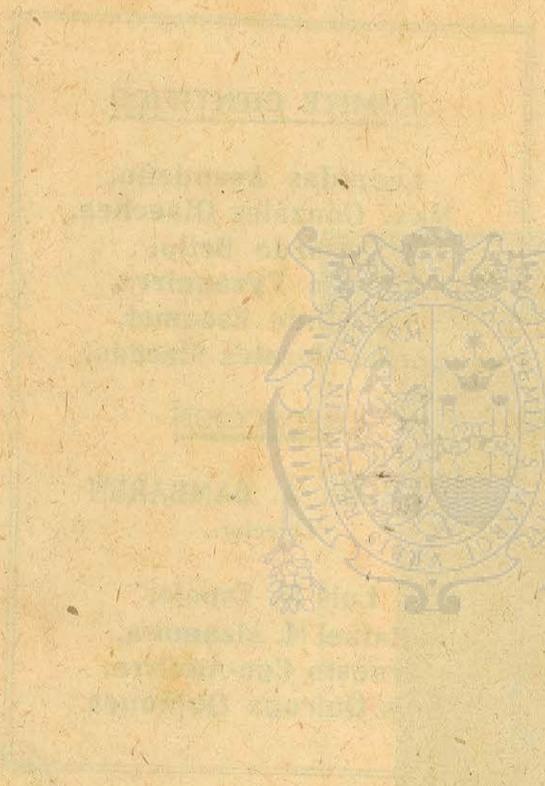
AÑO LXII.—1945

Imprenta Enrique R. Bulli
Jirón Azángero
Teléfono 33746

LA ESCUELA DE MEDICINA

LIMA PERU

ANUARIO 1921



LA CRONICA MEDICA

Año 62-1945.

Lima-Perú

Servicio Social y protección materno-infantil

Por la Srta. CONSUELO CASTAÑEDA CABADA

INTRODUCCION

La asistencia del niño lactante fué durante mucho tiempo únicamente curativa, pero en los últimos años del siglo XIX principió a orientarse en el sentido preventivo procurando vigilar al niño sano. Estos esfuerzos resultaron a veces estériles, porque no había el elemento necesario para conseguir que el niño sano concurriese a las instituciones encargadas de su protección.

Cuando por esa misma época los países anglo-sajones iniciaron el estudio individual de cada caso que exige protección y amparo y nació el Servicio Social, que bien pronto se dedicó a la defensa de la Infancia, apareció, sin disputa, el elemento que faltaba para llevar a cabo la vigilancia preventiva del lactante, que se hizo, también, constructiva.

En el Perú, el niño no mereció durante muchos años preocupación organizada por parte del Estado; la caridad y la beneficencia pública, su personero, sólo trató de atender al necesitado en circunstancias aleatorias, pudiendo decirse que en Lima se vigilaba unas cuantas centenas de niños necesitados, porque en el Hospicio de Santa Teresa y en el de los Huérfanos de la Recoleta se organizaron, en los primeros años del siglo XX, dos "Gotas de Leche" que realizaron profícua labor asistencial. Sólo en 1916 se presentó el primer proyecto de protección a la infancia peruana, que el Parlamento no aprobó; en 1918 se dictó la Ley 2,851, de protección a la mujer y al niño que trabaja, llamada ley Manzanilla en homenaje a su autor y en 1924 se organizó la Junta de Defensa de la Infancia a la cual se adscribió un organismo ejecutivo, el Instituto Nacional del Niño, que se puso bajo la dirección del higienista Dr. Carlos Enrique Paz Soldán.

Pero, no obstante los avances de la asistencia médico-social, se

comprobaba que faltaba un elemento insustituible, capaz por su orientación de salvar los vacíos existentes; este elemento era el Servicio Social. Comprendiéndolo así, muchas personas notables, entre quienes podemos mencionar a tres distinguidos médicos los doctores **Wenceslao F. Molina, Abel S. Olaechea, y Carlos A. Bambarén**, se esforzaron por implantarlo en el Perú. Cada uno, en el campo de sus actividades, trabajó en favor del Servicio Social, procurando que ingresara a la asistencia hospitalaria, a la tarea de satisfacer las necesidades del indigente, y a remediar la situación del niño en estado de peligro y peligroso.

Estas ideas que se vertieron en el período comprendido entre los años 1923 á 1935, dieron lugar a que por iniciativa de la Caja del Seguro Social obligatorio, se estableciera el 30 de abril de 1937, la Escuela de Servicio Social, que depende actualmente de la Dirección de Asistencia Social, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, habiéndose confiado la parte administrativa a un Consejo de Patronato de Damas, que preside la señora **Enriqueta G. de Prado**, primera dama de la nación. La dirige en la actualidad con gran acierto la Srta. **María Rosario Aráoz**, que ha llevado a cabo la reforma del Plan de Estudios y organizado cursos de post-graduadas, de gran significado para la orientación profesional de las asistentas sociales.

Una vez que la Escuela comenzó a funcionar y egresaron las primeras asistentas sociales, la dependencia oficial de protección a la infancia principió a utilizar a las primeras asistentas sociales, asignándoles diversas labores propias de beneficio al núcleo familiar.

Habiendo trabajado como alumna de práctica en el Servicio Social del Servicio nacional de protección materno-infantil, primero en la "Oficina Central" y después en el Dispensario de Lactantes "Tomás Valle" del sector de La Victoria, recogiendo experiencia directa, he redactado este estudio que sólo trata de algunos aspectos del trabajo social que hay que llevar a cabo durante los dos primeros años de la vida del niño, procurando que su protección integral se realice con la asistencia a su familia.

Las materias tratadas se agrupan en cuatro partes: En la primera doy una breve relación de las instituciones de asistencia infantil que actualmente existen en Lima; en la segunda me refiero, en particular, al Servicio Social de la dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que protege a la madre y al niño; en la tercera expongo la labor del Dispensario de Lactantes y el papel del Servicio Social y en la cuarta relato algunos problemas, que dieron ocasión al trabajo desarrollado durante el período de práctica. Un conjunto de conclusiones resumen este trabajo, basado casi en su totalidad en la práctica.

Antes de comenzar, permítaseme reproducir dos pensamientos que me sirvieron de guía espiritual a lo largo del difícil recorrido que exigió su factura. Uno de dichos pensamientos es de **Gregorio Aráoz Alfaro** de Buenos Aires y dice así: "Más que la

acción curativa momentánea, es la acción preventiva, la rehabilitación, la consolidación de la familia lo que hay que provocar siempre que se pueda, tanto en el caso del niño enfermo, como en el niño normal, como en el del niño que ha delinquido." El otro es de Mis Katharine Lenroot de Washington, quien ha dicho: "Un salario adecuado no es la base más importante de la vida del hogar. La armonía, el buen criterio y el entendimiento por parte de los padres, son asuntos de primordial importancia".

I.—INSTITUCIONES LIMEÑAS DE PROTECCION INFANTIL

La asistencia infantil se efectúa actualmente en Lima, por diferentes organismos asistenciales. Entre los oficiales hay que mencionar los del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Justicia y Ministerio de Instrucción. Las instituciones particulares se describirán después.

a) Instituciones oficiales.

Para la asistencia infantil en general se ha creado en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y dependiendo de la Dirección General de Salubridad, el Servicio Nacional de Protección Materno Infantil.

Este servicio es órgano técnico y ejecutivo, que protege y asiste al niño, desde la etapa pre-natal hasta su edad escolar. Protege y ampara, igualmente, a la madre y por intermedio del Servicio Social a la familia.

El Servicio Nacional de Protección Materno Infantil, tiene los siguientes elementos asistenciales: Consultorios Pre-natales donde se protege al niño desde la gestación; Dispensario de lactantes donde se asiste al niño sano y enfermo; Cunas Maternales donde se cuida al niño de madres que trabajan; Centro de Educación Maternal o escuela práctica de puericultura; Servicio de asistencia al recién nacido, especialmente al niño prematuro; Refectorios Maternales donde alimentando a la madre se nutre al lactante; Clínica de Nutrición donde se sobrealimenta al niño débil; Roperos Infantiles, donde se provee de ropa a los niños de los diferentes servicios; Servicio de Asistencia Pre-escolar dirigiendo técnicamente los Jardines de la Infancia; Clínica de orientación de la niñez, que tiene por objeto descubrir las deficiencias psíquicas de los niños; Dispensario Central con gabinete de rayos X, y consultorios: dental, otorrinolaringológico, oftalmológico y Laboratorio; Sección de Amparo legal a la maternidad, que protege a los hijos de madres abandonadas; Servicio Social que ayuda a la rehabilitación familiar; Ambulancia de Higiene Infantil que hace campaña sanitaria fuera de Lima y Servicio de partos a domicilio, que atiende a la madre y al niño, en el momento que éste nace.

Entre las entidades oficiales también hay que indicar el Hospital del Niño que depende, por intermedio de la Dirección de Salubridad, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y asiste a la población infantil que enferma en Lima. Para ello tiene dos pabellones especiales para lactantes, un departamento de infecto-contagiosos, uno de tuberculosos, uno para enfermos quirúrgicos y otro para enfermos de la piel. Es un centro de enseñanza, educación maternal e investigación científica; en los últimos tiempos ha extendido sus actividades a diversos aspectos importantes de la asistencia del niño.

Dependen de la Dirección de Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los Desayunos y Refectorios Escolares y del Ministerio de Educación Pública los Jardines de la Infancia.

