Universidad Nacional Mayor de San Marcos
BIBLIOTECA CENTRAL
Lima-Perú

6. 3.

La Crónica Médica

APARTADO 2563 LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO

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

DIRECTOR

CARLOS A. BAMBAREN

COMITE DE REDACCION

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

Agentes exclusivos para anuncios de Francia
Comptoir International de Publicité — 28, Boulevard Haussmann.— París.

PRECIOS DE SUSCRIPCION { En Lima. ..... S/. 6.00 al año; En Provincias .. » 8.00 al año; En el Extranjero 2 dóllars al año }

AVISOS
Precios convencionales

Año 62. - No. 984 **Junio 1945**

SUMARIO

Antagonismo farmacológico calcio-magnesio, por el químico farmacéutico Florencio García Bejarano, pág. 161
Síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo, por el doctor Carlos A. Bambarén, pág. 165
Las categorías del amor, por el doctor Lázaro Sirlin, pág. 179
Servicio social y protección materno-infantil, por la señorita Consuelo Castañeda Cabada (continuación), pág. 184
Enfermedades infecto-contagiosas en febrero de 1945, pág. 188
Noticias, pág. 189
Bibliografía, pág. 191

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

MAFARSIDE

Terapia antisifilítica eficaz y de tolerancia máxima

Las minuciosas observaciones que se han hecho de los resultados obtenidos con los varios millones de inyecciones de MAFARSIDE que se han administrado en un período de ocho años, no han dejado lugar a duda de la eficacia clínica de esta preparación. Entre los arsenicales antisifilíticos este producto tiene un registro de seguridad **único** en su género.

El MAFARSIDE se compara favorablemente con otros arsenicales antisifilíticos desde el punto de vista de las siguientes características:

Pronta cicatrización de las lesiones superficiales
Inversión de la serología positiva
Protección contra el relapso
Protección contra la extensión de la sífilis

El MAFARSIDE por su eficacia y la cualidad que tiene de no producir reacciones peligrosas se recomienda asimismo para el empleo regular en cualquier caso en que la terapia arsenical antisifilítica esté indicada.

El MAFARSIDE se suministra en ampollas de 0.04 grm. N.° 235 y 0.06 grm. N.° 236 con una ampolla de agua destilada de 10 cc. o sin ella. También en ampollas de 0.4 grm. (10 dosis) y 0.6 grm. (10 dosis) para uso de hospitales y clínicas.

Parke, Davis & Compañía

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

Universidad Nacional Mayor de San Marcos BIBLIOTECA CENTRAL -Lima-Perú-

CATEDRA DE FARMACOLOGIA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA
PROFESOR Dr. CARLOS A. BAMBAREN

Antagonismo farmacológico calcio-magnesio

Por el Q. F. FLORENCIO GARCIA BEJARANO

Los iones Calcio y Magnesio tienen importancia sea que se les considera aisladamente, sea en sus relaciones recíprocas que resultan antagónicas desde el punto de vista farmacológico.

Loeb, Ringer y Binet dicen que la normalidad de las funciones de muchos órganos y sobre todo de las células requiere que estas sustancias químicas mantengan una relación constante, un equilibrio que puede contribuir a explicar el estado de salud.

Hay sinergismo entre iones Calcio y Magnesio en lo que se refiere a las funciones celulares, porque la disminución de uno de estos elementos puede compensarse con el aumento del otro. Así, en los tejidos aumenta el Calcio con disminución simultánea del Magnesio a medida que la edad del individuo avanza, proponiéndose por esto en los ancianos la ingestión de sales de magnesio, con el fin de corregir su déficit. **Delbet** le atribuye propiedades realmente extraordinarias que reune con el nombre de acción citofiláctica.

En el plasma están el Calcio y el Magnesio en estado de disociación iónica y de disolución molecular y en forma labil y reversible con las proteínas.

Muchos factores intervienen en la regulación del Calcio y del Magnesio, componentes normales de la sangre, tanto en el plasma como en los elementos figurados, en cantidad más o menos uniforme.

Entre estos factores, las glándulas endocrínicas juegan papel primordial, como se ha demostrado experimental y clínicamente. La Paratiroides interviene en la regulación de la calcemia y la Hipófisis en la magnesemia. **Cannavó e Indovina** han demostrado que las inyecciones de Prolán determinan aumento constante del Magnesio en el plasma sanguíneo, sin que el Magnesio globular experimente modificación. La hipermagnesemia consecutiva a las inyecciones de Prolán es más intensa y persistente que la que se obtiene con la inyección de cloruro de magnesio.

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

La acción antagónica del Calcio y del Magnesio trasciende a la Farmacología, lo que se comprueba experimentalmente, observando que los efectos paralisantes del Magnesio desaparecen cuando se emplea inmediatamente después sales de Calcio.

Los iones de Magnesio cuando aumentan en la sangre, disminuyen la exitabilidad del sistema nervioso. Esta acción paralizante se ejerce en las terminaciones nerviosas, como lo hace el curare. **Binet** ha probado que esta acción se observa tanto en los animales de sangre fría, como caliente.

Además de la acción paralizante sobre las terminaciones nerviosas periféricas, el Magnesio tiene acción narcótica y tóxica. La narcosis se produce cuando el ión Magnesio aumenta en el suero sanguíneo de 1 á 2 mlg. por 100. El aumento de los iones de Magnesio que sigue a una inyección venosa, determina narcosis por acción de masa que depende, sin duda, de la proporción relativa en que se encuentran los iones de Calcio y Magnesio, porque se suspende inmediatamente después de una inyección de Calcio de igual concentración.

La acción farmacológica del Magnesio la favorece la sustracción de Calcio sanguíneo por medio de oxalatos, demostrándose con esto que la proporción relativa de los dos iones en la sangre mantiene el fisiologismo normal.

Hay que admitir que el sistema nervioso posee afinidad por las sales de magnesio, semejante a la que posee para muchos alcaloides, no obstante que, sólo ha podido encontrarse ligeramente aumentada la proporción de Magnesio en el cerebro, aún después de inyecciones repetidas. **(Henry Bechrenel).**

Parte experimental

Para probar el antagonismo farmacológico del Magnesio y del Calcio se han utilizado:

Solución de cloruro de calcio al 10%.

Solución de sulfato de magnesio de los siguientes porcentajes: 25%, 20%, 18%, 15%, 13%, 12% y 12½%.

Estas soluciones estaban esterilizadas a 100°.

Se emplearon conejos. Los animales de experiencia han sido especialmente de color blanco, porque comprobé que la dosis mínima es mayor en los de color.

Los conejos sólo sirven para dos experiencias, porque disminuye su sensibilidad a la acción del farmaco, en experiencias sucesivas.

Tampoco deben usarse animales que sirvieron para experiencias de antagonismo. Así, conejos que se intoxicaron con cianuro de potasio por vía oral y que se salvaron por la acción antidótica del hiposulfito de sodio, cuando en ellos quiso determinarse a los veinte días la dosis mínima, tóxica del Magnesio, se comprobó que

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

las soluciones a la dosis de 0,15 gr. de sulfato de magnesio por kilo de peso del animal, sólo determinaban los síntomas con doble dosis, que en conejos que no habían servido para experiencias de antagonismo.

Primera experiencia.— Conejo de 1,625 gramos de peso. Se le inyectó por vía venisa en la vena marginal de la oreja derecha 1 cc. de solución al 25% de sulfato de magnesio.

A los 2 minutos se comprueba ligera parálisis de los miembros que se nota cuando se hace caminar al animal; a los 4 minutos parálisis completa de los miembros superiores e inferiores, notándose disnea que se hace cada vez más intensa; a los 7 minutos cae al suelo, las pupilas se dilatan, el corazón tiene latidos cada vez más débiles; a los 10 minutos está soñoliento y el corazón apenas late; deja de existir a los 11 minutos. **Se comprueba la toxicidad del Magnesio.**

Segunda experiencia.— Conejo de 1,520 gramos. Se inyectó en la vena marginal de la oreja derecha 0.20 gr. de sulfato de magnesio por kilo de peso del animal. A los 3 minutos se nota ligera disnea y los primeros síntomas de parálisis. A los 5 minutos se desploma y cae al suelo; trata de levantarse, pero es tan fuerte la parálisis que lo obliga a caer; sigue la disnea más intensa; los ojos se abren fuertemente. En este momento se le inyecta en la vena marginal de la otra oreja 10 cc. de cloruro de calcio. A los 4 minutos se restablece el control del animal y disminuye la disnea; a los 6 minutos se para como que quiere huir, pero todavía no controla bien sus patas y vuelve a caer, el corazón late fuertemente; a los 15 minutos anda con cierta irregularidad, muriendo al día siguiente.

