

# La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

## COMITE CIENTIFICO

L. AVENDASO — 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 QUINONES

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

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. 980**

**Febrero 1945**

## SUMARIO

- |   |    |
|---|----|
| Capacidad civil y debilidad mental, por los doctores Carlos A. Bambarén, Augusto Prado y Leonidas Avendaño, pág. .... | 33 |
| Servicio social y protección materno infantil, por la señorita Consuelo Castañeda Cabada, pág. ....                   | 42 |
| El problema venéreo entre los indígenas, por el doctor José Marroquín, pág. ....                                      | 51 |
| Asociación de sífilis y tuberculosis en la infancia, por el doctor Félix Ocampo Eguren, pág. ....                     | 57 |
| Regulación civil de la aptitud física nupcial, por el doctor Enrique Díaz de Guijarro, pág. ....                      | 61 |



# **Vitaminoterapia insupe- rable para Lactantes, Niños y Adultos**

---

Para lactantes

## **HALIVEROL**

La fuente natural más rica de las vitaminas liposolubles A (anti-infecciosa) y D (anti-raquíctica).  
Fascos de 10 y 50 cc. y fascos de 25 cápsulas.

Para niños

## **FERRADOL**

El tónico vitamínico que contiene las tres vitaminas más importantes A, B y D con hierro y malta.  
Fascos originales de 11 onzas y 1 libra.

Para adultos

## **ABDOL o ABDOL-C**

El Abdol contiene vitaminas A, B<sup>1</sup>, B<sup>2</sup> y D, en cápsulas, y el Abdol-C vitaminas A, B<sup>1</sup>, B<sup>2</sup>, C y D en cápsulas.

Ambos en fascos de 25 y de 100 cápsulas.

---

---

**Parke, Davis & Compañía**

## Capacidad civil y debilidad mental

Por los Doctores,

**CARLOS A. BAMBAREN, AUGUSTO PRADO**  
y **LEONIDAS AVENDAÑO**

En el año 1931 se ventiló ante los tribunales de justicia de Lima, juicio de interdicción de Dn. Emilio C. quien había efectuado un contrato de compraventa que trataba de anularse en caso de prosperar la pérdida de su capacidad civil.

En el curso del proceso judicial se emitieron los siguientes dictámenes, que se publican para incrementar la bibliografía nacional sobre psicopatología forense.

### Dictamen de los Drs. Bambarén y Prado.

Emilio C. de 27 años de edad y raza mestiza, nació en Callahuanca distrito de la provincia de Huarochirí; posee instrucción primaria completa y se dedica a labores de Comercio. Fecha del examen: enero de 1931.

**Antecedentes hereditarios y personales.**— Los padres del examinado han muerto a consecuencia de procesos morbosos que comprometieron el corazón y los riñones.

Han sido 6 hermanos, de los cuales 2 han muerto en la infancia.

De los hermanos que viven hemos examinado a dos de ellos, uno de sexo femenino y otro de sexo masculino. La hermana que tiene 33 años, es una insuficiente mental, en la cual predomina la disminución de la capacidad valorativa; ha tenido varios hijos de distinto padre y desde los primeros años de su desarrollo sexual, no ha controlado su libido, entregándose con gran facilidad a los primeros requerimientos amorosos. Cuando se la interrogó sobre esta materia, dijo que los hombres eran muy malos, que le ofrecían matrimonio, pero que nunca se habían casado con ella.

La familia dice que siempre ha sido muy zozca, que colocada en la Escuela fué muy escaso su aprovechamiento y que sólo puede ocuparse de los menesteres más humildes de la casa.

El hermano que hemos visto tiene continente decente y según se nos ha referido es bastante laborioso, dedicándose al comercio.

Emilio C. dice haber padecido de sarampión y paludismo. Refiere la familia que cuando alcanzó la edad escolar fué enviado a la Escuela, pero que el aprendizaje no lo hizo con facilidad, pues, siempre estuvo retrasado en relación con sus compañeros.

**Datos antropométricos.**— Estatura 1 m. 62. Peso 130 libras. Brazada 1 m. 66. Longitud cráneo-isquiática 88 cm. Longitud del esternón 21 cm. Distancia de la horquilla esternal al pubis 53 cm.

Cráneo: Diámetro anteroposterior máximo 18,5. Transverso 15. Circunferencia 56 cm. Circunferencia anterior 29 cm.

**Examen somático.**— Sujeto relativamente delgado, con escaso panículo adiposo.

En el aparato ocular no hay nada anormal. Pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

En la cavidad bucal los dientes están bien implantados y regularmente conservados. La lengua presenta ligero temblor. En el istmo de las fauces la úvula está aumentada de tamaño.

En el aparato circulatorio el corazón está normal; late 68 veces por minuto.

En el aparato respiratorio los pulmones están normales. Hay 18 respiraciones por minuto.

El examen del sistema nervioso descubre exaltación de los reflejos tendinosos en el lado izquierdo del cuerpo.

La dinamometría dá con el aparato de Collin 31 en ambas manos.

El perímetro torácico medio 86,5 cm.

**Examen psicológico.**— Se ha examinado al sujeto con el auxilio de la serie de Terman, que sólo es la adaptación y ampliación de la serie de Binet-Simón, obteniéndose los siguientes resultados:

Resuelve satisfactoriamente	los tests de 8 años	8 años
”	5 tests de 9 años	10 meses
”	1 test de 10 años	2 meses
”	3 tests de 12 años	9 meses
”	2 tests de 14 años	8 meses
		10 años 5 meses

La edad mental del sujeto examinado corresponde pues a 10 años 5 meses; teniendo en cuenta su edad cronológica se obtiene un cociente intelectual, que sólo alcanza a 0,39.

Estudiando sus elementos psíquicos, tales como la atención, memoria, percepción, ideación, afectividad, instintos, voluntad, conciencia, etc., se descubren en el examinado datos interesantes.

La atención es buena en calidad pero no en duración; fácilmente es presenta la fatiga psíquica acompañada de cansancio físico.

La memoria ofrece distintas perturbaciones, principalmente en forma de falsificaciones de la actividad mnésica.

La percepción es normal; no hay alucinaciones, ni ilusiones.

La ideación es anormal; hay confusión de ideas, trastornos de la imaginación y ligero delirio de grandezas.

La afectividad es superficial, pueril. Vive la vida del sujeto de mentalidad inferior. Las emociones quedan en la superficie de la conciencia.

Los instintos fundamentales de carácter individual, no se manifiestan con la nitidez propia de estos elementos que gobiernan la subconciencia. Los instintos de la especie no se han exteriorizado en el sujeto, pues, dice el examinado que hasta la fecha no ha tenido relaciones sexuales.

En la esfera volitiva los trastornos son bien intensos. Hay abulia e indecisión; ligeras esterotipias; muchos tics en la cara, principalmente cuando habla; es inestable y muy sugestionable, de modo que cuando se le pide una respuesta y se la contradice, varía de parecer, duda de lo que ha dicho y sus conceptos quedan en la incertidumbre más pueril.

El sujeto se deja fácilmente influenciar por palabras o actos de los demás. La autonomía de su voluntad está casi a merced de la voluntad de los que lo rodean; le falta espíritu crítico, que le permita discernir y resistir a la acción sugestionadora de los demás. Existe una verdadera docilidad morbosa en Emilio C. de modo que su personalidad ha perdido todo el valor probatorio para el testimonio.

He aquí algunas de las muchas respuestas que nos ha dado en el curso del examen:

“Quieres a tu hermano? — Caramba, si lo quiero bastante; él me ayuda, me ayuda bastante.

“Necesitas dinero? — Sí, porque si no me van a botar del nuevo terreno. Caray... porque si no hasta me suben.

“Como es tu hermana? — Es muy retraída, tiene vergüenza, contesta zonzamente.

“Y si fuese más viva? — Tendría su voz más clara, más precisa, más todo.

### Conclusiones

Después del examen que antecede se puede sostener que Emilio C. es un débil mental en grado bastante apreciable; un tonto, un hazmereir en el lenguaje vulgar.

Las perturbaciones de su capacidad psíquica, no comprenden por igual a las diversas facultades mentales; la más perturbada es la esfera volitiva, que ofrece hondos trastornos en el campo de la sugestibilidad.

## Dictamen del Dr. Avendaño.

Por auto de 20 de marzo de 1933, se me nombró perito médico-forense "para que dictamine sobre si la debilidad mental de don Emilio C. es accidental o congénita, y para que informe sobre el estado mental de éste en julio de 1929, época de la celebración del contrato a que se refiere la demanda".

a).—Como cuestión previa, y antes de abordar el lleno de mi cometido, es conveniente que llame la atención a que Ud., señor juez, acepta como hecho bien probado y definitivamente juzgado que don Emilio C. es un **débil mental**; declaración ajustada a las reglas de la lógica, fundamentada como se halla en la opinión pericial de seis facultativos entre ellos los doctores **Carlos Bambarén y Augusto Prado**, y en la declaración de interdicción de Emilio C., pronunciada por el juzgado en 16 de abril de 1931. Para justificar, desde el punto de vista de la psiquiatría médico-forense, el auto en que se declara la interdicción de Emilio C., voy a permitirme transcribir a continuación el modo de pensar al respecto, de dos eminentes maestros en esta importante disciplina. El doctor **Francisco de Veyga**, profesor jubilado de medicina legal de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, hablando de la capacidad civil, dice: "**Capacidad** es la representación que tiene la persona ante la ley. Capacidad quiere decir, en este caso, aptitud completa para dirigirse por sí mismo en la sociedad, por propia iniciativa y con perfecta conciencia de sus actos. A esta aptitud no se llega sino después de una evolución lenta y progresiva, que comporta el arribo a la plenitud del desarrollo físico y la adquisición del desenvolvimiento psíquico necesario para estar seguro de su propio gobierno". El profesor **Krafft-Ebbing**, de conocida reputación mundial, se expresa así: "La posesión completa de todos los derechos de ciudadano constituye la capacidad civil, y para que exista es necesario que el individuo esté en condiciones de cuidar útilmente sus asuntos y sus intereses sin ayuda de nadie".