En el Ministerio de Justicia están ubicadas las instituciones que tutelan a la infancia en estado de peligro moral. Un Juzgado de Menores dispone la internación a los establecimientos de readaptación de aquellos que son previamente calificados. Funciona un Patronato de Menores que se ocupa del bienestar de los internados y de colocar a éstos en familias que los reciben en calidad de domésticos.

Los centros de readaptación son: el Hogar Infantil para varones de 8 a 16 años, y el Reformatorio de Menores que funciona en la Av. Francisco Javier Mariátegui donde van los niños de 12 hasta 21 años. Está en construcción un local que reúna a estas dos instituciones. Las niñas que se encuentran en peligro moral, reciben tuición en el "Instituto Ermelinda Carrera" que está a cargo de religiosas franciscanas.

b) Instituciones de iniciativa privada.

Entre las instituciones particulares está la Beneficencia Pública que reserva en sus hospitales, salas para asistir a los niños, tanto en el Hospital "Dos de Mayo", como en el "Arzobispo Loayza" y sostiene: dos Gotas de Leche, una en la calle Madera y la otra en la Plazuela Santa Teresa; el Puericultorio "Pérez Araníbar" que atiende al lactante y al niño abandonado y huérfano. La Beneficencia proporciona becas para instruir niñas en colegios religiosos como el "Instituto Sevilla", el colegio "Santa Teresa", "Santa Rosa de Candamo" y el "Leonardo Pflucker y Rico", para varones.

La Unión de Obras de asistencia social, comprende un grupo de entidades de asistencia al niño, que se han federado con el objeto de trabajar en forma coordinada, evitando duplicidad de esfuerzo. La Unión cuenta con: la Colonia Infantil de Ancón; los Jardines de la Infancia del Patrocinio, La Perla, Maynas, Lince y del Puente del Ejército; la Escuela Taller de Mercedarias, el Refectorio Maternal de San Andrés, la Escuela de Ciegos y Sordomudos, el Albergue Nocturno Fray Martín de Porres, el Hogar de "San Luis", el Refectorio Especial N° 1, la Casa del Niño en

Miraflores y una Central de medicinas, donde no sólo se provee a los servicios de la Unión de Obras, sino, también, a las personas menesterosas.

Estas dos instituciones reciben importantes subsidios del Estado, siendo por lo tanto entidades semificiales, controladas técnicamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Otra institución de iniciativa privada es el "Hogar de la Madre" que proporciona asistencia médica, medicinas, cuna y ajuar a los niños recién nacidos y alimento a la madre durante el tiempo que dure la lactancia. Cuenta con una casa de reposo para las madres indigentes que proporciona alimento y cuidado en los períodos pre y post-natal. Sostiene también una Escuela de Niñeras. En la actualidad construye su local propio en la Av. Petit Thouars.

La Sociedad Auxiliadora de la Infancia "Juana Alarco de Dammert", creada por una mujer de grandes dotes espirituales, cuenta, actualmente, con una Cuna Maternal, que tiene anexo un Jardín de la Infancia, ubicada en la calle de los Naranjos, en uno de los sectores más poblados de Lima.

La Cruz Roja Peruana tiene consultorios para niños en el Barrio de Jesús María (calle Arnaldo Márquez) y en el Barrio de Lince (girón Lazo). Además posee un albergue en Chorrillos que cuida niños enfermos. Los niños cadetes de la Cruz Roja Juvenil pasan vacaciones en San Bartolo, playa donde tienen campamento marítimo.

Otra institución de iniciativa privada que protege a la infancia es el Patronato Escolar del Sagrado Corazón, que tiene por objeto favorecer a las niñas de los centros escolares, proporcionándoles la manera de ser más tarde útiles; les consigue becas en los colegios de segunda enseñanza y les da educación moral y religiosa.

La orden religiosa Agustina tiene en la Av. 28 de Julio, un refectorio infantil, donde proporciona instrucción y alimentos a los niños hasta la edad de 7 años por una pequeña cuota diaria. El Estado le otorga subvención.

La Liga Pro-estudiantes, es institución que organizó, el Rotary Club de Lima, para auxiliar económicamente a niños sobresalientes, que por la modesta situación económica de sus padres no pueden sufragar los gastos que demanda su educación. En la actualidad son muchos los becados en la Universidad, escuelas normales y colegios de educación secundaria y primaria.

También protegen a la niñez las Salas-Cunas que existen en las fábricas según Ley 2,851. El art. 20 ordena que todos los establecimientos que cuentan con más de 25 operarias u obreras mayores de 17 años, implanten salas-cunas en sus talleres, con el objeto de evitar que las madres crien a sus hijos con lactancia artificial.

Tal es la relación pormenorizada de las instituciones oficiales y privadas que en Lima protegen a la infancia desvalida.



Síndrome ano-rectal y genital en mujeres

Por el Dr. AMADOR MERINO REYNA

En el transcurso de cinco años, comprendidos de 1938 á 1943, he observado 18 casos de síndrome ano-rectal y ano-recto-genital en personas del sexo femenino. El proceso morboso es interesante y su frecuencia basta para que merezca algunos comentarios. Expongo a continuación una historia clínica detallada, para enseguida ofrecer un cuadro resumen de las 19 observaciones; luego formulo las conclusiones que se deducen de tan nutrida experiencia.

Historia Clínica

N. N. de 23 años de edad, raza mestiza, natural de Corongo (Ancash), casada.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto de neumonía. Madre vive y sufre de linfosarcoma del cuello, de evolución rápida. Han sido 10 hermanos sanos. 2 murieron en la primera infancia. Su esposo es sano. En cinco años de casada no ha tenido hijos.

Antecedentes fisiológicos: Menarquía a los 14 años de edad, de tipo 4-6 días sobre 28, con dolores y a veces estado subfebril.

Antecedentes patológicos.—Sarampión a los 8 años. Conjuntivitis a los 14 años, que duró 1 año. Presenta estado hemorroidario leve, desde que se iniciaron los síntomas de su actual enfermedad.

Hace 3 años comenzó a padecer de prurito más o menos intenso en la margen del ano, apareciendo luego del rascado pequeños tumorcitos que fueron aumentando paulatinamente de tamaño. Por la misma época se presentó constipación que cedía a enérgicos y continuos laxantes. Hace 1 año que los tumores que se encuentran situados en los alrededores del ano comenzaron a supurar y se fistulizaron, mojando continuamente las ropas interiores. Poco tiempo después aparecieron tumores en la parte baja de la vulva, que supuraron y se fistulizaron bien pronto.

Su peso ha disminuído sensiblemente, tanto por la inmovilidad, cuanto porque ha reducido sus alimentos, para evitar la acumulación intestinal.

Examen clínico.— Enferma en decúbito supino, con facies terrosa y conjuntivas anémicas. Hay ligera subictericia. Difícilmente se incorpora, por la astenia general que la agobia y por los dolores que siente en la región perineal y en la vulva.

Constitución pícnica. Cráneo pequeño, dolicocefalo. Cabello castaño y sedoso, que ha disminuído en cantidad desde el comienzo de la dolencia. En la cara nada anormal. Organos de los sentidos, normales.

Aparato respiratorio normal. No hay tos. Radiografía de los pulmones normal. Dieciocho respiraciones por minuto.

Aparato circulatorio, con pulso pequeño, depresible y 100 pulsaciones por minuto. Ritmo normal. Tonos cardiacos apagados. Ligero soplo anémico en la base del área cardíaca. Sistema venoso normal.

Temperatura oral 38.2. Manifiesta la enferma que la temperatura oscila entre 38 y 39°.

Sistema linfático: No se palpan ganglios en el cuello y en las axilas; en cambio, en las regiones inguinales hay ganglios hipertrofiados, sin tendencia a confluir. El edema llega a los grandes y pequeños labios de la vulva y a la región perinal.

En el abdómen la palpación y percusión no encontró nada particular en la parte superior. En la fosa iliaca derecha, ligero dolor en la región apendicular. Hay cuerda cólica en la fosa iliaca izquierda, con dolor a la presión leve. Hay materias fecales en el cólon descendente. La presión profunda de la región hipogástrica despierta ligero dolor.

Aparato urinario, normal.

En el aparato genital, hay edema en los grandes y pequeños labios vulvares. Hay trayectos fistulosos de los que mana serosidad a la menor presión. El periné está edematoso y presenta dos tumoraciones fluctuantes. Alrededor del ano hay numerosas fístulas, dándole aspecto elefantásico.

El examen de la vagina, la encontró lisa, sin proceso morbo-so inflamatorio; sólo está dura y esclerosada en la cara posterior. Los fondos de saco son poco profundos. Hay celulitis en los parametrios.

El útero es poco móvil, por perimetritis crónica. El cuello uterino tiene una pequeña erosión alrededor del hocico de tenca.

En el aparato digestivo se comprueba anorexia y ligera dispepsia hiperclorhídrica y dolor epigástrico. No se palpa tumor en el estómago, duodeno e intestinos. El examen rectal revela estrechez infranqueable a 4 cm. del ano, muy dolorosa, que impide la exploración detenida; el estrechamiento es fibroso y circular, dejando escurrir materias fecales y pequeña cantidad de pus. Los paquetes hemorroidearios externos son pequeños, pero sangran al tacto.

Se le aplica pomada de ictiol en el periné y calor local, así como sedantes y sulfamíados.

Análisis de laboratorio.— Investigación de bacilo de Koch en el esputo, negativo. Reacción de Mantoux, negativa. Investigación de bacilo de Koch y parásitos intestinales en las heces, negativa.