Tercera experiencia.— Conejo de 1,600 gramos de peso. Se le pone una inyección de 0.18 gr. de sulfato de magnesio por kilo de peso. A los 6 minutos aparece disnea y se desploma al suelo. Se le inyecta 3 cc. de cloruro de calcio al 10%. A los 4 minutos desaparece la disnea; a los 5 minutos parece estar en calma, a los 10 minutos camina bien; a los 15 minutos corre. Vive en perfectas condiciones.

Cuarta experiencia.— Conejo de 1,609 gramos de peso. Se le puso una inyección de sulfato de magnesio en la proporción de 0.15 por kilo de peso. A los 8 minutos empiezan temblores de las patas delanteras, siguiendo en las de atrás; a los 10 minutos cae al suelo; a los 14 minutos apenas late el corazón. En este momento se inyecta cloruro de calcio. El animal se reincorpora, trata de huir y lo hace con dificultad. A los 6 minutos se encuentra en completa calma.

Quinta experiencia.— Conejo de 1,490 gramos de peso. Se pone inyección endovenosa de sulfato de magnesio a la dosis de 0.13 gr. por kilo de peso. A los 9 minutos se nota libero temblor en las patas delanteras al caminar; a los 10 minutos está con disnea; a los 13 cae al suelo, la respiración se hace cada vez más lenta y

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

entra en narcosis. En este momento se le pone 5 cc. de cloruro de calcio al 10%. A los 3 minutos se levanta y vuelve a la normalidad.

Sexta experiencia.— Conejo de 1,536 gramos de peso. Se le puso una inyección endovenosa de sulfato de magnesio en la proporción de 0.12 gr. por kilo de peso del animal.

El conejo tuvo ligera disnea, que duró 5 minutos. Después, camina y corre. Al día siguiente sigue en perfectas condiciones, lo único que aqueja son deyecciones fluídas.

Séptima experiencia.— Conejo de 1,600 gramos de peso. Se le inyecta sulfato de magnesio por vía venosa en la proporción de 0,125 gr. por kilo de peso del animal. Los síntomas fueron: disnea, un poco intensa, durando su malestar seis horas, después el conejo está bien.

Octava experiencia.— En esta experiencia se puso primero 5 cc. de cloruro de calcio al 10% en la vena marginal de la oreja; después, en la otra oreja 5 cc. de sulfato de magnesio al 18%, notándose apenas ligera disnea a los 5 minutos; a los 10 minutos está en completa calma.

Novena experiencia.— Conejo de 1,600 gramos de peso. Se le pone primero una inyección de 1 cc. de oxalato de sodio por vía venosa al 2%. Enseguida una inyección también venosa de sulfato de magnesio en la proporción de 0.13 gr. por kilo de peso. A los dos minutos cae al suelo en narcosis. Se le pone 10 cc. de cloruro de calcio, pero muere a las 12 horas. Esta experiencia se ha repetido dos veces con idéntico resultado.

Conclusiones

Primera.— El ión Magnesio al estado de sulfato de magnesio, es tóxico cuando se inyecta por vía venosa; su toxicidad aumenta con la concentración.

Segunda.— El ión Calcio es antagónico de la acción farmacológica del ión Magnesio. Administrando por vía endovenosa el ión Calcio se inhibe el efecto farmacológico del Magnesio que se administró por la misma vía. La narcosis provocada por el primero, desaparece con el segundo.

Tercera.— La disminución del ión Calcio en la sangre, hace que la acción farmacológica del Magnesio sea más rápida y más intensa su toxicidad.

Cuarta.— La dosis de 0.13 gr. de sulfato de magnesio por kilo de peso del animal empleado (Conejo), es la cantidad mínima que produce efectos farmacológicos, pudiendo neutralizarse con éxito por el cloruro de calcio a la dosis de 5 cc. de solución al 10%.

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

Síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo

Por el Dr. CARLOS A. BAMBAREN

El caso que se estudia enseguida es importante y se presta a múltiples comentarios de orden técnico, por la naturaleza subjetiva de los padecimientos que aqueja el sujeto examinado y que los relaciona con un accidente de trabajo que sufrió el año 1938. Por estas razones se llevó a cabo observación prolija y desapacionada, como todas aquellas que se confían a la Medicina forense, que en todo momento debe ser antorcha que ilumine el camino de la Justicia.

Historia clínica.

Manuel R. es de raza negra, tiene 44 años de edad, nació en Tambo de Mora (Departamento de Ica), es casado y analfabeto.

Antecedentes familiares y hereditarios.— Su padre está vivo y cuenta 73 años de edad, goza, según referencia, de aparente buena salud. La madre murió ahogada en el río de Tambo de Mora, hace 8 años más o menos.

Fueron 4 hermanos, sólo viven 2. Los fallecidos fueron víctimas de Viruela y Tifoidea y su deceso sobrevino en la infancia.

Antecedentes personales.— Dice que ha sido sano, sufriendo únicamente de dolencias de escasa importancia. No le han referido que en la infancia haya ostentado atrazo en la evolución de la psicomotricidad o en la aparición de los dientes.

Ocupación.— Comenzó a trabajar a los 17 años de edad, en diversas faenas portuarias en Tambo de Mora, cargando sacos de azúcar o pacas de algodón.

En el año 1909 salió sorteado para servir en las fuerzas armadas nacionales, ingresando a la Marina de guerra, a la dotación del crucero "Almirante Grau". Ahí permaneció durante 18 meses, dándosele de baja por ser hijo único. En 1917 fué incorporado al Regimiento "Escolta del Presidente de la República", pero sólo permaneció 3 meses en servicio, por haberse comprobado que antes sirvió en la Marina de guerra.

Licenciado del ejército Manuel R. ingresó a trabajar en la fábrica de azúcar de la Hacienda "San Agustín", prestando sus ser-

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

vicios en la sección de centrífugas, permaneciendo 10 años en el desempeño de estas labores.

Enseguida vino a Lima y durante 7 años más o menos trabajó por cuenta de varios patronos, sacando arena del río Rímac. Desde el año 1937 estuvo al servicio de la entidad constructora "Parva Domus", cirniendo arena del río Rímac, que enseguida se trasportaba a la capital. Se encontraba en estas labores cuando le sobrevino el accidente de trabajo, motivo originario de la demanda que ha interpuesto a la Compañía de Seguros "Rímac".

El accidente de trabajo.— No recuerda la fecha en que se produjo el accidente de trabajo, pero dice que el hecho se realizó en el sitio conocido con el nombre de "Vicentelo". Refiere que era día sábado y las 12 m. más o menos, cuando se encaramó en un camión que antes se había cargado con 4 m. c. de arena, sentándose sobre ella. A la altura del Cementerio "Presbítero Maestro", el chofer que manejaba el camión por evitar un choque con otro vehículo, efectuó un viraje muy cerrado, con tan mala suerte que se volteó su locomovil, cayendo al suelo Manuel R. y sobre él la arena, junto con el camión. El sombrero que llevaba puesto fué lanzado a algunos metros de distancia del accidente y por él, según dice el examinado, se dieron cuenta que había quedado debajo del camión.

Manuel R. venía sobre el camión mirando el trayecto recorrido, por consiguiente de espaldas al chofer, razón por la cual no se dió cuenta del percance y no adoptó ninguna actitud defensiva. Al levantarse el camión y retirarse la arena, apareció su cuerpo inanimado, que estaba en el suelo sobre su lado derecho, bañado en sangre. Le han referido que estaba privado de conocimiento y que en este estado, no obstante los diversos cuidados que se le prodigaron, fué conducido a la clínica "Villarán".

Los primeros días de su permanencia en la clínica "Villarán", según le han contado, fueron de mucha gravedad. Estuvo privado de conocimiento durante muchas horas, después de las cuales sobrevino delirio, agitación psicomotriz, incapacidad para valerse por sí mismo, etc. No obstante que se despejó el sensorio, aunque parcialmente, sobrevinieron fuertes dolores de cabeza, insomnio y dolorimiento general.