Con todo, y a pesar de la categórica declaración a que me he referido, he creído no sólo conveniente sino de imperativa obligación —para el buen desempeño de mi cargo— verificar el examen médico legal de Emilio C., lo que he efectuado en dos ocasiones, habiendo así podido corroborar en todas sus partes el dictamen de los doctores **Bambarén y Prado**, expedido en 17 de enero de 1931, en que concluyen afirmando: "que Emilio C. es un débil mental, un insuficiente mental, en grado bastante apreciable, un tonto, un hazmerreir en el lenguaje vulgar". A nada conduciría repetir lo dicho en el citado documento médico legal: las respuestas que me ha dado a las preguntas que le he hecho, son idénticas, en su simplicidad e incoherencia, a las reproducidas por los doctores **Bambarén y Prado**. De la indiferencia con que contesta a las cuestiones que le planteé, sólo salió para manifestarse exaltado al tratar de su negocio, de la venta de las baratijas, revelando en-

tonces desmedida avaricia y absoluta desconfianza para todo el mundo. Pude también apreciar, empleando la Escala de Binet-Simón descrita por el profesor Terman y adaptada al Perú por los profesores Luis H. Bouroncle y E. Ponce Rodríguez, que la edad mental de Emilio C. corresponde a 10 años 5 meses y, finalmente, desde el primer momento que lo vi, me impresionó su facies estúpida, sus incesantes e incoordinados movimientos de sus manos y los tics de su cara. Emilio C. tiene el hábito exterior de un verdadero débil mental.

b).—“La debilidad mental de don Emilio C. es accidental o congénita”.— Los débiles mentales forman el gran grupo de los desequilibrados psíquicos, de los degenerados, en cuyas profusas filas se va en escala desde el hombre normal, en él que el desequilibrio del psiquismo es ligero, apenas perceptible, hasta el enagenado, en él que el trastorno de la psiquis alcanza su grado máximo anulando la personalidad del sujeto en todas sus manifestaciones.

La degeneración, según el concepto de muy notables autores (Darwin, Haeckel, Spencer, Lombroso, Ferri, Sergi, Ameghino) condensado por Masciotra, “es un fenómeno de involución, es decir un fenómeno de regresión en la especie. Esta involución o “regresión, o, lo que es lo mismo, falta o detención del desarrollo —cuyas causas pueden sintetizarse en dos palabras, herencia o “ambiente— hace que aparezca en el hombre, formas, sentimientos, hábitos, tendencias, de antiguos ascendientes o de algunos “tipos de la escala zoológica. En una palabra, la regresión es una “fuerza atávica que hace que el individuo tienda a readquirir los “caracteres y funciones de los ascendientes”.

Entre estos degenerados, los débiles mentales “son todos los “que tienen alterada la vida psíquica en su conjunto, y especialmente en sus funciones intelectuales; todos aquellos cuyo cerebro ha padecido en el curso de su desarrollo alguna afección que “ha determinado la detención de dicho desarrollo o le ha hecho “seguir vías patológicas, quedando al final incompleto o perverso”.

La evolución de la debilidad mental, como la de todas las degeneraciones, está influenciada por causas muy diversas, que pueden actuar sobre el sujeto, durante su vida intra-uterina, en el claustro materno, o en el curso de la vida extra-uterina, cuando el individuo sufre las influencias del medio que lo rodea.

En el primer supuesto, la afección será congénita; existe desde el momento del nacimiento y va caracterizándose más y más, a medida que el individuo va entrenándose en la lucha por la vida, en la que le faltan aptitudes para defenderse de la indiferencia o de la malevolencia de los demás. Entre las causas que actúan en este caso, debo mencionar —entre otras muchas— las enfermedades de los progenitores, que se transmiten por herencia, la sífilis, el alcoholismo (la cópula practicada por el hombre en plena intoxicación alcohólica aguda engendra indudablemente un

ser débil mental por lo menos), los desequilibrios del psiquismo en todos sus grados; la tuberculosis, principalmente de la madre, que determina debilidad congénita y a veces desarrollo incompleto del niño; las enfermedades infecto-contagiosas que afectan a la madre durante la preñez; los grandes traumatismos psíquicos, las impresiones morales depresivas, de la madre, etc., etc.; que alteran la nutrición del embrión y determinan defectos de desarrollo, físico y psíquicos. Así se generan las monstruosidades, las anomalías de conformación, los grandes o pequeños trastornos de la mente, los desequilibrios psíquicos, los degenerados que, al decir de **Magnan**, son seres congénitamente debilitados en sus facultades de adaptación al medio.

En el segundo supuesto, cuando la degeneración es la resultante de las influencias del medio ambiente, en el que, sí por una parte el individuo encuentra los elementos de todo género necesarios para su subsistencia y desarrollo fisiológico, por otra también está constantemente amenazado por otros elementos extraños al organismo que lo dañan, física o moralmente, y que a veces culminan por la "alteración del principio de la vida, con o sin "lesión de los órganos o de las funciones", (**García Solá**), que constituyen las enfermedades. En este grupo hay que considerar: a los agentes físicos; a los gérmenes patógenos de las enfermedades infecto-contagiosas, que intoxicando la célula nerviosa entran su nutrición y provocan el desequilibrio de su funcionamiento, el desequilibrio psíquico; a las violencias traumáticas, que lesionan o mutilan el organismo; a las grandes conmociones del sistema nervioso; a todas las calamidades de la humanidad, epidemias, endemias, escasez o falta absoluta de recursos para la vida, la miseria, la mala habitación, la infracción de los preceptos de la higiene; y, en una palabra, todas las circunstancias que inician el desarrollo y mantienen el reinado de la degeneración. Como fácilmente se comprende, todos los organismos no reaccionan por igual al ataque de estos agentes causales de la enfermedad: los fuertes, los orgánicamente bien constituidos, los que cuentan con poderosas reservas, se defenderán con bríos y saldrán victoriosos de la lucha; pero, en cambio, los raquíticos, los endebles, los que poseen taras hereditarias o adquiridas, los que tienen nutrición defectuosa, etc., serán vencidos en la contienda y, o sucumbirán o se exacervarán las malas condiciones de su existencia. De lo expuesto, se deduce que la debilidad mental adquirida, accidental, se presentará de preferencia en los sujetos mal constituidos, en aquellos que ya están predispuestos al advenimiento del desequilibrio de su sistema nervioso, al desequilibrio psíquico.

Después de esta corta digresión que he creído conveniente hacer para la mejor dilucidación del asunto, voy a discutir si la **debilidad mental** de don Emilio C. es congénita o accidental.

Si bien no me ha sido posible obtener con la amplitud debida, todos los antecedentes familiares de Emilio C., porque el



hermano que los suministra no los posee con la exigible minuciosidad, hay sin embargo a este respecto algunos datos, pocos, pero importantes, que demuestran que ha existido una poderosa causa de orden familiar, que ha intervenido en la génesis de su desequilibrio psíquico. Emilio C. ha tenido cinco hermanos, de los que dos han fallecido en la infancia, y de los tres sobrevivientes, una es una insuficiente mental, recluida en el manicomio, con disminución de la capacidad valorativa y que no ha tenido freno alguno para ceder a las exigencias de su libido. Como se vé son dos los hermanos de Emilio C. que ofrecen signos inequívocos de desequilibrio psíquico; y como en los dos el trastorno se ha exteriorizado desde la infancia, hay que concluir en que ha existido una causa que ha actuado por igual sobre ambos organismos: causa que precisamente ha tenido que ejercitar su dañina actividad, durante la vida intra-uterina de ambos. Si se hubiera podido efectuar una prolija investigación respecto a los estados grávidos de la madre de Emilio C., estoy seguro que se habrían adquirido datos seguros y positivos a este respecto. Este solo hecho basta para asegurar que la debilidad mental de Emilio C. es congénita; pero además vale tomar en consideración los siguientes factores: el retardo mental que reveló Emilio C. en su infancia, durante su vida escolar; su completa anafrodisia, no ha tenido relaciones sexuales ni ha experimentado deseos de satisfacción genésica, lo que prueba que los respectivos centros del sistema nervioso que presiden a las exteriorizaciones de la libido sufrieron alguna lesión coetánea con el proceso morboso que suspendió el desarrollo embrionario y generó la debilidad mental; y lo sugestionable que ha sido siempre desde los primeros años de su vida.

Queda por investigar si sobre el organismo de Emilio C. han actuado, después del nacimiento, influencias capaces de haber generado la debilidad mental que lo aqueja. Nada hay en el pasado patológico de Emilio C. que permita aceptar tal eventualidad; pues no ha sufrido serios traumatismos del cráneo, ni ha sido víctima de graves procesos infecto-contagiosos, ni ha tenido que soportar las inclemencias del hombre o las angustias de la miseria. Su vida ha sido monótona, sin grandes peripecias, diríasele sin provecho para la colectividad; pero para él se ha deslizado tranquila, sosegada, sin estrecheces ni privaciones; pero con la persistente marcha de su debilidad mental congénita, que no se ha procurado modificar, siquiera fuera en mínima escala por medio de una educación adecuada, tal como hoy se emplea en las escuelas especiales para sujetos anormales y retardados, en las que la pedagogía bien utilizada realiza verdaderos milagros.

Después de lo expuesto me creo suficientemente autorizado para afirmar que la **debilidad mental de Emilio C. es congénita.**

c).—**Cual era el estado mental de Emilio C. en julio de mil novecientos veintinueve.**— Si como lo he probado en los párrafos anteriores, la **Debilidad mental de Emilio C. es congénita,** es

evidente, de toda evidencia, que en julio de mil novecientos veintinueve, su estado mental era idéntico al que tiene en el momento actual y al que tuvo en 16 de abril de 1931; pues, como ya lo he dicho antes, no se ha hecho uso alguno de los valiosos recursos de la pedagogía moderna, para modificar en poco o en mucho su desequilibrio psíquico, el serio trastorno de su defectuosa mentalidad.

d).—Ya casi terminado este dictamen, llega a mi poder el proveído de 30 de marzo, en que manda poner en mi conocimiento el escrito presentado al juzgado en 29 del mismo mes, por la parte demandada, en el que pide que al expedir mi informe me pronuncie, sobre “si la debilidad mental de Emilio C. ha podido considerarse como **notoria**, en el sentido del art. 27 del Código “Civil, en la época del contrato”, artículo que dice: “Los actos “anteriores a la interdicción del loco o fátuo pueden ser anulados, “si la causa de la interdicción existía notoriamente en la época en “que se verificaron”; añadiéndose en el escrito, “que al informar “sobre el estado mental del interdicto en julio de 1931, exprese “si la debilidad mental de que adolece, pudo considerarse como “**notoria** en aquella época”.