Hematíes.	3.800,000 por mmc.
Leucocitos	17,000 por mmc.
Polinucleares neutrófilos	82 por 100
Eosinófilos	0 por 100
Tiempo de coagulación	7 minutos.
Tiempo de sangría.	2,40 minutos.
Reacción de Kahn	positiva, débil
Dosaje de úrea	0.36 por 1,000

Tratamiento.— A los 7 días de su ingreso al Servicio comenzó el tratamiento con Xilol, a la dosis de XX gotas, cuatro veces al día, durante 5 días. Con este tratamiento la fiebre comenzó a declinar, pero como se presentasen fluctuaciones piréticas, se practicó un ano contra-natura, según la técnica de Mixter, que además favoreció la exoneración intestinal. El postoperatorio fué normal y el ano fué continente desde el primer momento. Se practicaron lavados con Rivanol para limpiar el canal rectal.

La paciente recibió 3 gr. diarios de sulfamidados, tratamiento estimulante y 3 trasfusiones de sangre de 100 cc. cada una.

Al cuarto día de este tratamiento, la fiebre descendió a 36.5°, el proceso infiltrativo perinal y las adenitis inguinales, comenzaron a mejorar. Sin embargo, poco después la fiebre volvió a presentarse, llegando a 38.5°.

El 21 de setiembre comenzó de nuevo el tratamiento con Xilol a razón de XX gotas cuatro veces al día, hasta el 5 de octubre, en que descansó once días, para comenzar de nuevo otro tratamiento del mismo remedio, durante siete días.

Cuando la enferma salió del Servicio el 5 de noviembre, no tenía fiebre, la adenitis, la elefantiasis vulvar, la supuración de las fístulas, había desaparecido. El útero había adquirido amplia movilidad. Pesaba 53 kilos, habiendo aumentado 10 kilos en dos meses de tratamiento. El ano funcionaba voluntariamente todos los días. Persistía la estrechez.

Nombres	Edad	Raza	Fecha de ingreso	Tiempo enferm.	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha salida	Examen histopatol.
Carmen S.	47 años	Mestiza	4 setbre. 1937	20 años	Enf. Nicolás	Amp. recto	7 dicbre. 1936	Si.
Luz G.	36 "	Idem	17 enero 1938	8 meses	Enf. Nicolás	Amp. recto	21 febrero 1938	No.
Hortensia M.	41 "	Idem	18 mayo 1938	3 años	Enf. Nicolás	Amp. recto	8 setbre. 1938	Si.
Olga L.	44 "	Idem	3 agosto 1938	12 años	Enf. Nicolás	Amp. recto	10 octubre. 1938	No.
Rosa N.	44 "	Idem	4 junio 1938	4 "	Enf. Nicolás	Amp. recto	14 febrero 1938	No.
Isolina R.	18 "	Idem	3 julio 1939	4 años	Enf. Nicolás	Amp. recto	29 mayo 1938	Frei positiva
Angélica S.	12 "	Idem	9 marzo 1939	2 "	Enf. Nicolás	Amp. recto	10 setbre. 1939	No.
Juana E.	34 "	Idem	8 setbre. 1939	1 "	Enf. Nicolás	Rehusó trat.	20 setbre. 1939	No.
Isabel L.	55 "	Idem	14 febr. 1940	Indeterm.	Enf. Nicolás	No operable	20 febrero 1940	Biopsia.
Juan G. de D.	80 "	Negra	12 dicbre. 1940	Indeterm.	Enf. Nicolás	Sulfamidas	14 febrero 1940	No.
Tomasa G.	32 "	Mestiza	18 mayo 1940	18 años	Enf. Nicolás	Amp. recto	24 mayo 1940	No.
Irene G.	39 "	Idem	6 agosto 1940	10 años	Enf. Nicolás	Amp. recto	2 setbre. 1940	No.
Saturnina L.	30 "	Idem	31 enero 1941	Indeterm.	Enf. Nicolás	Amp. recto	18 mayo 1941	Frei positiva
Hortensia V.	48 "	Idem	10 febrero 1941	Indeterm.	Enf. Nicolás	Abandonó	20 junio 1941	Frei positiva
Natividad M.	44 "	Idem	16 setbre. 1941	3 meses	Enf. Nicolás	Amp. recto	17 octubre. 1941	Frei positiva
Julia V.	22 "	India	27 oct. 1941	8 años	Enf. Nicolás	Sulfamidas	23 enero 1942	No.
Leonidas T.	28 "	Mestiza	26 agosto 1942	3 años	Enf. Nicolás	Sulfamidas	5 octubre. 1942	Frei positiva
Esther G.	46 "	Idem	8 enero 1943	1 año	Enf. Nicolás	Sulfamidas	29 febrero 1943	Frei positiva
Celestina M.	21 "	Idem	14 julio 1943	2 años	Enf. Nicolás	Xilol	5 novbre 1943	Frei positiva

Conclusiones

1^a—El síndrome ano-rectal de la enfermedad de Nicolás-Favre, es más frecuente en la mujer que en el hombre.

2^a—Se presenta, según mis observaciones, en una proporción de 2% de las afecciones ano-rectales generales, proporción que corresponde a la que señalan los autores americanos y europeos.

3^a—La evolución del síndrome ano-recto-genital es crónica y de larga duración, pudiendo comprobarse en nuestros casos que oscila entre 1 año a 10 años. Esto hace suponer que la mujer portadora de gérmenes puede infectar al hombre en largos períodos de tiempo, sin presentar signos de adeno-linfitis venérea.

4^a—La sífilis y la linfopatía venérea pueden coexistir, lo que obliga a bien controladas pruebas serológicas y a una correcta interpretación de la reacción de Frei.

5^a—La infección de la mujer puede efectuarse por la vagina o por el recto, en los casos de sodomía.

6^a—En los casos de reacción de Frei dudosa, hay que hacer la "prueba cruzada" con la que puede afirmarse la naturaleza poroadénica de la enfermedad.

7^a—Es probable que el agente causal de la linfopatía venérea sean los corpúsculos de Miyagawa.

8^a—No hay hasta el momento actual tratamiento específico de la enfermedad de Nicolás-Favre, pero el Xilol ejerce excelentes resultados en la fase aguda poroadénica. Debe administrarse a la dosis de ochenta gotas diarias, hasta alcanzar 800 y repetirse tres veces. El tratamiento general y un buen régimen alimenticio, completarán la curación.

9^a—En los servicios hospitalarios deben practicarse el examen ano-rectal de las enfermas y en los casos que se sospeche la linfopatía venérea, debe realizarse la reacción de Frei.

10^a—La enfermedad de Nicolás-Favre es un problema sanitario. Para descubrir la enfermedad la reacción de Frei debe practicarse entre las prostitutas, en los cuarteles, las cárceles, etc.

11^a—La segunda jornada peruana antivenérea debe llamar la atención a los sistemas asistenciales del país, para que declaren los casos de enfermedad de Nicolás-Favre. Hay que difundir cartillas con los síntomas propios de la enfermedad, para que ayude a los médicos a descubrir la dolencia.

La trata de blancas en el Perú

Por la Dra. SUSANA SOLANO

¿Existe trata de blancas en el Perú? Desearíamos ver al país libre de este rezago de esclavitud llamado trata de blancas. Pero la trágica realidad permite afirmar que en Lima se ejerce el tráfico de mujeres y posiblemente se justifica y encuentra explicación por razones obvias de comentar.

Si el país afronta el problema del peligro venéreo con procedimientos reglamentaristas, necesariamente, se convierte en el receptáculo de los detritus sociales, conducidos por los tratantes de blancas, quienes al no poder colocar su cargamento en Argentina, Chile, México o Estados Unidos, porque en estos países el problema venéreo y la defensa de la salud pública se encausa con la aplicación de leyes orientadas por la doctrina abolicionista. Así por ejemplo, el Art. 15 de la Ley Argentina 21331 de Profilaxis Social prohíbe el establecimiento de casas o locales donde se ejerza la prostitución o se incite a ella, texto que corresponde al Art. 6º del Anteproyecto de Ley Antivenérea redactado por el Comité Abolicionista Peruano. En Chile como no hay ley que reglamente el ejercicio del meretricio, existen cabarets donde posiblemente se favorece el comercio de los tratantes profesionales, que logrando burlar la vigilancia de las autoridades policiales y marítimas llegan a cruzar la frontera entre Argentina y Chile. Pero en las casas de diversión de Chile no se permite el ingreso a menores de edad.

En el Perú, las autoridades que supervigilan los lupanares no se inquietan, porque los adolescentes, aún, niños de 11 ó 12 años de edad ingresen a las casas de tolerancia. Existe una Junta Censora de Películas que tiene organizada la vigilancia sobre el ingreso de menores a las salas cinematográficas, cuando sus programas contienen cintas no aptas para niños, pero no existe censura ni vigilancia que impida a menores del sexo masculino y femenino, ejercer el comercio sexual en los prostíbulos.

Es sabido que los niños que adelantan su instinto genésico, detienen el desarrollo de su actividad mental, así como su crecimiento y desarrollo físico. La sexualidad prematura produce perturbaciones intensas que repercuten en la conducta, haciendo nula la educación del hogar y la labor de los educadores. En todo



caso, para qué sirve clara inteligencia, si tan temprano está pervertido el corazón?