Sólo a los 45 días de producido el accidente pudo tomar por sí solo un plato de caldo y durante este tiempo fué necesario practicarle tres raquicentesis, que al evacuar líquido céfaloraquideo le produjeron marcado alivio.

Después de permanecer 4 meses en la clínica "Villarán", fué dado de alta, pero tuvo que retornar a los 4 días porque la cefalalgia se hizo de nuevo insoportable, apareció fiebre y el insomnio se agudizó. Fué necesario una nueva estadía de 4 meses y el tratamiento consiguiente, para que Manuel R. pudiese salir, no sin recomendársele antes que concurriera periódicamente a efecto de observarlo, prolongándose de este modo la vigilancia médica por otros 3 meses, más o menos.

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

Al averiguarse cuáles fueron los síntomas más importantes que presentó en la Clínica, ha manifestado Manuel R. que fueron: cefalalgia, insomnio, ataques convulsivos, incapacidad para adecuar los movimientos a los menesteres que necesitaban realizar sus extremidades, etc.

Estado actual.— El examen del sujeto ha suministrado datos de carácter subjetivo y objetivo. Son los primeros aquellos que padece y que de preferencia se basan en las afirmaciones del examinado; son los segundos los que se comprueban por los métodos clínicos; unos y otros se tomarán en cuenta para el diagnóstico.

Subjetivamente el examinado refiere: sensación de peso en la región occipital del cráneo y en las zonas parietales del mismo; cuando recuesta la cabeza sobre una almohada u otro objeto semejante, siente los latidos cardiacos. Los movimientos de rotación de la cabeza, le producen mareo, apareciendo enseguida dolor en el hemicráneo derecho. No puede acostarse apoyando el lado derecho de la cabeza sobre la almohada, porque cuando se despierta y trata de incorporarse, sobreviene estado vertiginoso muy pronunciado. Se queja que la visión por el ojo derecho ha sufrido perturbaciones, caracterizadas por "empañamiento" y coloración ficticia de los objetos, predominando la percepción de los colores azul y amarillo, en objetos que no los tienen realmente. Además, dice sufrir de "fosfenos" y "acufenos"; los primeros en el ojo derecho ya mencionado y los segundos en el oído del mismo lado. Refiere que padece a raíz del accidente de "pesadillas" y que la fuerza muscular del brazo derecho ha disminuído ostensiblemente, lo mismo que la amplitud de los movimientos activos de la misma extremidad.

Cuenta que en la estación de verano, los trastornos referidos se tornan más intensos y que el mismo influjo ejercen los ciclos lunares, particularmente la "luna nueva".

En el examen objetivo de Manuel R. se comprobaron los siguientes hechos:

Aparato digestivo: En la cavidad bucal faltan 21 dientes. La digestión se realiza con normalidad; la defecación diariamente.

Aparato circulatorio: El corazón no oferce particularidades morbosas. Tiene 72 pulsaciones por minuto en la arteria radial, perfectamente rítmicas. La presión arterial es de Mx. 14 y Mn. 8.5.

Aparato respiratorio: Nada anormal digno de mención.

Aparato génito-urinario: Micción normal.

Sistema nervioso: Sensibilidad cutánea conservada; reflejos tendinosos rotulianos abolidos; reflejos pupilares perezosos, tanto al estímulo luminoso, como a la acomodación a la distancia. La dinamometría comprobó menor fuerza muscular en la mano derecha, contra su predominio habitual, no siendo el sujeto mancinista. El dinamómetro de Collin marcó 35 en ambas manos. El signo de Romberg sensibilizado, resultó positivo.

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

Las investigaciones de Laboratorio, efectuadas en el Hospital "Dos de Mayo", dieron el resultado siguiente:

Sangre:

3'590,000 hematíes.— 9,300 leucocitos.

Polinucleares neutrófilos	70%
Polinucleares eosinófilos	0
Monocitos	6
Linfocitos	24

Reacción Wasserman tipo, negativa. Reacción de Kahn negativa.

Dosaje de colesterina 1.44 por 1,000.

Dosaje de ácido úrico 0.035 mgm. por 1,000.

Dosaje de calcio y potasio: Calcio 0.0125 por 1,000. Potasio 0.01704 mgm. por 1,000.

Dosaje de glucosa 1.12 gr. por 1,000.

Líquido céfaloraquídeo.

Cantidad extraída	40 c. c.
Aspecto	límpido.
Color	cristal de roca.
Reacción	alcalina.
Serina	0.20 gr. por 1,000.
Globulinas	no hay.
Glucosa	0.50 gr. por 1,000.
Cloruros	7 gr. por 14000.
Linfocitos	1.6 por m. mm. c.

Con el deseo de precisar la acuidad visual de Manuel R. se solicitó al Consultorio de Oftalmología del Hospital que procediese a su examen, con el siguiente resultado:

Necesita anteojos para ver de lejos:

O. D. —0.75
O. I. —0.75

Igualmente requiere anteojos para ver de cerca, con lunas de las siguientes características:

O. D. + 0.5
O. I. + 0.5

Deseando puntualizar **de visu** las perturbaciones que adolece Manuel R., lo hice ingresar al Hospital "Dos de Mayo" (Servicio "Ernesto Odriozola"), donde permaneció un mes más o menos. Durante ese tiempo se practicaron los análisis que ya se indicaron, comprobándose lo siguiente:

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

El insomnio es frecuente, sin causa aparente que lo motive, aunque parece guardar cierta relación con los ciclos lunares; en dos oportunidades se presentaron crisis ligeras de obnubilación del sensorio, con amnesia parcial, ligeras contracciones de los músculos faciales, sin que hubiese sido posible precisar los territorios musculares comprometidos, sin convulsiones tónicas y clónicas, sin aura, sin coma, sin cefalalgia posterior.

Manuel R. ingiere con mucha frecuencia bebidas alcohólicas, pues, al levantar su historia clínica en el Hospital fué posible obtener su declaración que este hábito lo practica desde antes del accidente que sufrió frente al Cementerio de Lima. Este factor es de gran importancia para enjuiciar con acierto la génesis de las manifestaciones morbosas que ha exteriorizado a consecuencia del accidente traumático que sufrió. Debo agregar, por último, que durante el tiempo que examiné a Manuel R. se presentó más de una vez alcoholizado.

Consideraciones médico-forenses.

Para apreciar con criterio médico-legal el estado en que hoy se encuentra Manuel R. se necesita precisar el transtorno morboso que lo aqueja, calificándolo debidamente, buscar la relación de causalidad entre el accidente que sufrió y el cuadro morboso que presenta y, por último, señalar la disminución que ha producido sobre su capacidad para el trabajo. Estas cuestiones en el orden enumerado, serán las que se estudian a continuación.

Naturaleza y calificación del trastorno morboso.— Manuel R. sufrió mientras prestaba sus servicios en la entidad constructora "Parva Domus" un accidente que le produjo lesiones traumáticas indiscutibles: Contusión en el cráneo, que lo privó de conocimiento durante muchas horas; dicha lesión alcanzó la masa encefálica y otras texturas que se encuentran alojadas en la cavidad craneana. Como consecuencia inmediata se presentó un síndrome morboso caracterizado por delirio, insomnio, cefalalgia e incapacidad para atender a sus necesidades vitales. En este estado permaneció casi 8 meses, después de los cuales aqueja una serie de síntomas residuales, que no sólo son vestigio de los que presentó inmediatamente después del accidente, sino algunos nuevos, que parecen tener vinculación con las causas que motivaron los primeros. Hay que analizar estos últimos (el síndrome residual), con criterio constelacional, integrando con ellos una entidad morbosa, una de las muchas que se aceptan en la actualidad. Se procede enseguida a tal intento de taxonomía, muy necesario para averiguar su naturaleza y precisar su calificación.

Las consecuencias no inmediatas de los traumatismos craneanos se pueden agrupar en: trastornos psíquicos o mentales, neurológicos y mixtos o neuropsíquicos. Semejante ordenación es bastante esquemática, porque la realidad la supera y sobre todo es ra-

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

ro que las formas puras se presenten a la observación, puesto que predominan casi siempre las formas mixtas y en otras ocasiones cuadros morbosos con sintomatología abigarrada.