Esta petición la considero improcedente y extraña a mi función de perito. Es improcedente, porque si conforme a lo que reza en el Diccionario de la Lengua Castellana, “**Notorio** es lo Público y sabido de todos”, no sé como habría podido imponerme de la debilidad mental de Emilio C. en 1929, cuando no sabía si existía la familia C. sobre la superficie de la tierra, viviendo como vivimos en medios muy distantes y ejerciendo actividades tan disimilares. Y es extraña a mi función como perito médico forense, porque para saber si un hecho es o no notorio, no se necesita tener conocimientos especiales en rama alguna de la ciencia, sino escuchar a diario la **vox populi vox dei**.

Ahora, si lo que se desea saber es si la debilidad mental de Emilio C. pudo “apreciarse a la simple vista, o mejor por el trato “ordinario del que padece la tara mental, sin necesidad de procedimientos técnicos y la observación paciente del especialista”, diré lo siguiente: la debilidad mental de Emilio C., como puede juzgarse por los documentos médico-legales que actúan en el proceso, no es de aquellas bien enmascaradas, que se disimulan a la simple vista de la multitud, que pertenecen al grupo de los que actúan como sujetos normales en sociedad, aquellos a los que cuadra perfectamente el “ni somos todos los que estamos, ni estamos todos los que somos”; ni tampoco es una debilidad mental ruidosa, de aquellas que se imponen a la simple vista a doctos y a profanos, a educados e ineducados, a muchachos y a adultos, a la masa total de la población en una palabra. Es una debilidad mental en grado bastante apreciable, como lo dicen los doctores **Bambarén y Prado**; que será desconocida por los analfabetos, por el **grosso público**, por los sujetos carentes de cultura; pero que ha podido ser perfectamente conocida, y serlo actualmente, por

las personas educadas, de poca o esmerada cultura, acostumbradas al trato diario de gran número de personas de todas las condiciones sociales y de todos los grados de instrucción y educación.

e).—Por todo lo dicho en los párrafos anteriores, me creo autorizado para formular las siguientes conclusiones:

Primera:— La **debilidad mental** que padece Emilio C. es congénita;

Segunda:— El estado mental de Emilio C. en julio de mil novecientos veintinueve, era el que corresponde a su desequilibrio psíquico, a su debilidad mental; y

Tercera:— La debilidad mental de Emilio C. pudo ser desconocida en julio de 1929, por los sujetos de humilde condición social, por los analfabetos, por el grosso público, como lo he dicho; pero pudo ser apreciada por los sujetos de cultura más o menos refinada.

# ESPLENICO

INYECTABLE

## Desalbuminizado

LIMA

M.



R.

PERU

EXTRACTO DE BAZO

AMPOLLETAS DE 2 CC.

*Instituto Sanitas Sociedad Peruana*

## Servicio social y protección materno infantil

Por la Srta. CONSUELO CASTAÑEDA CABADA

### II.—SERVICIO SOCIAL EN LA PROTECCION OFICIAL MATERNO INFANTIL

La protección de la infancia limeña ha recorrido dos etapas: Primera sin normas para regular la defensa del niño, guiada únicamente por la caridad; segunda en la que el Estado reconoce su obligación e interesado por llevar a cabo esta labor a partir del año 1925, establece organismos públicos.

La Ley que organizó la Junta de Defensa de la Infancia el 7 de Abril de 1922, fué el principio de la acción del Estado al tomar la dirección del amparo del niño; desde entonces los problemas de la infancia se atienden con criterio técnico, científico y responsabilidad, permitiendo extender después a todo el país, lo que sólo estaba localizado a la capital de la República.

La Junta formuló un programa de protección a la madre y al niño, desde la época pre-natal hasta la adolescencia o sea en la primera y segunda infancia, edades en que se graban las huellas espirituales y físicas que más tarde formarán al hombre de nuestra patria.

El Decreto Supremo del 25 de Abril de 1925 que reglamentó las actividades de la Junta de Defensa de la Infancia, dice así:

La Junta de Defensa de la Infancia es organismo que representa al Estado en todo lo relativo a la protección y defensa de la infancia en el territorio de la República. Para obtener estos resultados la Junta deberá realizar las siguientes actividades:

- a) La protección de la mujer embarazada y gestante, y la puericultura intra-uterina;
- b) La protección de la mujer durante el parto;
- c) La protección del recién nacido prodigándole los socorros indispensables;
- d) La protección de la lactancia natural y la fiscalización sobre la industria de nodrizas;
- e) La protección de los niños abandonados;

- f) La protección de los niños víctimas de una paternidad moralmente en quiebra;
- g) La protección y asistencia de los enfermos;
- h) La propaganda intensa sobre las prácticas necesarias para oponerse a la mortalidad infantil;
- i) La defensa del niño contra las enfermedades infecciosas que atacan de preferencia la infancia, aún antes del nacimiento;
- j) La protección y asistencia de la infancia en la edad escolar;
- m) La protección y asistencia de la mujer y el menor obrero;
- n) La educación física obligatoria a los niños.

La Junta podrá ampliar este programa de acuerdo con los recursos que posea y con las necesidades de una más completa cultura física, intelectual y moral de la infancia.

Por Decreto Supremo del 26 de Abril de 1925 se creó el Instituto Nacional del Niño, con el objeto de que sirviera de órgano técnico en todo lo relacionado con la defensa y amparo del niño, también para organizar la propaganda en la República en favor de la infancia y difundir los conocimientos fundamentales para despertar en la conciencia popular, la práctica de la puericultura y centralizar las relaciones de la Junta de Defensa de la Infancia, con todas las instituciones públicas y privadas que atendían a la niñez.

La Junta de Defensa de la Infancia funcionó hasta 1930, sustituyéndola la Comisión Protectora del Niño, que incorporó a su seno al Instituto Nacional del Niño y al Hospital del Niño, pero como no se fijara con precisión las atribuciones de orden administrativo de ese organismo, en la práctica las dos instituciones continuaron dependiendo, independientes, del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, hasta que se resolvió por Ley, a partir del 4 de Mayo de 1937, que el Instituto Nacional del Niño dependa directamente de la Dirección General de Salubridad.

Así constituido, el Instituto Nacional del Niño ha sido el órgano técnico y ejecutivo que dependiendo de la Dirección General de Salubridad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, está encargado de proteger y asistir al niño, desde su etapa pre-natal hasta su edad escolar, de divulgar la Puericultura e Higiene infantil, de luchar contra las enfermedades infecto-contagiosas propias de la infancia, de proteger a la madre del abandono, y asistirle durante el embarazo y la lactancia, librando a la familia de la miseria e ignorancia de la higiene. A partir del año 1943, cambió su nombre por el de Servicio Nacional de Protección Materno Infantil, aumentando sus actividades con la creación de nuevos servicios asistenciales.

Desde el año 1940, bajo la hábil dirección del Dr. Manuel

**Salcedo Fernandini**, ha ampliado el radio de sus actividades, implantando el Servicio Social con una Asistencia Social egresada de la primera promoción de la Escuela de Servicio Social del Perú.

El Servicio Social dentro de este organismo, tuvo sus primeras manifestaciones con la Escuela de Visitadoras Sociales de Higiene Infantil que funcionó el año 1925, para preparar personal especial encargado de los servicios sociales de los diversos establecimientos de la institución, aprobándose por Resolución Suprema de 15 de Octubre de 1931, el plan de estudios de la Escuela de Visitadoras Sociales de Higiene Infantil y Enfermeras de Puericultura. La labor de las visitadoras sociales, se dirigió principalmente al cuidado de la salud del niño, ocupándose actualmente muchas de ellas en los dispensarios de lactantes y otros servicios de estos problemas sociales, con labor muy encomiable.

Con las actuales asistentas sociales se enfoca el trabajo social en el seno de la familia, cumpliéndose así sus más modernas directivas.

El Decreto Supremo de 2 de Julio de 1943, que creó el Servicio Nacional de Protección Materno Infantil, remodelando la protección de la infancia, dice así:

#### **El Presidente de la República.**

Considerando:

Que para el mejor éxito de la política emprendida por el gobierno en favor de la protección al niño y a la madre, es de la mayor conveniencia, establecer criterio técnico normativo de las obras encaminadas a dicha finalidad, unificando y coordinando las actividades de los diferentes organismos que se dedican a tal propósito.

Decreta:

Art. 1.—Créase el Servicio Nacional de Protección Materno Infantil que funcionará como servicio especial de asistencia y previsión, de la Dirección General de Salubridad.

Art. 2.—El Servicio Nacional citado será el órgano de acción centralizadora en cuanto concierna a la asistencia médico social del niño y de la madre, que presta la Dirección General de Salubridad, y de coordinación, orientación, y supervigilancia técnica de actividad similar de las instituciones públicas o particulares.

Art. 3.—El Servicio Nacional de Protección Materno Infantil, estará constituido por el actual Instituto Nacional del Niño y su filiales y por las dependencias que se cree en lo futuro. La jefatura del Servicio Nacional la desempeñará el director del mencionado Instituto.

Art. 4.—La campaña de protección materno infantil, que realice el Estado en forma directa o por intermedio de las institu-

ciones públicas o privadas sujetas al régimen de control señalado por este decreto se orienta en orden a la:

- a) Protección a la familia, en estado de abandono o miseria, cualesquiera que fueren sus causas;
- b) Asistencia y vigilancia del embarazo;
- c) Persecución del aborto y feticidio;
- d) Asistencia del recién nacido y del prematuro;
- e) Protección a la lactancia materna;
- f) Supervigilancia y control de las nodrizas mercenarias;
- g) Asistencia extra hospitalaria del parto;
- h) Vigilancia del normal desarrollo y evolución psíquica del niño;
- i) Asistencia del sub-normal, del niño en peligro, del deficiente sensorial y del lisiado;
- j) Supervigilancia del cumplimiento de la legislación social, en favor de la madre y del niño;
- k) Educación materno infantil; y
- l) Estudios y controles bio-estadísticos.

Art. 5.—El Servicio Nacional de Protección Materno Infantil centralizará la estadística general de morbo-mortalidad en el medio infantil, para cuyo objeto todos los servicios de protección a la infancia que corren a cargo del Estado o de instituciones u organismos que le dependan en cualquier forma o de instituciones de carácter privado, quedan obligados a remitirle los datos pertinentes que les soliciten.

Art. 6.—El Servicio Nacional de Protección Materno Infantil, presentará a la Dirección General de Salubridad el proyecto de reglamento, que normará sus funciones conforme a las pautas generales determinadas en este decreto. Tal reglamento será aprobado por resolución suprema.