Existen en Lima tratantes de mujeres, extranjeros y nacionales, quienes poseen todos los recursos para ejercer su inundo tráfico, agenciándose en mil formas para seducir y atraer a mujeres dedicadas al meretricio controlado o clandestino. Sus actividades tenebrosas se extienden hasta la explotación de jóvenes incautas que por necesidad salen a trabajar en oficinas y establecimientos comerciales, que se convierten en lugares estratégicos de los tratantes de blancas para actuar impunemente; captan amistad con gente honorable, pues, son profesionales en el disimulo, la afectación y el engaño.

Estos maleantes extranjeros, que no sabemos como ingresan al país, en contraposición con lo dispuesto en las leyes de extranjería y la Ley de vagancia, incrementan el mercado de mujeres en los lenocinios, con extranjeras recolectadas de todos los ámbitos del mundo, encontrando plaza propicia en Lima y otras localidades del país, clima y ambiente para el desarrollo de sus actividades peligrosas.

En pocos países de América encontrarán ambiente tan propicio, si consideramos, que se hace profilaxia contra las enfermedades venéreas, destruyendo el temor y el escrúpulo de la juventud sobre el peligro que implica para ellos la adquisición de una enfermedad venérea.

En la insensatez de llevar adelante prácticas reglamentaristas, se predica a la juventud que "las enfermedades venéreas son nubes que pasan en la vida del hombre sin opacar su felicidad".

No contando actualmente con otro organismo que la brigada social para despistar a los tratantes de blancas, se explica como pueden realizar impunemente sus repudiables y delictuosas operaciones. Nacionales y extranjeros suelen ser conductores de casas de cita, teniendo a precio, jóvenes que trabajan por sueldos miserables en establecimientos céntricos; a ellas suelen llegar con maña, utilizando los recursos de su atracción afeminada y seduciéndolas, las hacen presa segura para sus designios criminales, ofreciéndolas a sus cómplices, quienes demandan sus servicios.

Algunos cuentan con veintenas de muchachas incautas, basando que el cliente del tratante ponga sus apetitos y escoja a alguna víctima, para que caiga en las redes del maleante, cualquiera infeliz criatura que se gana miserablemente el sustento y ayuda económicamente a otros miembros de familia. El tratante se agencia la forma de llegar a ellas para incrementar el tráfico carnal.

Es alarmante el número de muchachas que son explotadas para satisfacer la perversión sexual de muchos, con pingüe ganancia para los tratantes de blancas.

Muchachitas locas que se deslumbran con la invitación a pasear en los automóviles de lujo y la concurrencia a los restaurantes céntricos sin meditar el abismo a que arrojan su existencia.

Empero, se debe aceptar con resignación fatalista que la miseria es la proxeneta mayor de la prostitución, miseria determinada por el desequilibrio económico-social que rige entre nosotros. Por negligencia o egoísmo, por incapacidad para emprender la explotación de ingentes recursos nacionales, los fondos bancarios, ociosamente, producen una renta que permite vivir sin preocupaciones, aunque los menos afortunados sucumban.

Por la injusta distribución de la riqueza, sensiblemente acentuada, con la falta de leyes de carácter social que obliguen a repartir con equidad los remanentes obtenidos con los brazos productores.

El 75% de inmuebles urbanos de Lima están en manos de italianos, colonia establecida en el Perú hace más de 70 años; el 25% restante de la propiedad urbana queda en manos de los vecinos de otras nacionalidades y los rentistas peruanos. ¿Cuál es el porcentaje de la propiedad inmueble que retiene la clase media? ¿Acaso se ha legislado sobre el hogar de familia?

La mala educación recibida en el hogar y la orgía pública ha realizado su obra de proletarización de la clase media. La hipoteca, el préstamo usurario, el crédito irrespaldado ha enseñoreado a la miseria, arrojando a las mujeres a trabajar fuera del hogar, para cubrir con los centavos que ganan el presupuesto deficitario de la familia, porque el producto del trabajo de los varones no alcanza a satisfacer los gastos que demandan las necesidades primarias.

Ahora bien, está en la conciencia de los hombres de bien que el traficante extranjero como el hampón nacional y el prostíbulo contribuyen al desquicio social y propaga el peligro venéreo con grave y trascendente daño para los pobladores; lo patriótico y honesto es combatir con energía a estos parásitos sociales, tantas veces prófugos de cárcel en otros países, estafadores de oficio, dedicados al inmundo oficio de vender muchachas a otros sujetos tan peligrosos como ellos. Tipos indiferenciados, incapaces de sentir noble atracción por la mujer que destinan para satisfacer su erótica.

Quienes honradamente pretenden reducir las cifras de enfermos venéreos, tienen que resolverse a clausurar las casas de tolerancia, porque estos antros favorecen la desvitalización de la juventud y atenta contra la seguridad social.

Los lenocinios no solamente son lugares de tráfico de mujeres, son escuelas de vicio en que el alcoholismo, la toxicomanía, el homosexualismo y toda suerte de degeneraciones hacen presa en los individuos que los frecuentan, repercutiendo dolorosamente en la vida privada y pública de la nación.

Propongo a la Segunda Jornada Peruana Antivenérea:

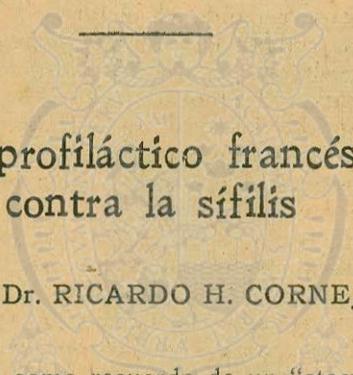
1º—Declarar que siendo el país signatario de la Convención de Ginebra sobre tráfico de mujeres y niños, se gestione ante los poderes públicos la supresión de los prostíbulos que funcionan actualmente con licencia policial.

2º—Declarar la prostitución actividad ilícita, reprimible y perseguible, conforme a los acuerdos tomados en la Convención reunida el año 1926.

3º—Que estando el proxenetismo considerado como delito y sancionado en los Arts. 206, 207 y 208 del Código Penal, así como los delitos de corrupción y la trata de blancas, se recomiende la persecución tenaz de los contraventores, por representar estos sujetos un peligro social.

4º—Gestionar ante las autoridades pertinentes, que ejerzan supervigilancia severa sobre los prostíbulos, mientras gocen de licencia para su funcionamiento, impidiendo que concurra menores de edad y el ejercicio del metreticio a mujeres menores de 21 años.

5º—Solicitar la clausura de los hoteles en que se compruebe el ejercicio de actividades ilícitas, por favorecer la prostitución.



El Instituto profiláctico francés de lucha contra la sífilis

Por el Dr. RICARDO H. CORNEJO

Escojo este tema como recuerdo de un "stage" de varios meses que realicé en 1929 en el Instituto Profiláctico Francés, de la rue de Assas N° 36, y como homenaje de cordial admiración a mis maestros de entonces, el Dr. Arthur Vernes y el Dr. Emile Chauchard.

La magnífica organización creada por el Dr. Vernes funciona en París desde 1916 y realiza la profilaxia y el tratamiento antisifilítico de un modo, que casi podríamos llamar, perfecto, por el empleo de la sifilografía, lo cual permite sistematizar el control y el tratamiento de toda una colectividad.

Esta organización se basa en la reacción de Vernes y busca obtener un control preciso y fácil del grado de infección sifilítica para poder así orientar el tratamiento.

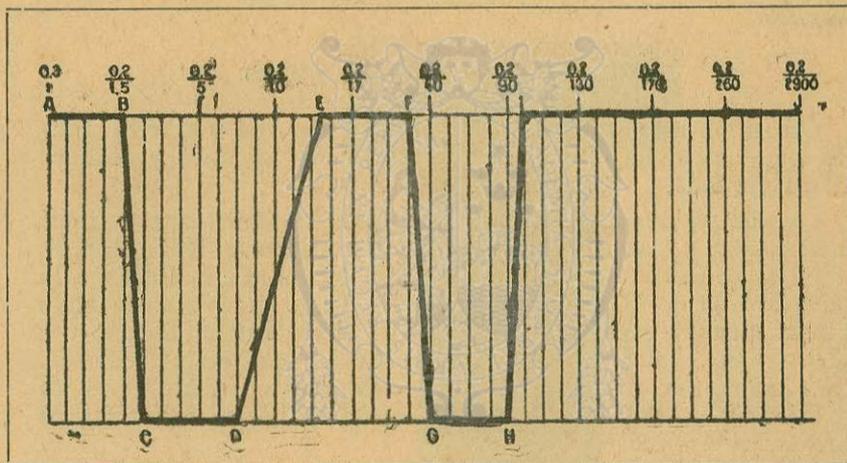
Ya Vernes en 1916 quiso dar a la reacción de Wassermann mayor precisión y, en lugar de las cuatro cruces clásicas, logró instituir un control colorimétrico, el que daba a dicha reacción 8 graduaciones.

Prosiguiendo sus investigaciones se orientó hacia las reacciones de floculación, las cuales representaban un medio físico-

químico susceptible de medición, pues es sabido que la infección sífilítica aumenta el poder de floculación del suero sanguíneo y este poder de floculación varía dentro de ciertos límites.

En este principio se basan algunas importantes reacciones como las de Meinicke, de Sachs-Georgi y la de Vernes.