León Imbert, C. Oddo y P. Chavernac en su libro **"Accidentes del trabajo. Guía para la evaluación de las incapacidades"** (París 1923) ofrecen una clasificación de los aspectos clínicos de los traumatisados del cráneo que merece referirse por sus amplios alcances taxonómicos. Dicen los maestros franceses que hay cinco formas principales de estos pacientes:

1º—Formas con síntomas difusos, atópicos;
2º—Formas con síntomas localizadores;
3º—Formas con manifestaciones de epilepsia (localizada o generalizada);
4º—Formas latentes;
5º—Formas con agravación tardía.

Esta manera de encarar la cuestión merece consideración favorable, porque apartándose del esquematismo de otras agrupaciones, es capaz de satisfacer las exigencias de la práctica y las conveniencias médico-forenses. Se la adopta, como se comprende, para los efectos de la confección de este dictamen.

Cuando se dice traumatismo craneano, muchos se refieren únicamente a lesiones que atacaron la cavidad ósea y sus envolturas y separan los traumatismos del encéfalo, que indudablemente tienen su base anatómica indiscutible. No hay duda que esta separación es más teórica que práctica, porque en la realidad el traumatismo abarca continente y contenido, esto es, cráneo y encéfalo y muchas otras veces el cráneo está casi indemne y son las lesiones encefálicas las que perdominan. Por último, se acepta como entidad autónoma, aquella que se denomina "Accidente conmocional" y que se debe a un schok que atacó al eje encéfalo-medular como consecuencia de explosiones terribles, que al desplazar grandes cantidades de aire, producen variaciones de la presión atmosférica capaces de producir diversos síntomas neuro-psíquicos.

Aceptada la agrupación taxonómica de **Imbert, Oddo y Chavernac** para ordenar las consecuencias morbosas de los traumatismos del cráneo, y comprendiendo con esta denominación genérica, las secuencias de todo accidente traumático que atacó la cabeza, es hora ya de tratar de la filiación que corresponde al proceso morboso que aqueja Manuel R.

En las formas clínicas con síntomas difusos de los traumatismos de la cabeza, se pueden individualizar: 1º Las neurosis traumáticas (Histeria, neurastenia y neurosis traumática propiamente dicha o histeroneurastenia); 2º La sinistrosis de **Brissaud**; 3º El síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo de **P. Marie.** Estudiemos cada una para caracterizarla en forma elemental y deducir si los trastornos de Manuel R. corresponden a alguna de ellas.

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

Aceptando las tres formas de la Neurosis traumática, será necesario describir cada una en particular. En la forma neurasténica los síntomas son subjetivos y se deben, por lo general, a disfunción del sistema nervioso neuro-vegetativo (reflejos viscerales, insomnio, etc.), astenia neuro-muscular, cefalalgia, atención fácilmente agotable, y señales de cansancio cerebral después de breve tiempo de esfuerzo mental. Cuando se agregan ideas obsesivas, manifestaciones fóbicas o hipocondriacas, se tiene lo que **P. Janet** llamó psicastenia. **R. Benon,** de Nantes, ha tratado de individualizar el síndrome cefalálgico post-traumático que se caracterizaría por acentuada cefalalgia, sensaciones intracraneanas penosas, astenia, incapacidad para el trabajo, estupor e irritabilidad extrema. En la histeria los fenómenos observados en el paciente no guardan relación con la naturaleza e intensidad del traumatismo, por lo cual se afirma que son simulados. Sin embargo, si se comprueba sugestibilidad e influjo de la persuación, es posible afirmar que hay pitiatismo post-traumático. Además, como dice **Chavigny** (Diagnostic des maladies simulées.— París 1934), una de las particularidades de la afección, la cual lleva a muchos médicos a creer en la simulación, es la presencia de un período de incubación entre el traumatismo y los primeros accidentes patológicos. Sin embargo, la regla habitual es que así sea. En la histeroneurastenia o neurosis traumática propiamente dicha, la incurabilidad es la regla por lo cual se ha pensado que tiene una base anatómica, un "estremecimiento" o "conmoción cerebro-espinal". **Babinski y Froment** han individualizado una entidad mórbida que serían los trastornos fisiopitiáticos, en los cuales habría asociación histero-orgánica.

La sinistrosis de **Brissaud,** se ha denominado neurosis de renta por **Balthazard,** neurosis reivindicativa, forma hipocondriaca activa por **Morselli.** Sus síntomas característicos serían: insomnio, dolor de cabeza más o menos penoso, vértigos indefinibles y exclusivamente subjetivos e irritabilidad del carácter. Los dolores pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, en relación con el traumatismo. Esta sintomatología no tendría nada de especial para configurar una entidad clínica autónoma, sino fuese porque apareció después de expedirse las leyes de accidente de trabajo. Sin embargo, su autonomía depende de su base psicológica, porque no se trata de una de las tantas formas de simular, sino como dice **Oller** (La práctica médica en los accidentes del trabajo.— Madrid 1929), de un estado morboso particular en el cual el enfermo no es un simulante conciente, sino un sugestionado por la idea reinvindicatoria de la indemnización a la que se considera acreedor. Según **Forgue y Jeambrau** (Guide practique du medecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciares.— París 1905) el sinistrosado ofrece una debilidad tal que se declara incapaz de todo trabajo, preferentemente el que ejercía como consecuencia de su profesión; además, estos dolores que localiza en la región traumatizada, no asientan en lesión objetiva alguna, ni guardan relación con la topografía nerviosa sensitiva. Se ha aceptado

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

un substracto orgánico poco o nada definido de la sinistrosis, localizado en la corteza cerebral y dependiendo de la conmoción de los centros nerviosos, de origen vascular.

Por último, en el síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo que estudió por primera vez el Prof. **Pierre Marie**, de París, el año 1916, la sintomatología es de lo más interesante, encontrándose integrada por síntomas subjetivos, principalmente.

Son elementos que integran el síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo, los siguientes: 1º) Cefalalgia con sensación de pesadez; constricción, latidos localizados en la región frontal u occipital y que en la mayor parte de las veces no guarda relación con el sitio en el cual asentó el traumatismo. Esta cefalalgia es intermitente, con exacerbaciones matutinas y vespertinas, siendo en muchas ocasiones periódicas y regular como las neuralgias; la influencian la luz, los ruidos, el calor, los movimientos de la cabeza y los esfuerzos físicos o intelectuales. 2º) Vértigos y desvanecimientos, con pérdida del equilibrio que sólo dura pocos segundos, sin determinar la caída al suelo del enfermo y por consiguiente sin las características del "pequeño mal" epiléptico. 3) Trastornos nerviosos y psíquicos diversos, como insomnio, pesadillas, modificaciones del carácter (que se hace a veces sombrío, taciturno, melancólico, etc.), fatigabilidad de la atención, bradipsiquia, trastornos de la memoria (dismnesia), hiperemotividad, irritabilidad, abulia, etc. Entre los trastornos vasomotores se refieren "llamaradas de calor", rubicundez de la cara y sudación al menor esfuerzo. Se han señalado, también, trastornos en la motilidad de la pupila y en la acuidad auditiva, así como acufenos (zumbidos de oído).

Forgue y Jeambrau (Guide practique du medecin dans les accidents du travail.— París 1924), afirman que en el síndrome residual de los traumatizados del cráneo, es posible apreciar la sinceridad del sujeto por medio de pruebas objetivas, técnicas, que permiten rechazar la simulación.

El síndrome residual subjetivo de los traumatizados del cráneo retrocede unas veces desde el momento que aparece, no faltando casos en los cuales persiste mucho tiempo, llegando a fijarse, haciéndose irreductible. Lo originan, según los autores que lo han estudiado, modificaciones dinámicas del sistema nervioso por perturbación circulatoria del líquido céfalo-raquídeo, adherencias meníngeas y sobre todo trastornos de orden vasomotor. **Luis Cattaneo** (El síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo en accidentes del trabajo.— "Archivos de Medicina Legal".— Año IX. — Nº 4.— setiembre-octubre.— Buenos Aires 1941) al estudiar este síndrome en los accidentes del trabajo, se declara partidario de la causa vasomotora, meníngea o encefálica, que traduce trastornos del sistema nervioso simpático.

El síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo puede presentarse "en no importa qué traumatismo del cráneo y cualquiera sea su naturaleza y su sitio, unas veces trátase de lesión con fractura ósea, otras de hundimientos con fractura de lámina in-

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

terna y unas terceras de simple traumatismo externo, que parece lesionar únicamente los tegumentos; hasta ha podido observarse en la conmoción cerebral indirecta por explosión de un proyectil en las inmediaciones del sujeto. El sitio de la lesión tampoco tiene importancia y se ha observado el síndrome subjetivo en traumatizados frontales, parietales, occipitales y hasta en la región mastoidea". **Roussy** y **Lhermitte** (citados por **Cattaneo**) postulan dos hechos de interés en este síndrome: 1º) que la importancia del síndrome subjetivo está en **razón inversa de la importancia de la herida craneana**; y 2º) que la importancia de los fenómenos subjetivos de los traumatizados del cráneo **está en razón inversa de la extensión y gravedad de las lesiones cerebrales.** En efecto, es frecuente que en las grandes brechas óseas craneales falte todo trastorno subjetivo, mientras que en las pequeñas trepanaciones o en los simples traumatismos externos, es cuando más marcado aparece el síndrome y más evidentes sus manifestaciones. Así, también, en los hemiplégicos, en los sujetos atacados de parálisis intensa por herida cerebral, no se aprecia de ordinario el síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo; en cambio, en los sujetos que no presentan ningún trastorno que traduzca un déficit motor o sensitivo central, es muy pronunciado el síndrome mencionado.

Las otras formas clínicas de las lesiones que pueden presentar los traumatizados del cráneo, no se describirán aquí, porque el caso estudiado no ofrece similitud alguna con sus diversas categorías, pues, no se comprobaron en él síntomas localizadores, manifestaciones epilepticas, etc., etc.

Por la descripción somera de las diversas formas clínicas que pueden presentarse con síntomas difusos en los traumatizados del cráneo, es posible afirmar que Manuel R. no está atacado de **Neurosis traumática** o de **Sinitrosis,** pero en cambio que ofrece los síntomas del síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo que individualizó **Pierre Marie,** de París, el año 1916.

Ofrece, como se ha visto, cefalalgia, sensación de peso en la región occipital del cráneo y en las zonas parietales del mismo; cuando recuesta la cabeza sobre una almohada u otro objeto semejante, siente los latidos cardiacos. Esta cefalalgia, se agudiza con los movimientos de rotación de la cabeza y estado vertiginoso cuando se despierta y se incorpora para levantarse de la cama, después de haber dormido acostado sobre el lado derecho de la cabeza. En ninguna ocasión ha presentado los signos del "pequeño mal" epiléptico. Ofrece, por último, insomnio, pesadillas, fatigabilidad, fosfenos, acufenos, etc. Todos estos síntomas son los que se asignan al síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo.

Establecida la calificación del trastorno morboso que aqueja Manuel R., ha llegado el momento de establecer la relación de causalidad entre el accidente que sufrió y el cuadro clínico que presenta. Es lo que se hará a continuación.

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

Relación de causalidad entre accidente y cuadro morboso.— El accidente de trabajo que sufrió Manuel R. se produjo en uno de los meses del año 1938; el examen efectuado por nosotros en calidad de peritos se llevó a cabo el año 1941 (noviembre y diciembre del indicado año), por consiguiente nos ha sido dable observar las consecuencias alejadas del traumatismo, que radicó de preferencia en la cabeza, aunque magulló seguramente todo el cuerpo.

Las consecuencias del accidente de trabajo fueron inmediatas y tardías. Las primeras estuvieron representadas por la pérdida de conocimiento y lesiones en múltiples partes del cuerpo, porque sobre Manuel R. cayó toda la arena que contenía el camión que se volcó, así como el vehículo que quedó con las ruedas para arriba. Fué el traumatismo sobre la cabeza (que según se ha referido lo bañó en sangre), así como el que experimentó el tórax, los causantes del estado en que quedó Manuel R. "privado del conocimiento". El delirio que a poco se instaló y que duró muchos días, fué el resultado del traumatismo cráneo-encefálico y del hábito a las bebidas alcohólicas del que no era ajeno el examinado. Fué seguramente un delirio alucinatorio agudo, con sintomatología preferentemente onírica, que lo determinó el traumatismo en sujeto aficionado a las bebidas alcohólicas. Se trataría de aquellos casos en los cuales **Osvaldo Loudet** (Secuelas psíquicas de los traumatismos cráneo-encefálicos y problemas médico-legales conexos.— "Psiquiatría y Criminología".— Año I, Nos. 1-2.— Buenos Aires, Enero-abril de 1936) siguiendo el criterio de **Stolper**, denomina predisposición trauma-psicosis. Pero no es sólo la predisposición al delirio, el resultado del alcoholismo crónico; puede interpretarse tal consecuencia como el resultado de la supresión brusca del alcohol: el delirio a **potu suspenso.** Con este modo de pensar emiten sus opiniones diversos autores, entre ellos el conocido maestro brasileño **A. C. Pacheco e Silva,** de la Universidad de San Pablo. (Psiquiatría Clínica e Forense.— San Pablo 1940). En el caso estudiado caben las dos suposiciones, porque son maneras de interpretar un hecho evidente.

Las consecuencias tardías son las que nos ha tocado observar y que se han calificado de "síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo". La relación de causa a efecto parece indiscutible, si se tiene en cuenta el tiempo de aparición y el ritmo evolutivo de dicho síndrome **(Loudet).** El factor cronológico es un elemento fundamental en el determinismo de los hechos. Aunque no se ha puesto a mi disposición la historia clínica de Manuel R. señalando la sintomatología que ofreció inmediatamente después del traumatismo, sin embargo ha sido posible reconstruirla, con la relativa sinceridad del accidentado, que no está atacado de sinistrosis; su estado actual refleja la historia clínica que se ha expuesto en el curso de este dictamen.

Valoración de la incapacidad.— La apreciación de los daños resultantes de un traumatismo de la cabeza —dicen **Imbert, Oddo**

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

y **Chavernac**— entra evidentemente en la categoría de las cuestiones más espinosas de la medicina legal de los accidentes del trabajo. Las dificultades, agregan, resultan en primer lugar de la extensión y multiplicidad de los conocimientos indispensables para el examen de un enfermo dado y después de la sintomatología subjetiva, la más de las veces, sobre la que hay que opinar para valuar el grado de incapacidad para el trabajo. Por estas razones **Luis Cattaneo** (El síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo en accidentes del trabajo.— "Archivos de Medicina Legal".— Año XI.— Nº 4.— Sept-octubre.— Buenos Aires 1941) recomienda que el perito no debe vacilar en prolongar su examen todo el tiempo que crea necesario, sin dejar de acudir a las luces de especialistas consagrados.

Es indudable que la pauta para apreciar con criterio médico-legal la incapacidad para el trabajo, depende del pronóstico que se formule respecto a la enfermedad diagnosticada, porque aunque este juicio de probabilidad suscite incertidumbre, es sin embargo, el criterio técnico que debe adoptarse para canalizar las decisiones periciales. Además, dicha incapacidad para el trabajo debe desmembrarse en inaptitud para el trabajo en general y pérdida de las disposiciones para el desempeño del oficio o profesión, que exije de parte del que trabaja en un oficio dado determinados requisitos, ineludibles para satisfacer correctamente las demandas del patrón o de la colectividad. Por último, son las disposiciones de la Ley las que encuadran dándole sus perfiles definitivos al examen pericial y a las ulteriores resoluciones de la Justicia. Estudiemos, pues, con este triple criterio el grado de incapacidad que ha producido en Manuel R. el síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo que padece.

El pronóstico de los trastornos morbosos que resultan de los traumatismos del cráneo, varía como, se comprende, según la entidad mórbida que resulta una vez efectuado el examen del accidentado. Las consecuencias neuropsíquicas —como la que ostenta Manuel R.: Síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo— exigen mucha cautela en relación con su pronóstico; de aquí que al formularlo, el perito, contemplando su imparcialidad, se vea obligado a compulsar múltiples factores. Por lo general el pronóstico **quod vitam** es favorable; en cambio, el **quod sanationem** es incierto, aunque muchos autores afirman que en el caso de la Sinistrosis, la enfermedad desaparece después de expedida la sentencia. De todos modos, los trastornos duran varios años y a veces no desaparecen, sino se complican como consecuencia de agravación de la enfermedad o de fenómenos intercurrentes.