Dado en la casa de Gobierno, en Lima, a los dos días del mes de Julio de mil novecientos cuarentitres.— **Manuel Prado.**— **Constantino J. Carvallo.**

El Servicio Nacional de Protección Materno Infantil, ha adquirido pues, con este Decreto, mayor importancia dentro de la organización de la Salubridad Pública.

#### a) Su evolución.

La protección oficial de la infancia ha experimentado cambios, pero sobresale, sin lugar a dudas, el que se operó en 1940, al implantarse el Servicio Social, creándose una oficina de Servicio Social a cargo de una asistencia social, que atendía a las familias de la sección de Amparo legal a la maternidad. Fué entre estas familias donde la asistencia social, hizo por primera vez un servicio social amplio, enfocado directamente al grupo familiar, atendiendo, también, solicitudes de otros servicios que le enviaban casos, así como de otras instituciones, previa autorización.

El año 1941 se creó un puesto auxiliar de Servicio Social en el Callao, en vista de las muchas solicitudes que se recibían de ese puerto. En 1942 se tomaron siete asistentas sociales más, que se adscribieron a los Dispensarios de lactantes de San Sebastián, Barrios Altos, La Victoria, Rímac y Balnearios del Sur, organizándose el trabajo por sectores, con ampliación de las actividades del Servicio Social. Al crearse el año 1943 la "Clínica de Orientación de la Niñez", se nombró para esta sección dos asistentas sociales más. (1) El año 1944 se ampliaron las actividades del Servicio Social con la creación de los sectores de Magdalena, Lince, Chacra Colorada, y el servicio especial de "Partos a domicilio" tomándose a seis asistentas sociales más, una para cada puesto auxiliar y tres para el servicio finalmente citado. (2). Se ha nombrado, también, personal auxiliar para la "Oficina Central" de Servicio Social, así como para los sectores donde se ha acrecentado su radio de acción con el consiguiente aumento de trabajo.

Los institutos departamentales de las ciudades de Cuzco y Puno, cuentan con Servicio Social, el primero desde el año 1942 y el segundo desde 1944. Cada uno de estos servicios está a cargo de una asistencia social.

En la fecha, el servicio social de la Protección oficial materno infantil, cuenta con 16 asistentas sociales en Lima y 2 en provincias.

### b) Estado actual

El Servicio Nacional de Protección Materno Infantil tiene organizado su Servicio Social, en la siguiente forma:

La ciudad de Lima se ha dividido en sectores, sin tener en

---

(1)—Carmen Herencia.— "Importancia del Servicio Social de la Clínica de Orientación de la Niñez". Tesis presentada a la Escuela de Servicio Social.— Lima, Octubre de 1944.

(2)—El servicio de "Partos a domicilio", tiene por objeto atender gratuitamente a la madre indigente en su hogar, de manera que ésta no lo abandone trasladándose a la Maternidad, dejando solos a sus hijos y trastornando con su ausencia de unos días la vida de la familia. Este servicio actúa en conexión con los consultorios prenatales, anéxos a los dispensarios de lactantes.

Son tres las asistencias sociales que trabajan en esta sección, atendiendo al niño y a la madre desde la gestación, nacimiento y puerperio, coordinando su labor con las asistentas sociales que actúan dentro de los dispensarios de lactantes.

Para atender un parto en domicilio se requiere: primero el informe de la asistente social que será sobre si realmente la madre es indigente; en caso de serlo, informará sobre las condiciones higiénicas de la vivienda, si hay agua y desagüe cerca, sobre la existencia de cama, sábanas, toallas, lavatorio y demás útiles necesarios en estos casos y sobre si puede comprar las medicinas que se necesitan. Averigua, igualmente, si hay alguna persona, hija o familiar, que atienda a la parturiente.

Expone pues las condiciones económicas, higiénicas y morales, informe que completa el tocólogo examinando a la gestante para pronosticar la forma en que se realizará el parto. La asistencia social hace posible muchos partos a domicilio, proporcionando lo necesario para el parto y después de él, ropa para el recién nacido.





cuenta la división por cuarteles que hace el plano policial de Lima, sino según los medios de transporte y la proximidad a los Dispensarios de lactantes, que son el centro de partida de la labor social, porque a ellos concurre el niño en la primera época de su vida y desde ahí es posible alcanzar al hogar, asistiendo a la familia.

Esta organización permite a las madres ahorrar tiempo y economizar dinero que gastarían en movilidad, pudiendo solicitar ayuda del Servicio Social en su propio barrio.

Estos puestos de servicio social están a cargo, cada uno de ellos, de una asistente social y dependen de una Oficina Central de Servicio Social, que funciona en la Dirección y Dispensario Central del Servicio Nacional de Protección Materno Infantil. La oficina está a cargo de una asistente social jefe.

En esta oficina funciona conjuntamente la Sección de Amparo legal a la maternidad. Esta sección tiene por objeto hacer que el padre pase una pensión alimentaria a los hijos menores de 18 años, que estén separados de él (3).

A fin de que la Sección de Amparo Legal a la Maternidad tenga más fuerza jurídica y mayor radio de acción, pudiendo cumplir ampliamente con su labor en bien de la madre y del niño, existe el proyecto de elevar esta sección a la categoría de Procuraduría y Defensa de la Maternidad y de crear un Consultorio Jurídico, que atienda consultas de carácter legal, fuera de los reclamos de alimentos.

A cargo de la sección, Amparo Legal, hay otra asistente social, jefe de dicha sección; cuenta así mismo con los servicios de dos abogados, profesionales que se ocupan de la parte jurídica; hay dos señoritas empleadas: una que se entiende con la Caja de la sección Amparo Legal, es decir, con la recepción y entrega del dinero, de padres a hijos y otra que atiende la contabilidad, desempeñando también funciones de secretaria. Como empleado auxiliar se cuenta con los servicios de un portapliques.

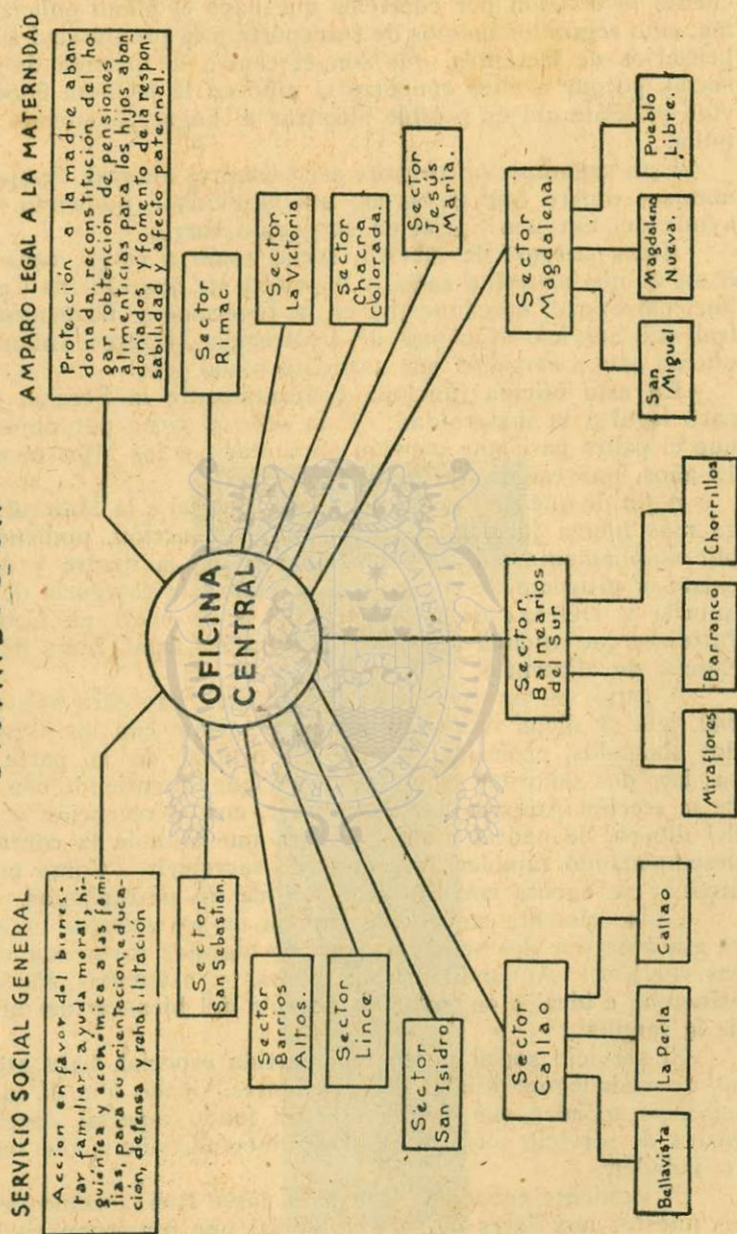
Cada asistente social que trabaja en los puestos de sectores es ayudada por dos señoritas, que en algunos casos son visitadoras sociales. Aunando así visitadoras y asistentes sociales sus esfuerzos e ideales en favor ya no sólo del bienestar del niño sino de la familia.

El servicio social posee una partida especial, para atender a las necesidades materiales de los clientes, siendo uno de los pocos servicios sociales que cuenta con un fondo especial, destinado a gastos de servicio social y que ha aumentado año a año según las actividades.

El siguiente esquema sirve para darse cuenta cómo dependen los puestos auxiliares de servicio social que funcionan en los dispensarios de lactantes, de la "Oficina Central" de Servicio Social.

(3)—Elsa Samanez.—"Protección a la Madre Abandonada". Tesis presentada a la Escuela de Servicio Social.— Lima, Diciembre, 1941.

SERVICIO NACIONAL DE PROTECCION MATERNO INFANTIL  
SECCION SERVICIO SOCIAL  
DISTRIBUCION



Son seis los dispensarios de lactantes, que existen en Lima, dependiendo del Servicio Nacional de Protección Materno Infantil y donde hay servicio social.

Su nombre y ubicación es el siguiente: Dispensario de Lactantes de San Sebastián en el girón Callao N° 694; "Tomás Valle" en La Victoria, Av. Manco Cápac N° 409; "Francisco Pizarro" en la Av. del mismo nombre N° 584; "Ayacucho" en el girón Junín N° 1312; "Chacra Colorada" en la Av. del Progreso N° 1398 y el de "Lince" en la calle Manuel Candamo N° 598.

Ultimamente se ha creado otro Dispensario de lactantes en la calle Carmen Alto N° 1181, que por estar situado en los barrios altos y próximo al Dispensario de Ayacucho, se puede considerar como un anexo de éste.