Sin embargo, los fenómenos de floculación en las soluciones son complejos y en ellos muchos factores entran en juego: temperatura, concentración, volumen de las micelas, cargas eléctricas, etc. La floculación no sigue un proceso uniforme; sus variaciones siguen más bien una curva sinusoidal. Es decir que, si en un suero sanguíneo se consideran fijos todos los factores y sólo se hace variar un factor, en múltiples experiencias, la intensidad de la floculación crece y luego decrece para volver a aumentar, siguiendo una curva sinusoidal. (Fig. 1).



Curva sífilométrica de un caso típico de avariosis en plena evolución de la enfermedad.

El problema que se planteó Vernes fué, pues, el de hacer coincidir una parte ascendente de la curva sinusoidal con la intensidad de la infección sífilítica.

Después de millares de experiencias y de múltiples tanteos encontró una sustancia cuya preparación fuese posible de controlar perfectamente para que fuese siempre permanentemente igual y para que las reacciones fuesen exactas y precisas. Esa sustancia es el percloruro de etileno llamada por él **peretinol**, que sirve de reactivo.

Era necesario también que la escala de la intensidad de la infección sífilítica coincidiese exactamente con la curva ascendente de la floculación.

Para ello estudió y precisó todos los factores físico-químicos de la floculación. La preparación de estas soluciones es pues muy prolija: requiere, a parte de las precauciones corrientes, una temperatura uniforme del laboratorio, cubas pequeñas e idénticas, agitadores del mismo diámetro, los que se mueven permanentemente con el mismo número de revoluciones, etc.

La graduación del 0 de la infección sifilítica fué realizada por la comparación con millares de reacciones de Wassermann, de Hecht, de Kahn y otras.

Era necesario también encontrar un medio preciso de efectuar el control de la intensidad de la floculación. Para ello Vernes y sus colaboradores se orientaron hacia el control fotométrico y crearon el fotómetro que lleva el nombre de Vernes, Bricq e Yvon. Con este aparato se puede precisar la intensidad de la floculación del suero sanguíneo con una escala de más de 150 graduaciones.

Ventajas de la reacción de Vernes.

Ofrece un control preciso con graduaciones de 0 á 150°. Permite, pues, medir la intensidad de la infección sifilítica y establecer una verdadera "sifilimetría".

La numeración de 0° á 150° sobrepasa notablemente la indicación clásica de las cuatro cruces del Wassermann, Kahn, Hecht, etc. Generalmente las cuatro cruces del Wassermann llegan a la graduación 32 de la escala de Vernes. Estas graduaciones altas explican muchos casos de reacciones de Wassermann tenazmente positivas con cuatro cruces. En realidad es que la infección sifilítica sobrepasa el umbral de las reacciones corrientes que no nos orientan, ni sobre el grado de intensidad de la infección, ni sobre los progresos del tratamiento.

La sifilimetría es útil como control del tratamiento antisifilítico.

En el Instituto Profiláctico se utiliza una hoja cuadrículada, análoga a las hojas de temperatura, en donde se anota semanalmente el resultado de las reacciones de Vernes. Se obtiene así un cuadro del tratamiento lo que constituye la "sifiligrafía".

La utilidad de la "sifiligrafía" es aún más apreciable para orientar al médico sobre el valor relativo de cada medicamento antisifilítico para cada caso individual. A este respecto, la experiencia del Dr. Vernes ha clasificado los medicamentos antisifilíticos clásicos en medicamentos de **acción intensa pero poco profunda**, como los arsenicales, y en medicamentos de **acción poco intensa pero sí más profunda y duradera** como el mercurio y el bismuto. Así, por ejemplo, al arsénico está indicado en el período primario de la infección; el mercurio cuando se sospechan locali-

zaciones nerviosas; el bismuto en las localizaciones cardio-hepáticas.

Vernes aconseja, pues, tratar las infecciones en período primario por los arsenicales; ellos negativizan rápidamente las reacciones, "blanquean" el sujeto.

En períodos más avanzados aconseja iniciar el tratamiento por el mercurio o el bismuto. Como en esos casos el tratamiento siempre es largo, aconseja la **sucesión ininterrumpida** del mercurio, luego el bismuto y, por fin, del arsénico. Este es el esquema del tratamiento que se sigue en el Instituto Profiláctico; merced a esta sucesión ininterrumpida de la medicación antisifilítica el enfermo se encuentra en todo momento bajo control de su infección; a su vez, la sucesión de los medicamentos permite al enfermo descansar sucesivamente de cada sustancia medicamentosa, ya que sabemos que todas ellas son más o menos tóxicas. Además, como entre todos estos medicamentos la acción del arsénico es la más fugaz servirá para comenzar a contar el tiempo desde el cual deberá interrumpirse el tratamiento y continuar las reacciones de control; es lo que él llama el "jalón arsenical".

La escala de Vernes es útil también porque despierta interés en el enfermo, ya que puede apreciar numéricamente la intensidad de su enfermedad y seguir los procesos del tratamiento. En el éxito de la curación de la sífilis, nada es tan importante como la perfecta colaboración del enfermo.

En realidad el tratamiento antisifilítico, orientado por la sifilografía según el método de Vernes, es el tratamiento lógico e ideal. Es como controlar la temperatura con el termómetro en vez de hacerlo apreciando el calor de la piel con la mano. Este método ofrece evidentemente, un esquema lógico, que la experiencia clínica del médico se encargará de aplicar en cada caso individual.

Criterio sobre la curabilidad de la sífilis.

Vernes considera, después de miles de observaciones, que si un enfermo que ha sido tratado **ininterrumpidamente** por este método ha negativizado su reacción, después de cierto tiempo, debe continuar tratándosele **ininterrumpidamente** y con la misma intensidad durante un **tiempo doble** para realizar así el tratamiento de consolidación.

Si después de este tiempo, y siempre que se termine por el arsénico (jalón arsenical), se continúa mensualmente el control, por la reacción de Vernes, su formidable experiencia ha demostrado:

Que la reacción de Vernes, cuando se torna nuevamente positiva, ello se produce generalmente del 2º al 5º mes. Es mucho más raro que se torne positiva al 6º mes y más raro aún al 7º.

Sólo excepcionalmente la reacción se ha tornado positiva después del 8º mes.



Por eso, a los 8 meses de permanecer negativa la reacción según las reglas enunciadas sobre el tratamiento y el control, Vernes verifica la negatividad de su reacción en el líquido céfalo-raquídeo. Si ella es negativa, clínica y socialmente ese individuo puede considerársele curado, y en algunos casos ha comprobado esa curación por la observación de la reinfección del sujeto. Es lo que Vernes llamó la regla de los tres ochos (como es sabido la primitiva escala de Vernes comenzaba con el N° 8 que correspondía al 0 de la infección) pues el 0 de la infección debía mantenerse en la sangre, y luego en el líquido céfalo-raquídeo, después de 8 meses de cesar el tratamiento.

Críticas a la reacción de Vernes.

Se ha expresado que la escala de Vernes no indica en realidad la gravedad de la infección.

Ello es naturalmente cierto, la escala de Vernes precisa sólo el grado de intensidad de la infección en la sangre y ello sólo constituye un síntoma, a menudo eso está en cierta relación con la antigüedad de la infección o con la gravedad, pero no de un modo absoluto. La gravedad de la enfermedad está en relación con la localización de la infección y con la forma de las lesiones. Pero la intensidad de la infección ofrece un dato comparativo y mensurable, así como la medida de la fiebre, la cual tampoco está generalmente en razón directa con la gravedad de un enfermo. Sin embargo el progreso de la curva sifiligráfica es esencial para la conducta del tratamiento, como acabamos de ver.

Se ha criticado la precisión de las cifras en el método sifilimétrico.

Esta crítica, y Vernes lo admite, sólo puede referirse a las cifras bajas de la escala; ello es debido a desigualdades del poder de floculación de los diferentes sueros humanos. El Dr. Vernes ha precisado el margen de error que puede haber para cada graduación de la parte baja de la escala, debido a que existen sueros con hiperfloculación.

Según él, el 2% de los sueros normales llegan a 4° de su escala.

el 1/500 de los sueros normales pueden dar	5° y 6°
el 1/2000	7° y 8°
el 1/10,000	12° a 18°
el 1/650,000	27°

Un margen de error de orden físico-químico existe y se han valuado sus probabilidades. Es fácil determinar los casos erróneos por la comparación con otras reacciones. Pero una sífilis ya diagnosticada, por la clínica y el laboratorio, requiere siempre del método de la sifiligráfica para orientar el tratamiento eficaz.

Se ha hecho también la crítica del criterio de curabilidad de

la sífilis, ya que por sus graves consecuencias no se puede considerar curado a quien no lo está, y la regla de los tres ochos sufre excepciones.

Es evidente que en cada caso el médico ha de orientarse por el espíritu clínico y debe ser mucho más prudente pensando siempre en que puede hallarse frente al caso que constituye la excepción. Sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos, esta regla es exacta y en cuanto se refiere al tratamiento organizado en los grandes centros asistenciales, esta regla de la curabilidad de la sífilis constituye una norma de conducta, de la que muy pocos casos se apartan. Todos los métodos biológicos, clínicos y de laboratorio tienen un margen de error; el buen clínico debe estar prevenido y los errores serán más escasos.

Debe pensarse sin embargo que todas estas reglas se apoyan en muchos miles de casos observados y es el mayor aporte científico con que ha podido contribuir el Dr. Vernes, pues, en 1935, cuando estuve nuevamente en París, ya el Instituto Profiláctico de la rue de Assas tenía un copioso archivo con más de 550,000 gráficos perfectamente estudiados. Se puede, pues, decir que el método del Dr. Vernes ha pasado ya de la etapa de prueba y sus ventajas han sido unánimemente reconocidas.