No es posible en el caso del síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo, utilizar como en otros cuadros mórbidos, la naturaleza, sitio y tiempo de aparición de los síntomas, para tra-

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

zar el pronóstico, porque existe una correlación **sui generis** entre las lesiones que produjo el accidente y la persistencia de la secuela. **Roussy** y **Lhermitte** han demostrado que la importancia del síndrome subjetivo está en razón inversa de la importancia de la herida craneana y que los fenómenos subjetivos de los traumatizados del cráneo está en razón inversa de la extensión y gravedad de las lesiones cerebrales; por consiguiente, no es posible basarse, en estos casos, en la magnitud de las lesiones que produjo el accidente, para formular el pronóstico. **Targowla** (El estado actual del síndrome subjetivo de los traumatizados craneocerebrales en los heridos de la guerra de 1914 á 1918.— "Annales Medico Psychologiques".— pág. 153.— Tomo II.— París 1936) afirma que los síntomas del síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo son curables, dejando sólo una cierta susceptibilidad para los ruidos, los schocks, la luz intensa, los trabajos que exigen movimientos rápidos de la cabeza o del cuerpo. De 80 heridos de guerra observados entre 1933 á 1935, 48 (40%) presentaban elementos más o menos acentuados del síndrome subjetivo; los demás ya no lo ofrecían en esa época. Sin embargo de estos datos, **Targowla** señala casos de reaparición de los trastornos subjetivos, en sujetos conderados como curados. **Carlos Fernández Speroni** (Psiconeurosis post-traumáticas. Criterio médico-legal.— "La Semana Médica".— pág. 17.— Buenos Aires, julio 2 de 1942) al ocuparse de este aspecto de las consecuencias de los traumatismos del cráneo, sostiene, también, que el pronóstico es muy variable según las formas clínicas y difícil de establecer, lo que conviene exponer en el informe pericial a fin de que el médico se ponga a cubierto de sorpresas al respecto. Por último, conviene recordar que **Targowla** ha comprobado que los sujetos atacados del síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo, dieciseis años después de terminada la guerra de 1914-1918, esto es el año 1935, ofrecían factores capaces de constituir puntos de apoyo importante para que el síndrome persistiese, tales como: alcoholismo, procesos arteriopáticos, psicopatías, ciertas afecciones del neuro-eje, sífilis, tuberculosis, etc.

El gran maestro argentino **Nerio Rojas** (Accidente del trabajo. Neurosis traumática. Incapacidad parcial permanente.— "Archivos de Medicina Legal".— pág. 479.— Buenos Aires, noviembre-diciembre 1931) al comentar una sentencia de los tribunales de su patria, expone que según **Vibert** hay tres actitudes posibles para fijar el carácter y grado de la incapacidad que se produce en la neurosis traumática: 1º) Considerar que estos estados curan enseguida de cobrada la indemnización; 2º) Considerarlos como jamás curables antes de la terminación del proceso, pero no aceptarlos como permanentes; 3º) Considerar como una enfermedad permanente, pero fijar la incapacidad en menos de lo que resulta del cuadro actual. Ninguna de estas normas es aceptable y justa para todos los casos, si bien algunos coinciden con una u otra de ellas, como lo hace notar el mismo **Vibert**, cuyos trabajos son clásicos

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

en este asunto. Existe una cuarta norma de conducta pericial, agrega, considerar al enfermo de neurosis traumática como atacado de una incapacidad permanente, según el criterio que prevalece en la jurisprudencia francesa. Once años después, un discípulo de **Nerio Rojas, Carlos Fernández Speroni** sostiene parecido criterio cuando dice que la incapacidad será considerada, en la mayor parte de los casos, como de carácter permanente, aunque se sepa que en muchos la curación se produce espontánea y súbitamente después de fallada la demanda judicial.

Basándose en el valor profiláctico que desempeña en la curación de muchas psiconeurosis la sentencia de los tribunales, se ha llegado a sostener, agrega **Carlos Fernández Speroni,** la necesidad de suprimir toda indemnización, sustentándose el criterio de que las leyes de accidentes de trabajo han sido las creadoras de las neurosis traumática. Las investigaciones llevadas a cabo en Alemania por **Reischmann y Mellis** en obreros a los que se negó indemnización y padecían de neurosis trumática, han comprobado que después de seis meses de la sentencia, trabajaban el 87%, pero de estos sólo 45% seguían dedicados a la misma profesión; el resto, o sea 42%, desempeñaba tareas distintas y más sencillas aunque menos retribuídas, quedando 13% del total de examinados que permanecían sin trabajar.

La Ley peruana Nº 1,378 de accidentes de trabajo al establecer cuatro grados de incapacidad, para los cuales rige una distinta indemnización, señaló en su Reglamento cuáles son las lesiones que se reputan incluídas en ellos. Como en la Ley sólo se indica la renta vitalicia que corresponde a cada grado de incapacidad, según el salario anual, en el Reglamento se mencionan las lesiones que dan lugar a tal o cual grado de incapacidad. Al tratar de la incapacidad absoluta y permanente, indica en el inc. E a las lesiones irremediables de los centros nerviosos (encéfalo y médula), pero como Manuel R. no está incapacitado en forma absoluta y permanente de trabajar, no le corresponde tal grado de invalidez. Entre las lesiones que producen incapacidad parcial y permanente, el Reglamento incluye en el inc. E a las afecciones del sistema nervioso sean centrales o periféricas, capaces de producir la impotencia funcional de uno de los miembros inferiores, equiparable a su aniquilamiento total. Si semejante disposición reglamentaria se tomase al pie de la letra, los casos a los que se le aplicase tendrían que ser exactamente iguales al mencionado; es más lógico atribuirle carácter de ejemplarización, dado que se trata de pautas generales para la Justicia o para los peritos, pues, no puede darse tendencia casuística a las normas que se dictan para regular los derechos de las personas que integran la Sociedad. Estuvo indudablemente mal redactado en este caso, como en otros muchos, el Reglamento de la Ley de accidentes de trabajo, que adolece de muchos vacíos que no es el momento de puntualizar.

A tenor de lo trascrito y en vista de los trastornos morbosos

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

que aqueja Manuel R. como consecuencia del accidente de trabajo que sufrió, es posible enunciar el concepto de que se encuentra atacado de incapacidad parcial y permanente. El síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo es un padecimiento originado por accidente de trabajo que sufrió el año 1938; por consiguiente, debe ser indemnizado aunque no lo priva completamente de aptitud para el trabajo, dado que realiza actividades rudimentarias en el campo del trabajo manual. En efecto, Manuel R. no es un obrero especializado, sino un simple cernidor de arena que recoje en las márgenes del río Rímac; pero los trastornos patológicos que sufren han quebrantado en forma permanente y parcial su salud, de tal modo que hoy es un enfermo merecedor de cuidados.

Durante mucho tiempo se ha sostenido que las indemnizaciones que recibe el obrero como consecuencia de un accidente de trabajo, son el resultado de la "reducción de salario" que origina la incapacidad, pero en los últimos tiempos un nuevo concepto ha irrumpido el campo de la Jurisprudencia asegurativa, sosteniendo que lo que se debe indemnizar es la "disminución de la capacidad de ganancia". **Augusto Bunge** en su proyecto de reforma de la Ley argentina de accidentes de trabajo, presentado al Parlamento de su patria el 13 de mayo de 1932, propone "que el grado de la pérdida sufrida en la capacidad de ganancia se estimará en un tanto por ciento del salario, teniendo en cuenta las aptitudes profesionales efectivas que queden al accidentado, de acuerdo con su ocupación habitual, edad, sexo y las oportunidades previsibles de hacer uso de alguna aptitud". **Raimundo Bosch** (El accidente de trabajo.— "Revista de Medicina Legal y Jurisprudencia Médica".— Año III.— N° 2-3, página 163.— Rosario, abril a setiembre de 1939) sostiene el mismo concepto cuando dice que si se paga tan sólo la pérdida de la capacidad de trabajo sufrida por el obrero, no se le repara el daño en forma adecuada, mientras que si se le retribuye teniendo en cuenta la disminución de la capacidad de ganancia, la indemnización alcanza una solución más equitativa y más de acuerdo a la realidad. En el caso estudiado la disminución de la capacidad de ganancia está dentro de límites moderados, pero alcanza un nivel importante la "reducción de la salud" que se convierte sin lugar a dudas en factor merecedor de indemnización. Este nuevo concepto que se apunta aquí, se apartará algo de los aspectos prácticos que se ventilan, pero no puede dejarse de enunciar. Al discutirse las indemnizaciones que otorga la Ley de accidentes de trabajo, hay que poner grandeza y amplio sentido de colaboración social, porque por encima de la Justicia legal se encuentra la Justicia Social.