El sector social ha tomado el nombre del barrio en que está instalado el dispensario de lactantes. Pero en el gráfico se puede ver que hay en Lima dos sectores más: el sector de Jesús María y el sector de San Isidro, que como no tienen dispensario de lactantes los atiende una asistente social, que hay con este objeto en la "Oficina Central".

El sector de Jesús María necesita un dispensario de lactantes, tanto para instalar el puesto social, como por el servicio mismo que prestaría a este sector de la ciudad, que aunque está próximo al Hospital del Niño y al Consultorio de Niños de la Cruz Roja Peruana, no poseen los recursos y finalidad de un dispensario de lactantes.

El sector de San Isidro por ser un lugar de la ciudad donde hay poca población necesitada, y sólo hay solicitudes para la sección Amparo Legal a la Maternidad, puede aún postergar la instalación de un dispensario de lactantes.

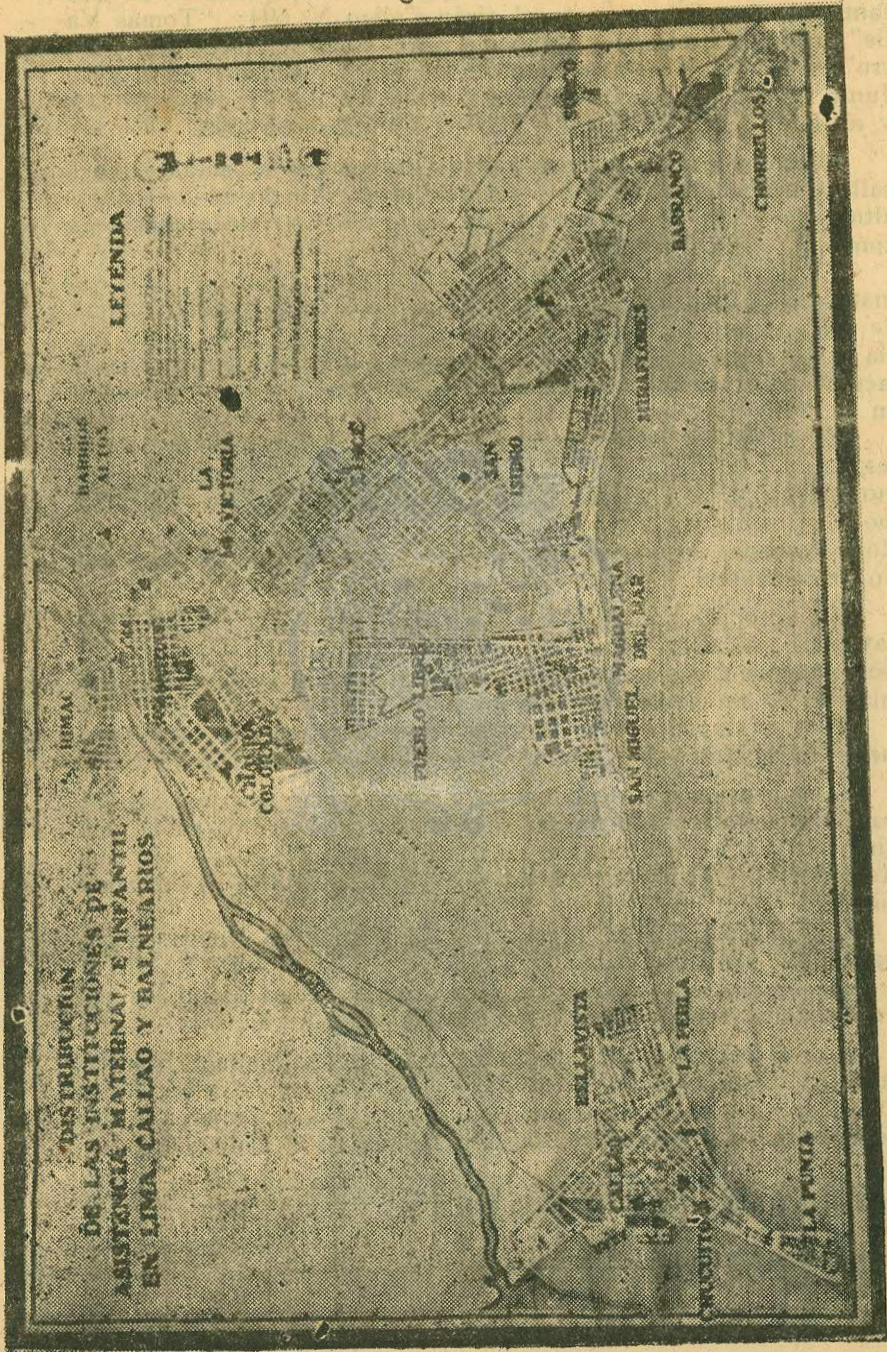
Pero el servicio social no sólo está organizado en los dispensarios de lactantes de Lima, sino también en los de balnearios.

Los dispensarios de lactantes de balnearios son los siguientes: Dispensario de lactantes o infantil de Chorrillos en la calle Lima N° 232; el de Barranco en la calle Junín N° 307; y el "Luis Morquio" en Miraflores en la calle Esperanza N° 191. Tienen una asistente social con sede en Miraflores.

Los dispensarios de lactantes de la Magdalena Nueva en Bolognesi N° 524, de Pueblo Libre en la Plaza Bolívar N° 815, y de San Miguel en la calle La Mar N° 459, están atendidos por una asistente social con sede en Magdalena Nueva.

Los dispensarios de lactantes del Callao, "Manuel Bonilla" en la Av. Buenos Aires N° 1015, de Bellavista en la calle Méjico N° 169, y el de la Perla situado en la calle Túpac Amaru N° 465 disponen de una visitadora social con sede en el Callao.

Según el plano adjunto es posible darse cuenta de la distribución por sectores del Servicio Social, en Lima y Balnearios, así como de las instituciones que pertenecen al Servicio Nacional de Protección Materno Infantil.



## El problema venéreo entre los indígenas

Por el Dr. JOSE MARROQUIN

El Departamento de Puno, por muchos motivos, es la sede obligada de cuanto estudio se realice sobre la raza aborígen. En primer lugar, es el Departamento en el Perú que contiene mayor cantidad de indígenas (506,449, según el Censo de 1940) y en el que los mestizos ocupan un número insignificante (41,225 o sea 7.65% de la población total); en segundo lugar, es el Departamento que conserva en su mayor pureza a la primitiva población indígena del Perú, ya que de su Lago Sagrado surgieron los primeros pobladores del Perú y acaso de América, conservando junto a su pureza racial, sus costumbres y creencias ancestrales; y, en tercer lugar, en el Departamento de Puno es donde únicamente se conservan, al lado de los quechuas y confundidos con ellos los pobladores aimarás, que ya no existen en ningún otro lugar del territorio, por lo que, solamente en Puno, se puede estudiar, por su número y calidad, al aborígen peruano.

Entre las muchas enfermedades, por su cantidad y trastornos sociales y hereditarios que ocasiona, la sífilis ocupa el primer lugar, siguiéndole los demás males venéreos. Aunque la avariosis no es oriunda de América, es un hecho que ha existido desde los tiempos más remotos del Incario, como lo muestran las lesiones específicas encontradas en los huesos de sus momias (muchas que se creyeron trepanaciones craneanas han resultado osteítis sífilíticas), las representaciones de su alfarería y el poseer su idioma la palabra "huanti", propia para designarla. Y así como ha existido la sífilis, también han habido las demás enfermedades venéreas, y extendidas de un confin a otro del territorio, por lo mismo que no poseyeron conocimientos científicos sobre su propagación y tratamiento, aún cuando recién se sabe que utilizaron la pirotterapia provocada por el "chujcho" (paludismo) para curarla. La existencia de esta enfermedad en el Antiguo Perú, lo prueban los huacos con sus estigmas degenerativos (tipo heredo-luético) y las referencias de los Cronistas de la existencia de tataros en el Incanato.

Con la conquista hispana, que se caracterizó en lo cultural por hacer desaparecer cuanto significaba indiano, la sífilis cobra mayor actividad, al punto, que los mismos españoles, la contrajeron en gran escala, a tenor de las referencias históricas; de aquí que se atribuyera a América, el origen de la epidemia europea

del siglo XV, precisamente al regreso de los conquistadores a España, siendo únicamente el recrudescimiento, por este tiempo, de una antigua y ya conocida enfermedad en Europa. Incluso se fraguó la teoría completamente desechada en nuestros días, por no tener comprobación científica, que el indio era congénitamente sífilítico, por tener actos sexuales con la llama, animal que poseía de modo normal el espiroquete de Schaudinn.

Acaso por esta generalización de la sífilis, el indio se haya vacunado en cierto modo contra la enfermedad, al punto de no observarse en los que la padecen las lesiones propias de tan grave dolencia; o tal vez tenga algún acierto en su curación la medicina autóctona, cosa que se puede generalizar para las demás entidades venéreas.

Mas la observación técnica de estos tiempos (1), hace ver que el indio está en el período de infecciosidad aguda de la sífilis, por la magnitud de sus lesiones iniciales y por su generalización. En efecto: últimamente, se ha podido comprobar verdaderas epidemias de sífilis entre los indígenas, al descubrirse focos de 15 y más enfermos en pequeñas poblaciones del campo, esto es, en pleno medio rural indígena, siendo desde luego mayor el número entre las indias de las ciudades, en donde, no siendo solicitadas por sujetos de la misma raza, ya que se hallan en plan de comercio carnal, contagian más bien a mestizos, por desgracia soldados y jóvenes estudiantes en su mayor parte. Y en cuanto a las lesiones que presentan, sorprende verdaderamente su virulencia, pues casi siempre son chancros múltiples que invaden hasta zonas completamente alejadas de los genitales, como los muslos o el hipogastrio, y en todas las edades: adultas, criaturas y ancianos.

Aún cuando todavía no disponemos de una estadística de infecciosidad rural, pueden servir, para formarse un concepto del asunto, los siguientes datos recogidos de nuestra experiencia sanitaria en Puno: En mayo de 1942, mandamos un Inspector a la isla de Amantani, donde nos habían denunciado una epidemia, comprobando dicho empleado que se trataba de 15 casos de venéreas, en su mayor parte sífilis. En abril de 1943, enviamos otro Sanitario a la península de Capachica, también por denuncia de epidemia, habiendo encontrado sólo casos de gonorrea y sífilis en número de 18, siendo la población de este lugar ciertamente escasa, comparada con los ayllos del distrito. Iguales comprobaciones se han realizado en Acora, Paucarcolla y Pichacani, para citar solamente algunos de los medios rurales del Departamento, sin contar las observaciones de los colegas de las otras provincias, como las de Azángaro, Ayaviri y San Román, en la que ha habido necesidad, a insistentes solicitudes del Médico Titular, de establecer un Dispensario Antivenéreo, recientemente inaugurado.