Importancia del método de Vernes como organización social.

La reacción de Vernes ofrece ciertas particularidades que se adaptan admirablemente a una organización de lucha antisifilítica:

1º—Es un reactivo bastante difícil de preparar. Por lo tanto debe existir un laboratorio central, bien equipado con técnicos y material para poder prepararlo. Este laboratorio estaría ubicado en la capital de la República.

2º—Una vez obtenido el reactivo, la reacción de Vernes es sencilla de realizar y, más sencillo aún, de efectuar la lectura de la graduación. Además su sencillez permite que pueda efectuarse en serie, mediante instrumental adecuado, es así como semanalmente se realizan miles de estas reacciones en los diferentes centros franceses. Esta particularidad permite multiplicar los centros de control de la reacción de Vernes y de tratamiento, los cuales reciben el reactivo de la estación principal y tienen a su cargo determinadas regiones.

3º—Aparte de la estación principal y de aquellas de control de las reacciones, pueden existir muchos otros "Dispensarios", en donde se verifica el examen de los enfermos y las tomas de sangre semanales las cuales se envían a los centros de control de las reacciones. Estos dispensarios, inclusive, pueden funcionar en determinados consultorios médicos particulares.

En el Perú, esta organización es perfectamente factible y sería de una gran eficacia. Tenemos además profesionales jóvenes y muy capacitados pero que por falta de organización no tienen

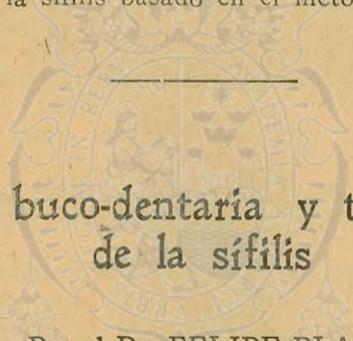
cabida ni trabajo. Sería, pues, del caso enfocar la implantación del Instituto Profiláctico con el método de Vernes, también con miras a resolver un problema médico gremial.

Quiero aquí evocar la memoria de mi padre el Dr. Mariano H. Cornejo, quien, cuando estuvo al frente de la legación en París, propugnó la implantación en el Perú de este método y de este Instituto. Un colaborador del Dr. Vernes, mi amigo el Dr. Chauchard debía venir como técnico contratado por un año para implantar la organización. Las gestiones en el Perú no tuvieron entonces resultado.

Conclusiones.

1º—La sifilimetría por el método de Vernes constituye actualmente uno de los mejores métodos de control y tratamiento de la infección sifilítica.

2º—Hay que implantar en el Perú un Instituto Profiláctico de lucha contra la sífilis basado en el método de Vernes.



Higiene buco-dentaria y tratamiento de la sífilis

Por el Dr. FELIPE PLAZA

La afecciones de la boca han merecido en los últimos años creciente atención por parte de investigadores clínicos, haciendo variar en el concepto médico, el criterio localista que predominó por mucho tiempo.

Es ya axioma prestar la debida atención a las enfermedades buco-dentarias, tanto por el papel que puedan tener en la génesis de afecciones generales, como por lo que pueden influir en el resto del organismo o ser manifestación tóxica de una terapéutica seguida en el tratamiento de ciertas enfermedades. Las infecciones de la mucosa bucal, cualquiera que sea el factor que las determine, han preocupado a los estomatólogos desde tiempo atrás. Grisolle en 1852 definía la gíngivo-estomatitis, "como una palabra de creación nueva, que servía para designar las inflamaciones de la membrana de la boca".

El criterio primitivo se ha modificado, y hoy día se considera como una afección de orden general, que se caracteriza por la

flogosis más o menos intensa de la cavidad oral, que puede tomar la mucosa o incluir en su ataque a los elementos vecinos. Su causa determinante puede ser un agente local o una afección de orden general. El polimicrobismo de la boca, actúa en las inflamaciones de tipo común, en forma secundaria. Para que se establezca una infección polimicrobiana en la boca, es condición previa e indispensable que exista una doble modificación: funcional primero, estructural después, de los elementos extrínsecos e intrínsecos del órgano atacado: la mucosa oral en nuestro caso. De manera que desde el punto de vista patogénico anterior al elemento infectivo polimicrobiano, es preciso que el agente sea mecánico, químico, biológico o infectivo y que actúe sobre la mucosa produciendo las modificaciones necesarias.

Las gíngivo-estomatitis que corresponden a inflamaciones producidas por la acción de cuerpos químicos, a la que se agrega la infección polimicrobiana, son el motivo del presente trabajo.

La gíngivo-estomatitis bismútica, es afección debida al uso intensivo que se hace muchas veces del bismuto, especialmente en la lucha antilúética.

El empleo del bismuto data desde el siglo XVIII. **Becher**, fué quien lo señaló como agente terapéutico; **Masucci** en 1889 empleó el proto-yoduro de bismuto en los accidentes secundarios de la sífilis; en 1919 **Sauton y Robert**, dieron a conocer sus experiencias de laboratorio con bismuto coloidal y tartrato bismutal básico (trepol), llamando la atención sobre su acción espirilicida y **Levaditi y Sazerac** en 1921, lo inyectan por primera vez al hombre, considerándolo agente rápido y eficaz.

La repercusión en la cavidad bucal del tratamiento bismútico, se manifiesta por signos de gran valor, que indican el grado de tolerancia del enfermo frente al medicamento. **Paul Vigne**, divide en dos grupos a los pacientes: bismútico resistentes a los tolerantes "sin manifestaciones" y bismútico intolerante a los otros.

La manifestación más saltante en la gíngivo-estomatitis bismútica, es la presencia de un festón de color oscuro en los bordes gingivales, que generalmente aparece después de la tercera o cuarta inyección en los casos de una boca normalmente aseada; en caso contrario, se presenta después de la primera; el festón suele asociarse a manchas de tamaño variable, parecidas a las causadas por la enfermedad de Addison, que se sitúan sobre la mucosa del carrillo, dorso y bordes de la lengua, de la región gíngivo-geniana y labial, con preferencia en el labio inferior.

La lengua suele presentar ligero aumento de volumen; su cara inferior muestra un puntillado negro, y los bordes ofrecen irregularidades que corresponden a las impresiones de los dientes vecinos. En la bóveda palatina las manchas circunscriben entre sí y se acompañan de un sin número de granulaciones negruzcas; alrededor del festón la encía se torna dolorosa, enrojece y aumenta de volumen; a la presión digital hay una secreción purulenta; en algunos casos se comprueban pequeñas ulceraciones

sangrantes al nivel de la papila inter-dentaria, a esto se denomina **gingivitis de alarma de Fournier**, análoga a la mercurial. Si se continúa administrando la droga, la inflamación progresa, invadiendo partes más o menos extensas, hasta llegar en algunos casos a cortar la papila en forma de media luna; a la presión masticatoria los dientes acusan dolor; hay sialorrea, disfagia, halitosis, dolor que irradia al oído y a la articulación témporo-maxilar. Además de estos signos, se comprueba ligera anemia, poliúrea, anorexia e insomnio. Debe recordarse que el bismuto se elimina por la saliva.

Apesar de esta evolución, los casos graves afortunadamente son bien escasos, y las afecciones bismúticas son mucho más benignas cuando la cavidad bucal fué previamente higienizada, estirpando todos los focos infectados (raíces, piezas dentarias con caries de cuarto grado, con abscesos apicales, piorréicas, aparatos protésicos fijos mal colocados, remoción del sarro dentario, etc., etc.).

Por lo general la evolución de este proceso morboso es de 7 a 20 días, recobrando la mucosa su aspecto normal sin dejar señales de lesión, siempre que se haya suspendido el tratamiento bismútico.

La gíngivo estomatitis mercurial, afección que comenzó a manifestarse a raíz de la explotación de las minas de mercurio, y luego como manifestaciones que siguen a la terapéutica mercurial, data de tiempo muy remoto, pues parece que fueron los árabes los que por primera vez lo usaron en forma de fricciones con el fin de combatir ciertas infecciones parasitarias.

Cuando la sífilis hizo su aparición en Europa, en el siglo XV, el mercurio era ya medicamento conocido y tardó muy poco en emplearse en la lucha contra la nueva enfermedad, considerándolo como un medicamento de "asalto". Las estomatitis mercuriales se principiaron a conocer desde esta época.

La estomatitis mercurial, producida por una intoxicación por el mercurio, corresponde al cuadro de la estomatitis ulcerosa; sus manifestaciones clínicas son las mismas que las que se indicaron con el bismuto. Hace tiempo que se conoce la afinidad del mercurio por la mucosa bucal.

Para **Miahle**, la eliminación metálica que se hace al estado de bicloruro de mercurio es la causa de la hiper-secreción salivar, y esta misma saliva alterada por las sales metálicas sería capaz de atacar la mucosa. **Basse y Wirth**, han comprobado que la cantidad de metal que se elimina por el tubo digestivo es muy pequeña. Otros sostienen que el ptialismo mercurial es sólo hiper-secreción refleja y nunca tóxica, de tal modo que el mercurio tendría acción sialogoga. **Alenkovist** ha hecho un interesante estudio sobre la patogenia de la colitis y estomatitis mercurial relacionando los accidentes que sufren las mucosas del colon y de la boca, llegando a la conclusión que la mucosa del colon impregnada de hidrógeno sulfurado que se forma en el curso de la digestión, intervie-

ne en la precipitación del mercurio que circula por los endotelios vasculares, transformándolo en sulfuro de mercurio. Los granos de metal son tomados por los endotelios vasculares y por los leucócitos y llevados al exterior. Según este autor el hidrógeno sulfurado, es el agente de la precipitación mercurial al nivel de la boca, y la causa de la gíngivo-estomatitis que se produce, pues, como puede observarse en los dientes cuyo cemento es puesto al descubierto por el tártaro, se forman a este nivel reservorios en los que se acumulan restos alimenticios que al descomponerse dan lugar a la formación de hidrógeno sulfurado.