Como en el Perú no hay "baremos" para apreciar la cantidad en que el sujeto resultó incapaz como consecuencia del accidente de trabajo, me abstengo de formular el porcentaje de incapacidad de Manuel R.

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

Conclusiones.

1.—Manuel R. sufrió un accidente de trabajo el año 1938 que le produjo conmoción cerebral, pérdida de conocimiento y trastornos neuropsíquicos que persistieron durante 8 meses después.

2.—En la actualidad ostenta el "Síndrome subjetivo de los traumatizados del cráneo" que describió por primera vez el Prof. **Pierre Marie**, de París, el año 1916.

3.—Los trastornos morbosos de ese síndrome deben considerarse como generadores de incapacidad parcial y permanente, según lo dispuesto en la Ley 1,378 y el Decreto de 4 de julio de 1913 que reglamentó los grados de incapacidad.

Las categorías del amor

Por el Dr. **LAZARO SIRLIN**
LA PLATA, REPUBLICA ARGENTINA

En el "Banquete" **Platón** por boca de Pausanias diserta sobre las dos Afroditas: "Una la mayor, hija de Urania y sin madre, la llamaremos Afrodita Celeste (Urania); otra, la más joven, hija de Zeus y de Diana, es la llamada Afrodita simplemente, la Afrodita vulgar. Existiendo ambas diosas deben tener dos auxiliares, y es justo llamarlos así, al uno amor celeste, y al otro amor solamente o amor "vulgar". Y en el "Banquete" de Jenofonte. **Sócrates** hace la siguiente reflexión concordante con lo anterior: "No hay más que una Afrodita o existirán dos: ¿una celeste y otra terrestre? Lo ignoro, arguye. También se invoca a Zeus bajo muchos nombres, aunque sólo hay uno. Las dos tienen sus altares y sus templos, ofreciéndose en uno sacrificios materiales y homenajes castos en el otro. Mientras la Afrodita terrestre une los cuerpos; ¿no es la Afrodita Celeste la que une las almas, la que inspira la tierna amistad y las acciones honradas?"

En esta forma simbólica entendieron los griegos las dos polaridades máximas del instinto sexual humano o el amor; su grandeza y su miseria, digamos en sentido metafórico. Las dos Afroditas o las dos Venus libran un combate en el individuo tratando de imponerse una u otra. Trasunto fiel de lo que en cada hombre sucede o sucedió. Es que en el hombre debe distinguirse entre las necesidades anímicas y sus necesidades orgánicas; es decir, entre lo puramente fisiológico (descarga y exoneración de los productos

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

sexuales), y el complejo afectivo que lo incita al sexo contrario (afectividad, compañerismo, lealtad, ternura, etc.).

No es necesario hacer un estudio completo y detenido de la evolución y del desarrollo de ambos componentes del instituto amoroso, basta recordar que no es isócrona; las inquietudes sexuales de la adolescencia —sana, no maleada por el ambiente de la casa o de la calle— sólo excepcionalmente tiene un matiz orgánico (genital); más que el deseo de descarga de productos sexuales y acoplamiento, es explosión idealista de atracción del sexo contrario, tensión espiritual que tiende a afianzar el propio yo y prepararlo para enfrentarse con otro yo humano y el yo universal, para entregarlo a la intimidad del mundo, a la alegría general, a la belleza, etc., aún no es amor, sino "amor de amor".

Paulatinamente va diferenciándose, su madurez se completa y se afianza la seguridad de su propio papel sexual, es decir, la armonización de ambas fuentes; las perversiones sexuales suelen obedecer en su enorme mayoría a una inmadurez del instinto. Es fácil darse cuenta cabal de lo expuesto, pues los primeros sueños eróticos o amorosos en el 90% son anteriores a las primeras cópulas.

Pasa la adolescencia, viene luego la juventud y la vida genital hace su aparición, con su incitaciones y emociones propias, que reprimen, en cierto modo, gran parte de las fantasías anteriores y dan nuevo cariz a la sexualidad del individuo. En algunos, se observa en esta época intensificación del idealismo, otros se hacen cínicos y desenfrenados, en ambos casos el desarrollo no se hace armónico.

En líneas generales, el erotismo idealista de la adolescencia, algo reprimido, es base y cimiento de la vida sexual y dá al amor ese halo luminoso que lo ennoblece y le evita ser presa de los instintos.

Suelen las tendencias estético-eróticas y las genitales fusionarse en una sola, más o menos rápidamente, entonces se tiene la base psico-fisiológica del individuo normal. Puede tardar mucho en realizarse esa fusión, sobre todo si la constitución del individuo es la llamada esquizotímica; en ellos la genitalidad suele estar reprimida durante mucho tiempo, siendo considerada como algo nefando e indigno, lo que dá lugar a distintos tipos psico-patológicos. No interesan aquí las formas de exclusión de un componente primordial de la sexualidad, ni tampoco el predominio rápido y neto de la heterosexualidad sobre la homosexualidad confusa de la adolescencia (confusión del amor con la amistad).

Cuando la fusión de ambos integrantes se realiza en los primeros años de la juventud, significa, en modo alguno, que ambas tendencias se hallen representadas en igual proporción. En las condiciones habituales pueden presentarse tres modalidades distintas, según la preponderancia de un factor o su equilibrio, son las tres "categorías" del amor.

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

BIBLIOTECA CENTRAL
Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima - Perú

I.—**Los equilibrados.**— Puede haber una equivalencia o integración armónica de ambas tendencias; esta igualdad entre los integrantes del amor, proporciona, como es lógico suponer, al individuo de temperamento sexual plácido, en quien el instinto no vence a la razón, ni ésta al instinto. Suelen ser sujetos reflexivos, que pesan el pró y el contra de sus amores, no tienen por lo tanto pasiones intensas, ni grandes sacudidas sentimentales. Son consecuentes en sus afectos discretos, porque al final de cuentas, su razón y su afectividad no hacen más que servir fielmente a su egoísmo, o a su comodidad y conveniencia. La gran mayoría de los humanos, puede decirse, corresponden a esta categoría de amadores. Diría de ellos **Baires,** poseen únicamente el "amor conyugal"; e **Ingenieros** los catalogaría entre los que han "domesticado" el sentimiento. Sexual y socialmente, suelen formar las parejas mejor avenidas, siempre que se dé en dos individuos similares. Tienen una regular cantidad de hijos y son buenos padres de familia. Raramente tienen grandes desilusiones amorosas. Cuando hay celos, estos suelen ser fundados, y en su génesis se halla una pretendida violación de las conveniencias sociales, muy raramente en el concepto de propiedad sexual.

II.—**Los sexuales.**— Cuando no hay equilibrio armónico, pueden predominar netamente las tendencias fisiológicas, la genitalidad o mejor dicho la sexualidad, y la parte anímica o espiritual suele ser notoriamente menor, y en casos extremos, puede ser tan mínima o insignificante, que se la puede casi excluir por completo, aunque en estos casos, no puede ni debe hablarse de amor, sino del deseo o apetito sexual, porque únicamente hay el apetito y el instinto sexual descarnado que busca la hembra para satisfacer su necesidad fisiológica. Cualquiera suele ser buena, no hay mucha diferenciación erótica, la afectividad está reducida a lo indispensable, es más bien el hábito que dá apariencia de afectividad. No sólo el hombre puede ser víctima de la sexualidad desenfrenada, también pueden serlo las mujeres, es clásico el ejemplo de **Mesalina,** como símbolo de la disolución moral en la mujer por culpa del sexo.