(1)—Según la Memoria del Médico Titular Dr. Daza, en 1871 sólo se registró un caso de sífilis.

En cuanto a otras enfermedades venéreas en indígenas de la ciudad de Puno, —no obstante de que solamente llegan a la consulta las enfermas que han sido requisadas en la vía pública, como meretrices clandestinas—, disponemos de las estadísticas del Hospital y del Dispensario, lugares donde solamente se atiende por lo general indígenas, restándonos los casos de los mestizos, que únicamente se atienden en los consultorios particulares. Así, de 1939 á 1942, se han atendido de venéreas los siguientes casos:

	Sífilis				Gonorrea				Chancro blando			
	1939	1940	1941	1942	1939	1940	1941	1942	1939	1940	1941	1942
Hospital	26	115	304	200	69	139	342	53	3	9	13	
Dispensario	315	291	126	249	219	59	32	212	20	12	15	27
	341	406	430	449	288	198	374	265	23	21	28	27

Estos datos hacen ver dos hechos importantes y de lo más graves: 1º, que el número de sífilíticos ha ido en aumento año tras año y 2º, que los sífilíticos se hallan en mayor número en el medio de Puno que los gonocócicos.

Si solamente duplicamos estas cifras, —pues cuando menos hay una mitad de enfermos que no vienen ni al Hospital ni al Dispensario,— tendremos que el total de venereópatas indígenas en la ciudad de Puno, —de apenas unos diez mil aborígenes (1)— es alrededor de 1,000 por año; o sea que, por cada diez indígenas de la ciudad de Puno, hay un sífilítico.

Estos datos apenas dan una idea pálida de la realidad en materia de extensión y gravedad de los males venéreos entre los indígenas; situación que tiene que ir empeorando, ya que aún no se ha encarado la curación del venereópata aborígen en los medios rurales y es muy limitada e imperfecta en las ciudades.

Es preciso, para poder plantear la campaña antivenérea entre los indígenas, conocer las causas que mantienen y extienden los males venéreos entre la población aborígen; ciertamente muy diferentes que las que afectan a las colectividades mestizas en otros lugares del territorio.

En primer lugar, son las **creencias erróneas** de su mentalidad primitiva, lo que hace imaginar a los males venéreos entre los indígenas como provocados por un golpe, o por el aire o el frío;

(1)—Según el último Censo, todo el distrito de Puno tiene 22,472 habitantes, de los cuales son indígenas 14,864, blancos y mestizos 7,587, amarillos 9, negros 4 y no declarados 17.

resistiéndose a aceptar que se contraen en las relaciones sexuales y causados por gérmenes, ya que todavía mantienen la concepción mágica en el origen de las enfermedades y no han ingresado a la era microbiana. Esto, la vez que favorece la contaminación, pues no se priva el indígena del acto sexual en el curso de una de estas enfermedades por no creerla contagiosa, dificulta también el conocimiento de las fuentes de contaminación, a las que no delatan por ignorar haya sido en el trato sexual el origen de su enfermedad, más que por otros motivos, de reclusión en el Hospital para la curación o de castigo, por ejemplo.

En segundo lugar, están los **hábitos antihigiénicos** del indígena; ya que jamás se asea no sólo los genitales antes y después del acto sexual, sino el resto del cuerpo y en todos los días de su vida. Huelga decir el ambiente propicio que encuentran los males venéreos en este desaseo del indígena, a la vez que la falta de profilaxia antivenérea post-coitum.

En tercer lugar están la **apatía e incredulidad** propias del indígena en el tratamiento que le ofrecen los mestizos, dando lugar a que se sometan a curas por hechicería o herboltería, desde luego siempre incompletas y de lo más imperfectas, que los convierten en portadores crónicos de sus males, en la mayor indolencia.

En cuarto lugar, está la **incultura** del indígena en materia médica respecto al tratamiento de las enfermedades venéreas, que creyendo estar sano a la cicatrización del chancro por las primeras inyecciones de arsenicales, abandona la curación, incluso escapándose del recluímiento hospitalario en que obligan a colocarlos, para siquiera hacerles un primer ataque antilúético. Sólo considerando este comportamiento del indígena en la cura antisifilítica, fruto de la experiencia en el ejercicio médico en medios de aborígenes, se desvanece la universal sorpresa de cuantos visitando un Hospital de indígenas, encuentran el insólito hecho de guardar por tiempo muy prolongado a los indios o indias sifilíticos en sus servicios, con elevado desembolso para sus instituciones tutelares, cuando lo económico es el tratamiento ambulatorio en estas enfermedades; el que empleado entre los aborígenes, con la seguridad de que asisten a una o acaso las primeras curaciones, sólo aumenta y extiende estas enfermedades de suyo ya tan generalizadas.

En quinto lugar y principalmente, está el gran desarrollo que ha tomado la **prostitución** entre el elemento aborígen. Aún cuando élla ha existido desde el incario (las "pampayrunas" de que habla **Garcilaso**), es en su mayor parte por necesidad y por el espíritu altamente interesado de remuneración económica, al lado del ningún valor ético que tiene el acto sexual para la indígena, lo que la está prostituyendo en una gran proporción (1). Es así

---

(1)—Todas las indígenas atendidas en el Hospital y el Dispensario (250 en 1942), han ejercido la prostitución, y si por cada enferma hay 3 sanas, puede calcularse la gran cantidad de ramerías indígenas.



como se la vé, ya desde las primeras horas de la noche, deambulando por calles y plazas y en un gran número, en busca de requerimientos carnales que satisfacen a la paga más insignificante; siendo accesible por lo mismo a los que, como los soldados y los escolares, disponen de poco dinero para estos fines. Fuera de estas meretrices indígenas (llamadas "tuta-tutas" en las lenguas nativas), que han encontrado el medio fácil de asegurarse la vida, profesionalizándose en la prostitución, y con los graves peligros de los actos realizados en cualquier lugar y sin ningún control, están las indígenas que disimulan su vicio empleándose como cocineras, lavanderas y, lo que es peor, como amas, exponiendo a la infancia que se entrega a su cuidado a contaminarse de algún mal venéreo; estas meretrices son las más peligrosas, porque enferman a los miembros jóvenes de una familia y son las fuentes más activas de contaminación, ya que se les cree sanas, al tener una ocupación en casas de mestizos. Finalmente, hay indígenas, que sin haberse profesionalizado en la prostitución realizan actos esporádicos, concubinatos y hasta adulterios con suma facilidad, dada la fragilidad sexual de la aborigen, por un cierto erotismo racial que hay que reconocerle (acaso por su infantilismo genital e hipoovarismo endocrino), unida siempre a la ausencia de sentido ético del acto (la castidad y la virginidad les son desconocidas) y al utilitarismo que gobierna su vida o a la inconsciencia en que las pone las sendas borracheras de sus interminables fiestas; siendo predispuestas a esta labilidad sexual, por las actividades en el campo, de completo abandono a toda vigilancia, por sus prácticas festivas de excitación, por la promiscuidad de la vida familiar, por las costumbres del servicio doméstico ante los patronos, su semidesnudez, la calidad de su matrimonio en "sirvinacuy", etc., todo lo cual conlleva la precocidad sexual de la indígena, la licencia y hasta el incesto; facilitando la contaminación venérea en gran número de casos.

De acuerdo con estos conocimientos, la campaña antivenérea en las poblaciones aborígenes debe abarcar sustancialmente los siguientes aspectos: **instructivo**, para liberar a los indígenas de sus creencias erróneas sobre la forma de contaminarse de los males venéreos, para enseñarles la necesidad del aseo sexual por higiene y como profilaxia venérea, para desterrarles su curanderismo y su apatía, para inculcarles confianza en el médico y sus tratamientos, para culturizarlos en ideas eugénicas de transmisibilidad hereditaria de la sífilis, para orientarlos en su conveniente curación, para familiarizarlos, en fin, con el Dispensario y con el Hospital, en la atención de los males venéreos; esta instrucción se dará en todos los centros de agrupación indígena (ferias, escuelas, cuarteles, etc.), mediante charlas periódicas por los Médicos al Servicio del Estado, Maestros y Brigadas de Culturización, procurando el empleo de medios objetivos (cuadros murales, cinematógrafo, etc.), ya que entre los indígenas hay un gran porcentaje de analfabetos; **represivo**, o sea el riguroso re-

quisamiento de las prostitutas indígenas callejeras y de las que ejercitan la prostitución disimulada desde los diversos cargos domésticos; **preventivo**, exigiendo por los patronos el certificado de salud a toda indígena empleada o que se ofrezca para ocupar una vacante, requisito extensivo al sexo masculino, en los empleos domésticos, de minas, haciendas, ejército, guardia civil y de seguridad, escuelas, refectorios, granjas, etc.; completando estas medidas con disposiciones sanitarias de mejor vivienda y vestido, lucha antialcohólica, prohibición de tanta fiesta aborígen y reglamentación de las que se permita, supresión del pongaje y sistema de servicio, abolición del "sirvinacuy", de la vagancia, etc.; **curativo**, creando Dispensarios Rurales y prodigando a larga mano y con la mayor gratuidad posible, medicamentos antiveneréos; recluyendo a los enfermos indígenas en las Salas Antiveneréas del Hospital hasta su completa curación, para evitar, por las razones anotadas, que vuelvan a los ayllós en período contagiable o con peligro de su salud posterior y la de su descendencia.

En esta campaña contra los males venéreos entre los indígenas, deben colaborar armónicamente los Poderes Públicos y la Sociedad, mediante el establecimiento en la mayor parte de lugares de aborígenes de las llamadas Ligas Antiveneréas, constituidas por funcionarios del Gobierno y representativos de cada localidad, las que tendrían por objeto colaborar a la realización de una efectiva campaña antiveneréa y el control de la eficiente y austera actividad de los organismos sanitarios, en funciones de trascendencia eminentemente social.