En los experimentos que practicó en perros, en los que previamente realizó la retracción gingival alrededor de los dientes, haciéndoles luego lavados con hidrógeno sulfurado e intoxicándolos después con mercurio, comprobó en todos gíngivo-estomatitis.

Teniendo en consideración las diferentes opiniones, se puede llegar a la conclusión, que la etiología de la gíngivo-estomatitis mercurial, está subordinada a una acción tóxi-infecciosa, es decir, a la intoxicación mercurial. El terreno al exaltar la virulencia de los micro-organismos del medio bucal, especialmente los espirilos, huéspedes habituales de la boca, por la presencia de focos infectados (piezas con caries, piezas con abscesos apicales, aparatos protésicos mal colocados, etc., etc.), favorecen la aparición de la gíngivo-estomatitis.

Millian basándose en su teoría biotrópica, supone que el pasaje del mercurio favorece la virulencia de los gérmenes. Por otro lado, los "frotis" obtenidos a nivel de las ulceraciones revelan casi siempre la presencia de la asociación fusco-espirilar, hecho que prueba que las estomatitis mercuriales son de tipo de las estomatitis ulcerosas.

Los síntomas varían según que se trate del tipo, agudo, sub-agudo y crónico. En el primer caso, generalmente por intento de suicidio ingiriendo bicloruro de mercurio, se presenta fuerte ardor al estómago, seguido de violenta irritación gastro-intestinal, apareciendo más o menos a las 36 horas la gíngivo-estomatitis con sus características: boca seca, mucosa tumefacta, encías con un festón totalmente rojo, pequeñas ulceraciones a nivel de las mismas, que comienzan a extenderse poco a poco llegando a tomar casi toda la cavidad buco-faríngea, la lengua se torna tumefacta y aumenta su volumen no cabiendo dentro de la cavidad bucal, los labios se hinchan tomando un aspecto cianótico, hay halitosis, sialorrea abundante, disfagia y trastornos de la fonación. Además las glándulas salivares se tumefactan; el enfermo entra en coma y sucumbe. La evolución total es generalmente de 5 á 6 días. En los casos de curación, que son muy raros, los enfermos pasan a ser tributarios de la cirugía, porque siempre quedan cicatrices y bridas que ocasionan serios trastornos funcionales.

La forma sub-aguda se presenta, generalmente, en los tratamientos antilúéticos. Muchas veces una ligera dosis es suficien-



te para iniciar el cuadro tóxico; en otros casos sólo aparecen los signos de intolerancia después de un tratamiento prolongado. Este conjunto de signos se ha denominado **estomatitis de alarma de Fournier**. Se inicia en un costado de la arcada dentaria con ligera hinchazón, desprendimiento de la encía a nivel del tercer molar y de los incisivos inferiores medios, las papilas dentarias están ennegrecidas, habiendo ptialismo y halitosis bien marcada. **Millian** ha descrito al lado del cuadro señalado, la estomatitis neurálgica, en la que los síntomas se manifiestan con dolor a la faringe, amígdalas e irradiaciones otálgicas, cefalalgia intensa y sensación de temperatura.

Si el tratamiento continúa, el ptialismo aumenta, comienza el dolor y las pequeñas ulceraciones. A medida que la gíngivo-estomatitis avanza el proceso inflamatorio se extiende hacia el lado opuesto y comienza a formarse edema del labio inferior y aumento de volumen de la lengua. Si a pesar de esto se continúa el tratamiento, no tardan en presentarse los signos descritos en la forma aguda. He tenido oportunidad de tratar un caso de necrosis del maxilar inferior como consecuencia de una gíngivo-estomatitis mercurial producida en el curso del tratamiento de una cardiorenal por diuréticos mercuriales. El caso terminó con la muerte de la sujeto.

Las estomatitis crónicas se presentan generalmente en los profesionales que trabajan con mercurio, siendo raras en terapéutica.

De lo dicho, se deduce que es de suma necesidad y de capital importancia exigir la intervención dental tanto profiláctica como curativa antes de iniciar las curas antilúéticas y que durante el tratamiento, el odontólogo debe tener un severo control de la boca del enfermo, para saber indicar la suspensión del medicamento a la primera señal de gíngivo-estomatitis que se manifieste.

Promilina

40 UNIDADES DE HISTONA INSULINA ZINC POR CC.



Instituto Sanitas Soc Peruviana



Consideraciones médico-sociales sobre abortos determinados por enfermedades venéreas

Por el Dr. LEONCIO P. CHIRI

Encariñado desde hace muchos años con los progresos de la medicina social en nuestro país, presento algunos datos y sugerencias médico-sociales deducidas de la observación de cierto número de abortos determinados por enfermedades venéreas, que seguí en la Maternidad de Lima. Me refiero a 1,026 pacientes historiadas por mí y que en su mayoría corresponde al servicio llamado "Especial" cuya jefatura tengo el honor de ejercer.

En efecto, de 1,026 abortos:

130 los determinó la acción directa de la sífilis, clínica y serológicamente comprobada.

37 los provocó la infección gonocócica, con procesos morbosos anexiales, metro-anexiales y cierto número de ginecopatías originadas por esta infección que determinó la interrupción del embarazo.

332 los produjo causas no bien determinadas y en los que los exámenes serológicos y bacteriológicos o no se han realizado por diversas causas; o la negatividad de sus resultados, no siempre guardaron consonancia con el criterio clínico formado. En estos casos, se ha restado toda intervención criminal o casual de naturaleza venérea; y

527 los provocó intervención extraña, criminal en su mayoría y también estados patológicos múltiples, no venereanos, tales como medicación ocitócica, hiperhemesis gravídica, tuberculosis en sus diversas formas, paludismo, intoxicaciones, traumatismos múltiples, etc.

Sacando el porcentaje numérico de las historias clínicas que sólo se refieren a interrupción de la preñez por intervención de dolencias venéreas, se obtiene el siguiente resultado:

Abortos por sífilis	12.5%
Abortos por infección gonocócica	3.5%
	<hr/>
Total	16.0%

Este porcentaje no es exacto; debe ser muy inferior al verdadero que seguramente corresponde, si se tiene en cuenta el crecido número de 332 pacientes en las que no pudo descubrirse la causa del aborto, por negatividad de los exámenes serológicos y bacteriológicos o por el limitado espacio de permanencia en el Servicio que muchas veces no dá tiempo de completar su documentación; sin embargo, estos guarismos hablan bien claro, con su fría elocuencia, del fuerte coeficiente de abortos producidos por acción exclusiva de las enfermedades venéreas, que sumados a las interrupciones criminales, arrojan porcentajes fantásticos, determinando la disminución de la natalidad y ejerciendo su nefasta influencia sobre una de las funciones más sagradas: La reproducción.

Desde el año 1916 me preocupa la profilaxia anti-venérea, por ser testigo de las tragedias patológicas que este morbo produce en las maternidades de Lima y Callao, y por haber confeccionado con los datos que reuní mi tesis de bachiller a la Facultad de Medicina intitulada: "Consideraciones sobre la Sífilis y el Embarazo en nuestro medio hospitalario", trabajo que me sirvió para presentar al Tercer Congreso Científico Panamericano reunido en Lima el año 1924, una Comunicación en la que formulé el voto que fué aprobado por dicho Congreso en el sentido de recomendar a los países de América se ocuparan del certificado médico pre-nupcial.

Conclusiones

- 1.—La influencia de las enfermedades venéreas en la producción del aborto es indiscutible.
- 2.—La profilaxia y tratamiento de las enfermedades venéreas, reclama la ampliación de los servicios asistenciales del Estado y de la Beneficencia pública.
- 3.—Exámenes serológicos y bacteriológicos deben practicarse sistemáticamente a toda mujer grávida para descubrir enfermedades venéreas.

M. R.

Insulina

200 UNIDADES. — 5 CC.

LIMA *Instituto Sanitas Soc. Peruana* PERU

Noticias

CONFEDERACION SURAMERICANA DE SOCIEDADES DE PEDIATRIA.— En la segunda quincena del mes de noviembre de 1944, se reunió en Santiago de Chile, por segunda vez, la "Confederación suramericana de sociedades de Pediatría". En esta oportunidad el Perú estuvo representado por una delegación que integraron los Drs. Manuel Salcedo Fernandini, director del servicio nacional de protección materno-infantil, Gilberto Morey, subdirector del hospital del Niño y Julio Muñoz Puglisevich, miembro de la sociedad peruana de Pediatría.

Hay que celebrar que los pediatras peruanos se hayan incorporado a este movimiento suramericano de las sociedades de pediatría, porque su ausencia era lamentada por quienes siguen de cerca estas actividades culturales. El hecho era explicable si se recuerda que durante muchos años la Sociedad peruana de Pediatría no se reunía, no obstante que fué fundada el año 1930.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA PERUANA "DANIEL A. CARRION".— La siguiente es la Junta Directiva que regirá los destinos de esta Institución:

Secretario General: Dr. Enrique Navarrete.