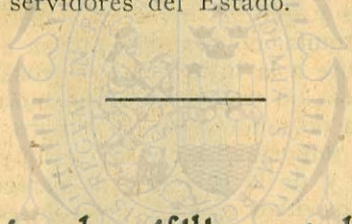
### Conclusiones

1ª—La población indígena de Puno está fuertemente contaminada de enfermedades venéreas (por cada 10 aborígenes de la ciudad de Puno hay 1 sifilítico y por cada 20 un gonocócico); hallándose además en el período agudo de infecciosidad (se aprecia cada año el aumento progresivo de estos enfermos, con la agravante, que está en el doble el número de sifilíticos en relación con el de gonocócicos, siendo muy escasos los infectados por Ducey, 1 por cada 200).

2ª—Las principales causas de la extensión de las enfermedades venéreas entre los aborígenes, son: a) conceptos erróneos sobre el origen de estas enfermedades, creyéndolas causadas por el aire, el frío o un golpe; b) hábitos antihigiénicos, pues jamás realizan el aseo genital; c) apatía para dejarse la enfermedad; d) curanderismo por hechicería o herboltería de estas dolencias; e) avance de la prostitución indígena (por necesidad, por instinto utilitario, por erotismo, por abandono, por promiscuidad en la vivienda, por semidesnudez, por invaloreación ética del acto sexual, por el sistema de colonos, por la frecuencia de sus fiestas alcoholizantes, etc.).

3<sup>a</sup>—Un plan de campaña antivenérea en los medios indígenas, debe abarcar principalmente los siguientes aspectos: **a)** instructivo, por charlas de lo más objetivas, por el grado de analfabetización del aborígen, en todos los lugares de concentración humana (ferias, escuelas, cuarteles, etc.), de higiene sexual y profilaxia antivenérea, por todos los funcionarios sanitarios al servicio del Estado; **b)** represivo, por riguroso requisamiento de las prostitutas indígenas callejeras y las que disimulan su vicio desde un empleo doméstico; **c)** preventivo, exigiendo por los patronos el certificado de salud a los indígenas de los dos sexos que se empleen en sus casas, minas, haciendas, refectorios, granjas, escuelas, cuarteles, etc.; suprimiendo las fiestas indígenas y el uso del alcohol, mejorando la vivienda y el vestido, etc.; **d)** curativo, prodigando larga mano y en forma gratuita los medicamentos antivenéreos y teniendo a los indígenas sifilíticos en las Salas de los Hospitales hasta su completa curación.

4<sup>a</sup>—Hay que recomendar el establecimiento de Dispensarios Antivenéreos en plenos medios indígenas rurales (actualmente sólo existen urbanos) y la creación de "Ligas Antivenéreas", formadas por funcionarios de sanidad y representantes sociales, con fines a la colaboración en la lucha antivenérea y al control de las actividades de los servidores del Estado.



---

## Asociación de sífilis y tuberculosis en la infancia

Por el Dr. FELIX OCAMPO EGUREN

Este tema es muy extenso, por lo cual sólo me ocupo de estadística y clínica general, basado en 2,000 niños matriculados en el Dispensario Antituberculoso anexo al Hospital del Niño, pabellón N° 6, durante el año 1941 y parte de 1942.

Debido a las semejanzas que existen entre tuberculosis y sífilis, esta cuestión ha sido objeto de constante estudio hasta que se descubrieron los agentes patógenos de estas dos enfermedades.

La sífilis congénita es susceptible de crear condiciones especiales que favorezcan el desarrollo y la instalación de la tuberculosis? Y en caso de que el bacilo de Koch se implante, la tuberculosis tomará una forma particular? Ahora bien, producida

la asociación, ¿Será posible observar una entidad nueva, es decir, un tipo híbrido en el que actúan ambas igualmente o con predominio de una de ellas? ¿La sífilis favorecerá en el individuo el desarrollo de la tuberculosis?

Las opiniones difieren en extremo. **Sergent**, por ejemplo, afirma que las relaciones de la sífilis y la tuberculosis, son íntimas, que crean un terreno especial y originan lesiones de naturaleza híbrida y de marcha clínica también especial. **Hutinel** admite la idea de **Sergent**. Otros autores no la admiten, entre ellos **Mercier**, que se ha preocupado mucho del asunto y ha llegado a conclusiones firmes por lo que respecta a estas relaciones. En primer lugar, dice, que la tuberculosis no parece ser más frecuente en los niños afectos de sífilis congénita, que en los sujetos indemeses. Sin embargo, se muestra más reservado en lo que respecta a las tuberculosis locales (óseas) y a las lesiones escrofulosas, que es más frecuente observar en los luéticos congénitos. En niños afectos de tuberculosis osteoarticular han encontrado otros autores la proporción de 72.3% de reacciones serológicas positivas.

Parece que se tiende a admitir ahora que los lazos patológicos que se observan entre sífilis y tuberculosis son poco numerosos, poco precisos y que las investigaciones en el terreno de la clínica y de la anatomía, no permiten llegar a resultados concluyentes en lo referente a la influencia recíproca y que la infección mixta no llega a crear un tipo nuevo anatomo-clínico. **Bernheim** y **Maurice Favre** en la tesis doctoral del primero, llegan a la siguiente conclusión: "La importancia que se atribuye a la posible asociación de la sífilis y de la tuberculosis parece menos considerable de lo que muchos otros creen y tan sólo con argumentos biológicos irrefutables será dable conceder un origen tuberculoso a las lesiones ganglionares que evolucionan en un terreno sífilítico".

En algunos casos, poco frecuentes, como lo asevera **Pehu** y **Dufourt**, la sífilis imprime una marcha especial a la tuberculosis: la esclerosis abunda en las lesiones, contrariamente a lo que se observa en el curso de la tuberculosis infantil común. A veces estas enfermedades asociadas presentan manifestaciones mixtas que alcanzan cierto grado de mejoría por las medicaciones específicas.

A continuación relato tres observaciones más o menos diferentes:

**Primera observación.**— Niño de 10 años de edad, J. T. con pasado patológico marcado, con anomalías dentarias de heredolues no muy manifiestas, con reacción de Kahn positiva (tres cruces), que hace un cuadro agudo de lobitis superior derecha, que se ulcera y al intentar neumotorizarlo por cuatro veces, no se encuentra "pleura libre"; con bacilo de Koch positivo y después de un año de tratamiento con arsenicales (Mafarside), bismuto y mercurio, su reacción no varía y su tuberculosis ha regresado algo con tratamiento higiénico dietético.

**Segunda observación.**— Niño J. L. de 7 años; ingresó a la sección de curables con el diagnóstico de sífilis y tuberculosis de primoinfección, cuyos síntomas han sido de los "delicados del pecho"; bacilo de Koch negativo, aún cuando no en el lavado gástrico. Después de un año de estadía en el servicio la reacción de Kahn no se modifica, pero su lesión pulmonar ha regresionado. Recibió como tratamiento antilúético: dos series de solusalvarsan y dos de cianuro de mercurio.

**Tercera observación.**— Niño de 12 años, S. S. que estuvo en el servicio de graves durante dos años y medio; ingresa con el diagnóstico de tuberculosis bilateral, ulcerosa derecha y lues. Recibe tratamiento adecuado modificándose hacia la negatividad su reacción serológica y mejorando mucho su tuberculosis. Abandona el servicio para continuar su tratamiento en la sección de adultos. Neumotorax con buen colapso, siendo el esputo negativo al bacilo de Koch.

Para terminar daré algunas cifras estadísticas:

En los 2,000 matriculados en el Dispensario durante el año de 1941 y parte de 1942, se han diagnosticado de tuberculosis en sus diversas formas pulmonares, 809 niños, o sea 40.4%. En los 809 he encontrado 38 casos de sífilis: sólo se pudo encontrar manifestaciones congénitas en pocos de ellos; en la mayoría la reacción de Kahn denunció la infección; el porcentaje es de 4.6%. Con relación al diagnóstico clínico y epidemiológico están repartidos de la siguiente manera:

**Grado 1.**— 9 casos (Primoinfección en regresión, pleuresías serofibrinosas.) 23.6%.

**Grado 2.**— 17 casos los más numerosos (primoinfecciones tuberculosas, aparentemente en actividad) 44.8%.

**Grado 3.**— 12 casos (Fibrocáseosa bilateral, neumonía caseosa, bronconeumonía tuberculosas) 31.6%.

Promedio de edad 6 años 8 décimos.

Es imposible formular conclusiones sobre las mutuas influencias entre sífilis y tuberculosis en la infancia.



He aquí el cuadro resumen de las 38 observaciones de asociación sífilis y tuberculosis en la infancia:

No. de orden	Ficha	Diagnóstico	Edad
1	5.015	Primo-infección tuberculosa	Lúes 6 años
2	5.043	Tuberculosis nodular bilateral	" 11 "
3	5.085	Granulía	" 12 "
4	5.092	Fibro caseosa bilateral	" 10 "
5	5.175	idem	" 13 "
6	5.188	Primo infección tuberculosa	" 3 "
7	5.350	idem	" 5 "
8	5.369	idem	" 5 "
9	5.381	Tuberculosis bilateral	" 4 "
10	5.382	Tuberculosis residual	" 8 "
11	5.433	Tuberculosis de primo-infec.	" 7 "
12	5.461	Neumonía caseosa con siembra broncógena	" 2 "
13	5.482	Primo infec. tubercul. y Mal de Pott	" 6 "
14	5.620	Ulceró caseosa bilateral	" 12 "
15	5.631	Pleuresía serofibrinosa	" 12 "
16	5.638	Tubercul. bilateral fibro-cas.	" 13 "
17	5.674	Tubercul. de primo-infec.	" 7 "
18	5.691	idem.	" 9 "
19	5.693	idem.	" 4 "
20	5.699	idem.	" 1 $\frac{1}{2}$ "
21	5.749	Tuberculosis bilat. fibro-cas.	" 2 $\frac{1}{2}$ "
22	5.775	Tuberculosis en regresión	" 4 "
23	5.779	idem.	" 6 "
24	5.856	idem.	" 5 "
25	5.877	Tuberculosis primo-infec.	" 8 "
26	5.787	Tuberculosis en regresión	" 10 "
27	5.919	Tuberculosis primo-infec.	" 5 "
28	6.133	Broquiectasia.-Tuberculosis latente	" 5 "
29	6.170	Neumonía caseosa	" 4 "
30	6.206	Tuberculosis primo-infec.	" 1 "
31	6.265	idem.	" 11 "
32	6.300	idem.	" 4 "
33	6.404	idem.	" 2 "
34	7.012	Tubercul. bilat. fibro-cas.	" 11 "
35	7.058	idem.	" 11 "
36	7.078	idem.	" 12 "
37	7.298	idem.	" 9 "
38	7.562	Tubercul. de primo-infección	" 4 "



## Regulación civil de la aptitud física nupcial

Por el Dr. ENRIQUE DIAZ DE GUIJARRO

1.—Una de las condiciones esenciales para las nupcias es la aptitud física. Dentro de la regulación tradicional del derecho matrimonial, la aptitud física se sustenta en un fin inmediato: La consumación del matrimonio. Este fin inmediato es exclusivo y suficiente, sin que lo acompañe la aptitud física mediata, es decir, la capacidad para engendrar y la posibilidad de lograr una descendencia sana.