Secretario del Interior: Dr. Julio Muñoz Puglisevich.

Secretario del Exterior: Dr. Bolívar Patiño Arca.

Secretario de Acción Científica: Dr. Juan A. Werner.

Asesores: Drs. César Merino, Alejandro Arellano, Aldo Raffo Uzátegui.

Secretario de Acción Sindicalista: Dr. Gilberto Morey S.

Asesores: Drs. Rómulo F. Tijero, Ramón Vargas Machuca, Roque Bellido Tagle, Manuel Vargas Bresciani.

Secretario de Acción Nacionalista: Dr. Froilán Villamón.

Asesores: Drs. Gabriel Delgado Bedoya, Luis A. Suárez, Miguel Angel Delgado.

Secretario de Acción Mutualista: Dr. Alberto Toranzo.

Asesores: Drs. Félix Castillo Narváez, Roger Pinillos Ganoza, Leoncio Sánchez Palacios, Gustavo Guerra.

Secretario de Administración: Dr. Belisario Sánchez L.

Asesor: Dr. Carlos Muñoz Baratta.

ASOCIACION DE MEDICOS DE LA MATERNIDAD.— Esta Institución ha renovado su Junta Directiva, habiéndose elegido el personal siguiente:

Presidente: Dr. Nicolás Cavassa.

Vice Presidente: Dr. Víctor Bazul.

Secretario: Dr. Augusto Rodríguez P.

Tesorero: Dr. Rolando Colareta.

Bibliotecario: Dr. José A. Pacheco V.

Bibliografía

RESEÑA HISTORICA DE LA EVOLUCION DEL DERECHO PENAL por el Dr. Julio Altmann Smythe.— Un vol. de 352 páginas.— Sanmarti y Cía., editores.— Lima 1944.

Este nuevo trabajo del Dr. Julio Altmann Smythe, consta de tres partes, de desigual extensión y de diferente contenido e importancia.

En la primera traza en forma compendiada las etapas de la justicia criminal, estudiando la venganza privada, la venganza divina, la venganza pública, el período humanitario, el período científico y la prepotencia del Estado. Enseguida analiza los caracteres propios de la justicia criminal en algunos pueblos de la antigüedad, para ocuparse, luego, del derecho criminal canónico y de la justicia penal en la edad media. Terminada esta parte del trabajo, hace una semblanza de Beccaria y Howard, para estudiar la Escuela Clásica criminal, con el detalle y extensión que merece esta manera técnica de juzgar el delito, que alcanzó la más alta cima con el maestro Francisco Carrara. Enseguida expone y analiza el contenido de la Antropología criminal, que puso atención en el delincuente, mencionando la obra de César Lombroso, Enrique Ferri y Rafael Garofalo, que al elaborar la Escuela Positiva del Derecho Penal, transformaron las bases sustantivas de la punición, para enjuiciar enseguida, en forma brevísima las escuelas eclecticas del Derecho Criminal. En esta primera parte del trabajo que se analiza, constituye sección importante aquella que se contrae a estudiar algunas instituciones modernas del Derecho Penal, como el concepto del estado peligroso, la sentencia indeterminada, la condena condicional, el arbitrio judicial, las medidas de seguridad, la libertad condicional y el servicio social penológico. Luego, estudia la endocrinología, la biotipología, la eugenesia, la psicoanálisis criminales, para tratar enseguida del procedimiento penal, de los sistemas penitenciarios, de la clasificación de los penados, de los institutos de criminología y de los anexos psiquiátricos.

En la segunda parte se ocupa de la evolución del Derecho Penal en el Perú, analizando las instituciones del antiguo Perú, el Perú español y el Perú independiente. En ella se estudia con propósito orgánico, la sucesión de hechos, conceptos y doctrinas que se han emitido y puesto en práctica para combatir el fenómeno delictivo en nuestro país, pudiendo afirmarse que es la primera vez que se lleva a cabo tarea tan interesante como oportuna.

La tercera parte se contrae a esbozar una futura política criminal para el Perú, sosteniendo, con acierto, que debe reposar

sobre cuatro pilares: labor docente, la ley, establecimiento de reclusión y servicio social criminológico. Al estudiar la acción docente enjuicia la docencia universitaria profesional y la de post graduados, para tratar a continuación de actividades extrauniversitarias, contenidas en una institución científica que se ocupe de intensificar el interés por los problemas criminológicos. Expone, enseguida, las deficiencias y reformas que conviene introducir en la Ley Penal vigente, tanto en el Código sustantivo como en el adjetivo, para cooperar en una moderna política represiva que debe ejercitar el Perú. La cuestión de los establecimientos de reclusión, ocupa luego la atención del autor, porque es imposible llevar a cabo tarea constructiva en la lucha contra la criminalidad sin un buen sistema de reclusorios; aquí alaba mercedamente la tarea que llevó a cabo el ex-director de prisiones peruano Dr. Bernardino León y León y espera que el plan que se dice entrará en vigencia próximamente, reúna orientaciones y técnica que no se han dado a conocer aún. Termina esta tercera parte, estudiando el significado y alcances del Servicio Social en el ámbito penológico, fincando grandes esperanzas en sus nobles y efectivas tareas.

Tal es la enumeración objetiva del contenido de este libro que ocupará lugar destacado en la escasa bibliografía penal peruana; el autor ha conquistado merecido puesto de erudito, según se desprende de las numerosas cuestiones que trata, con modernidad y acierto. Nos enorgulle un discípulo tan aventajado en el campo de los estudios penales.

Dr. Carlos A. Bambarén.

TEFEDROS

“Maldonado”

COMBATE LOS ACCESOS DE ASMA BRONQUIAL

COMPOSICION QUIMICA

Clorhidrato de efedrina	0.024 gr.
Flenobarbital	0.008 „
Teofilina	0.100 „
Dimetilamino-fenazona	0.080 „

Por tableta

POSOLOGIA

Adultos.—Una tableta, tres a cuatro veces al día

Niños.—Media tableta, dos veces al día.

LABORATORIOS MALDONADO S. A.

Av. Colombia 295 — LIMA — Teléfonos 37544 y 37545

MANUAL DE PEDIATRIA

por el

Dr. EUGEN STRANSKY

Traducida por el
Dr. MANUEL SUAREZ
PERDIGUERO

Profesor auxiliar de Pediatría en
la Universidad de Zaragoza.

PRIMERA EDICION

ESPAÑOLA

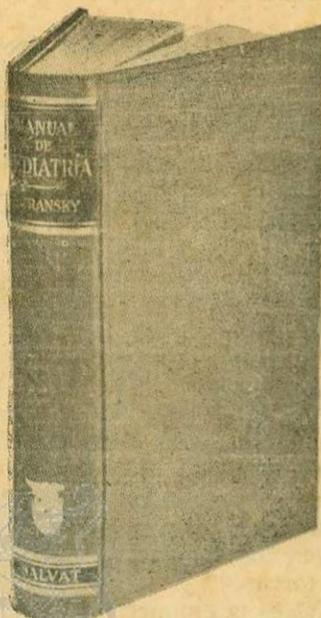
traducida de la 3ª alemana, con
notas adicionales del mismo autor
expresamente escritas para esta
edición.

Libro que contiene la síntesis y
selección de los conocimientos
modernos en Pediatría.

Este libro, editado en castellano,
no representa una simple traduc-
ción, sino la verdadera cuarta y
modernísima edición, de innegable
utilidad para todos los médicos en
general.

FORMA UN TOMO EN CUARTO,
DE 442 PAGINAS ESMERADA-
MENTE IMPRESO

En venta en las principa-
les librerías del país



COMPENDIO DE DERMATOLOGIA

por

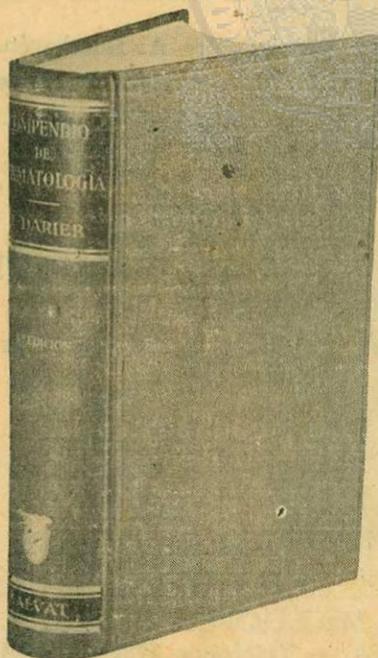
J. DARIER

*4ª edición española, 1944 revisada
anotada y puesta al día por el Dr.
J. Cabré Claramunt, dermatólogo de
los Hospitales de la Sta. Cruz y
San Pablo y Sagrado Corazón de
Barcelona.*

Contiene capítulos nuevos sobre
terreno y predisposición en derma-
tología; virus filtrantes, cuya im-
portancia en patología apenas en-
trevemos. Se han modificado pro-
fundamente los capítulos y párra-
fos titulados; eritemas, púrpuras,
eczemas eritrodermias, toxidermias,
prúrigos, linfadenias, etc., modifi-
cando notablemente las direccio-
nes del tratamiento de la sífilis y de
los cánceres de la piel.

FORMA UN VOLUMEN DE 925
PAGINAS, ILUSTRADO CON 220
GRABADOS.

En venta en las principa-
les librerías del país.



Salvat Editores, S. A. Lavallo No. 371. Buenos Aires