De acuerdo con estas ideas, la habilidad física para el matrimonio se concreta a tres requisitos fundamentales: Diversidad de sexo, pubertad y potencia "coeundi".

La diversidad de sexo —condición natural para el matrimonio—, la pubertad —aptitud para la generación— y la potencia "coeundi" —capacidad para el acto sexual, con exclusión de la facultad de engendrar—, consideran la consumación del matrimonio y la posibilidad de que cumpla su función procreadora; pero sin tomar en cuenta las condiciones de la eventual generación ni su calidad.

La aptitud física nupcial responde, ideológicamente, a las mismas bases éticas de los impedimentos clásicos: La diversidad de sexos, porque al ser la condición natural para el matrimonio, excluye la repugnancia que suscita la unión de personas de igual sexo; la pubertad, porque sólo después de lograda se concibe —de acuerdo con la moral actual— la realización del matrimonio, desde que éste no puede unir a innútiles, no sólo porque carecen de capacidad física para llenar una de las finalidades de las nupcias, sino también por su falta de capacidad para expresar el consentimiento; y la potencia "coeundi", porque sin ella no es posible consumir el matrimonio en su finalidad biológica, consumación que hasta se considera que importa el perfeccionamiento de vínculo contraído. El fundamento ético de los tres elementos que integran la aptitud física inmediata para las nupcias, constituye la superación espiritual de la unión carnal.

2.—Para que el matrimonio sea viable no basta la aptitud física inmediata. Es menester, asimismo, la aptitud mediata que, como antes expresamos, consiste en la capacidad para engendrar o en la posibilidad de lograr una descendencia sana.

Históricamente, remotas legislaciones ya restringieron las bodas de quienes sufrían determinadas enfermedades: Por ejemplo, el Código de Manú prescribió que "el hombre que quiera casarse

debe evitar unirse a una esposa que pertenezca a una de las familias siguientes: ...aquella cuyos individuos tengan el cuerpo cubierto de largos vellos o sean afligidos por hemorroides, por tisis, por dispepsia, por epilepsia, por lepra blanca o por elefantiasis"; las leyes hebraicas, obra de Moisés, prohibieron las nupcias de epiléticos, leprosos, alcohólicos y tuberculosos; y las leyes de Esparta impusieron el sacrificio de los recién nacidos enfermos, degenerados o mal conformados. Todas estas disposiciones tendían a asegurar la salud y la viabilidad de los hijos. El espíritu de previsión alentaba en las leyes de Manú y de Moisés, con orientación que ha resurgido, en buena parte, en el derecho contemporáneo.

Cuando se produjo la codificación civil, en el siglo anterior, sólo una enfermedad excluía el matrimonio: la locura. Pero no se fundaba en la enfermedad en sí misma, sino en la privación de discernimiento, lo cual ubica el problema en la zona de los vicios consensuales, tanto desde el punto de vista del demente —que no pudo consentir con validez—, como de quien con él se casó —si ignoraba la incapacidad—. Razones éticas, por lo tanto.

En la legislación del siglo XIX, las demás enfermedades aparecen involucradas —sin autonomía, pues— en normas genéricas relacionadas con el consentimiento matrimonial. Son de dos clases: Una, de carácter previo a las nupcias y excluyente de la posibilidad de su celebración, porque integra el necesario consentimiento paterno cuando el contrayente es menor de edad, y que se manifiesta en el derecho de alegar ciertas dolencias como causa de oposición; otra, que supone un matrimonio realizado sólo como consecuencia de la ignorancia o de ocultación de determinadas enfermedades, y que se revela como hipótesis de vicio del consentimiento, ya por regla expresa, ya por aplicación deducida de principios generales. Como ambas categorías de normas son manifestaciones de los principios que aseguran la libre y consciente emisión del consentimiento, es incontrovertible que reposan en fundamentos éticos.

En las afecciones graves que dan origen a una causa de oposición o a un vicio consensual, no se vislumbra, siquiera, la necesidad de evitar que el matrimonio —ya por contagio, ya por transmisión hereditaria— sea vehículo para la propagación de las enfermedades: Cuando se ejerce el derecho paterno de oposición, se protege al menor que desea casarse con un enfermo, porque se supone que la insuficiencia de sus facultades no le permite tener plena conciencia del acto; y cuando se entiende que existe vicio del consentimiento, se ampara a quien fué víctima de su propio error o del dolo del otro cónyuge. Las reglas consiguientes, no se inspiraron en el interés social ni fueron anticipos eugenésicos, sino simples exteriorizaciones de los principios que rigieron —y que siguen rigiendo— los motivos éticos que limitan la aptitud física matrimonial.



3.—La natural dificultad que provoca la exacta discriminación de los fenómenos sociales, tanto en sus agentes como en sus revelaciones, ha conducido a sostener que en las viejas leyes hindúes, hebreas y espartanas, como también en las causas que vedan el matrimonio en las leyes del siglo XIX, había un adelanto eugenésico. **Castán** afirma que “las limitaciones a la aptitud matrimonial y las tentativas eugénicas son propias de todos los tiempos y de todos los pueblos”. Otros autores, entre ellos **Castiglione** y **Bernaldo de Quirós**, traslucen una tendencia renovadora del carácter ético de los impedimentos tradicionales y los enfocan a través de la eugenesia.

Consideramos que la teoría tradicional de los impedimentos se asentó exclusivamente en razones éticas, ya que la eugenesia surgió con **Francisco Galtón**, en sus obras “Hereditary Genius” —publicada en 1869 y “Inquiries into human faculty and its development” —aparecida en 1884— que provocaron una intensa conmoción espiritual y que, tras breve lapso, se proyectaron a la legislación del matrimonio.

Se produce, entonces, una enorme fluctuación de conceptos teóricos y formulaciones normativas. El propósito firme de salvaguardar la salud de la familia —evitar el contagio entre esposos y prevenir la descendencia enferma— vivifica el fundamento ético de algunos de los impedimentos tradicionales e incorpora a las leyes nuevas reglas para retardar o prohibir las bodas de los afectados de determinadas dolencias. Pasa a primer plano la aptitud física mediata.

4.—La renovación de los principios clásicos que durante tantos siglos rigieron la aptitud física nupcial, se manifiesta inicialmente por medio de leyes profilácticas o sanitarias, destinadas a la lucha contra determinadas enfermedades —en especial, las venéreas y la lepra—, que implantan requisitos prematrimoniales, como el certificado de salud o la declaración jurada de no estar enfermo. Las sanciones no siempre se enuncian con precisión y como el objetivo inmediato es el profiláctico, se olvida relacionar la ley con las normas civiles referentes al matrimonio. Esta desarmonía provoca conflictos interpretativos y hasta da margen a que se crea que la prohibición de ciertos matrimonios no tiene trascendencia en el orden civil, lo cual, desde luego, constituye un absurdo, porque implica la ineficacia de la norma profiláctica al negarle consecuencia sobre la validez del vínculo contraído a pesar de la referida prohibición.

Se ensaya, después, otro procedimiento: Ampliar las normas civiles sobre el error y el dolo, para que abarquen las hipótesis de casamientos de enfermos. Este método está en pugna con los principios obligatorios de las leyes sanitarias, que quieren impedir, siempre, la unión de los ineptos. La confusión se acentúa porque las leyes que imponen el certificado prenupcial o la declaración jurada suelen subordinarse a los principios que rigen los vicios del consentimiento, pues resuelven por medio de éstos los

problemas causados por la omisión del certificado o de la declaración.

La imprecisión y las dificultades que de lo expuesto se derivan, hace que las leyes más modernas encaren el problema en su plano adecuado y lo resuelvan al regular los impedimentos para el matrimonio o los requisitos previos para la celebración de la ceremonia nupcial. A pesar de atribuirse esta categoría a determinadas enfermedades, se recurre, a veces, a las reglas atinentes a los vicios del consentimiento para decidir los casos en que el impedimento se ha violado. Hasta se encuentran legislaciones en las que, simultáneamente, funcionan los preceptos propios de los impedimentos y los también propios de los vicios consensuales, como para dejar opción en cuanto a la vía a seguir o para asegurar —de una o de otra manera— el ineludible cumplimiento de la finalidad legal. Semejantes sistemas olvidan la naturaleza particular de los principios y confunden, en la formulación normativa, materias que exigen ser sistematizadas por separado.

Este cuadro corresponde, en verdad, a un periodo de transición, del que aun no ha terminado de salir la legislación matrimonial eugenésica, cuya evolución se completará cuando se estructure —sólida e integralmente— el impedimento de enfermedad, porque es indispensable su autonomía para que ocupe el lugar que le corresponde dentro de la regulación propia del matrimonio. Lo demanda la buena técnica legislativa, pues sólo será perfecto el régimen cuando desenvuelva, en todas sus proyecciones civiles, la ineptitud física mediata para las nupcias: Lo profiláctico, para que se realice, requiere el concurso indispensable de la norma civil; pero trasciende de la esfera sanitaria en cuanto ingresa en el derecho privado.

Por las razones expuestas:

#### **La Segunda Jornada Peruana Antivenérea declara:**

1. La aptitud física nupcial —inmediata y mediata— debe ser regulada exclusivamente por el código civil.

2. Las leyes profilácticas que contengan normas sobre condiciones para la celebración del matrimonio deben disponer que las mismas se incorporen al código civil, ya por mera inclusión, ya por modificación de sus preceptos.

3. El impedimento de enfermedad debe estructurarse conjuntamente con los demás impedimentos matrimoniales, y mantener su autonomía como impedimento cuando se consideren los efectos de su transgresión, de modo que no se resuelvan por vía de los vicios del consentimiento, cuya naturaleza jurídica es distinta.

4. Corresponde modificar el art. 147 del código civil peruano en cuanto reduce a hipótesis de error el impedimento de enfermedad, para asignar a éste su propio carácter de causa directa de nulidad del vínculo.