Dejando de lado estos casos, como violentos y groseros, que pertenecen en conjunto a los lindes de la psico-patología sexual, a los individuos con predominio orgánico sobre el anímico, les viene bien la conocida y cínica definición del amor de **Chamfort:** "El cambio de dos caprichos y el contacto de dos epidermis". Entre ellos se reclutan los "tenorios profesionales", los que no creen en la fidelidad de la mujer, porque no son capaces de guardarla; la inversa también puede ser exacta, aunque las infidelidades pueden serlo sólo en pensamiento. Pueden ser tan inteligentes como el que más, aunque negados para las altas cumbres de la afectividad, de ahí que no crean en el cariño desinteresado, en la fe, en el altruísmo, etc. Suelen, los hombres mantenerse solteros hasta bien entrada la madurez, cuando hastiados de la constante renovación de las mismas mujeres, y algo caducos, se retiran de las lides amoro-

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

sas. Son hombres de sexualidad fácil y rápida (tendencia ciclotímica). A pesar de su bonhomía, si se casan jóvenes, no suelen ser buenos esposos, viven alejados del hogar, tienen muy pocos hijos y los descuidan.

No debe confundirse el deseo con el amor sexual, en éste hay una atracción específica por la belleza o las formas de una persona, que es sostenido y no transitorio, o que desaparece con su satisfacción, como pasa con el deseo sexual.

III.—Los afectivos o sensuales.— En esta categoría, a la inversa de la anterior, los ejemplares más típicos se dan en las mujeres y no entre los hombres; el predominio neto de los elementos espirituales, hace posible que los enamorados de esta "categoría" se eleven a la más alta esfera que pueden llegar el espíritu humano; la vida anímica —el corazón, en el decir popular— llega a imponer en forma preponderante sus normas y aspiraciones. Puede la sexualidad estar reprimida como en el llamado amor platónico, o sublimada —casi extinguida— como en el amor místico, o también asumir una forma mórbida de la erotomanía —Don Quijote.

No es de extrañar estos resultados porque concentrar toda la energía en una facultad o dirección, es retirar esa energía de las demás posibilidades en que puede emplearse. Una superioridad tan notoria en un órden, trae consigo una insuficiencia o debilidad en los otros.

Se pueden distinguir diversas variedades. En una primera variedad, quizás más propia de la mujer que del hombre, son los que la literatura ha inmortalizado, sobre todo en la época romántica: Julieta, Atala, Graciela, etc., entre las mujeres gozan de fervor, envidia y admiración. Romeo, Rafael, Werther, Jocelin, etc. son los ejemplares masculinos más conocidos e inmortalizados. Es el que antiguamente se conocían como "amor enfermedad". Bien conocidas son sus características psicológicas para que se necesite hacer un estudio detallado de los mismos. No sólo toda la literatura está llena de variedades de esta "categoría", sino que en el concepto popular, y aún del ilustrado, cuando se habla de amor, sólo se entiende de esta clase de enamorados.

En una segunda variedad, se colocan aquellos en que el contenido sexual es mínimo, lo indispensable para que no se parezca o confunda con la amistad —sentimiento para-sexual— es el de los castos. Es el que inmortalizó a **Dante** en su devoción a Beatriz, el que cantó **Petrarca** a Laura, etc. El amante platónico "concibe el amor como la satisfacción en ellos mismos, su felicidad es la admiración tranquila y también en la adoración exaltada de la persona amada" **(Lenhoseck).** Es un enamorado capaz de decir a su amada: "¿Qué te importa a tí que yo te ame?". Entre ellos también se reclutan los enamorados que "gozan sufriendo", sin ser por ello grandes masoquistas.

Hay una tercera variedad: el amor místico, que escala las más altas cumbres de la afectividad; la sexualidad está sublimada. En

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

el místico sólo hay un residuo incoercible de sexualidad. Se ha querido negar por algunos este fundamento al misticismo, pero ello significa desconocer su esencia; "la fantasía central del místico —dice **Ribot**— consiste esencialmente en una novela de amor" ("La lógica de los sentimientos"), pero esta afirmación no quiere decir que en el místico haya únicamente como causa de su misticismo la sexualidad reprimida.

Dentro de esta "categoría" pueden las tendencias instintivas tener una regular importancia, sobre todo en las formas del llamado "amor pasional" de **Stendhal**, la modalidad más cercana al amor sexual. Son formas intermediarias, entre ellos el escenario del amor tiene gran importancia. Son enamorados tenaces, pasionales, las víctimas más frecuentes del flechazo. Sus celos son del mismo tenor, casi siempre son los más expuestos a su acción devastadora. Son individuos fieles, enamorados una vez para toda la vida. Son asimismo los más diferenciados en su elección y en su vida sexual.

Siguiendo una vieja denominación, en desuso porque entraña la antigua teoría de las localizaciones, se podrían denominar del siguiente modo a las distintas "categorías": **Medulares** a los sexuales. **Cerebrales** a los sensuales y **Cerebro-medulares** a los equilibrados **(Magnan).**

Entre estas tres "categorías" del amor se puede describir una infinidad de tipos y subtipos que comprenda todas las posibilidades y todos los matices del más pleno de los sentimientos del hombre. Las uniones más felices son las que realizan los equilibrados entre sí, más discretas cuando se realizan con las otras "categorías". Generalmente son infelices las que realizan entre sí las dos últimas "categorías". La posibilidad de combinaciones entre los matices distintos es grande, lo que hace al amor de una persona bien distinto y, sin embargo, igual al de otra.

Esta rápida reseña de las dos polaridades esenciales del amor, la terminamos con las palabras de **Marsilio Ficino** —el gran platonizante del Renacimiento italiano— "el verdadero amor no es más que un esfuerzo para volar hacia la divina belleza, despertada en nosotros por el aspecto de la belleza corporal".

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

Servicio social y protección materno infantil

Por la Srta. CONSUELO CASTAÑEDA CABADA

(Continuación)

Desequilibrio económico por deserción paterna.— La sección Amparo legal del Servicio Nacional de Protección Materno Infantil, comprueba que en Lima hay verdadera inestabilidad en la familia, producto de la vida sexual, que hacen hombres y mujeres, no teniendo respeto por el matrimonio.

Esta relajación de la moral en que viven ciertas personas, entendiendo por modernismo el atropello de las buenas costumbres y la libertad sexual, predispone a la falta de cumplimiento de los deberes paternos. Siendo numerosas las madres solteras con dos y tres niños de padres distintos, etc., es un problema que urge atender.

En la sección de Amparo Legal a la Maternidad, se han hecho hasta Julio de 1944, 1,752 reclamos de alimentos, de los cuales se han llegado a 553 soluciones amistosas, es decir, a conseguir que el padre pase expontáneamente a los hijos una pensión alimentaria. Hay en trámite de juicio, 60 reclamos de alimentos, habiéndose recabado la cantidad de S/. 49,525.55.

Otros reclamos de alimentos se solucionaron amistándose la pareja; otros no eran personas solventes, por lo que tuvo que ayudar a la madre el Servicio Social.

Algunos que han aceptado pasar pensión de alimentos han hecho imposible el cobro de la pensión, por abandono del trabajo. En estos casos se comprueba que todavía tienen escapatoria algunos padres de familia, para no alimentar a sus hijos. Hacen imposible resolver algunos reclamos.

Hay que configurar el delito de abandono de familia con hijos nacidos o por nacer, porque los deja sin apoyo económico y moral; para encontrarlo, la madre tarde o temprano vuelve a contraer una nueva relación sexual. La deserción paternal supone dos problemas: el inmediato de no tener estos niños padre que los sostenga y el lejano de promover una situación que a la larga termina en verdadera quiebra moral.

Hay otro problema de inmoralidad y es el hecho que muchos hombres que se les llama a la sección Amparo Legal, se niegan

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

a pasar una pensión por intermedio de la institución, sosteniendo que no es su hijo; en cambio, dan una pequeña pensión directamente a la madre, lo que prueba que aceptan que es hijo suyo. No quieren reconocerlo, porque temen que se les obligue a más.

Aunque es difícil establecer la paternidad, no es aceptable que estos hombres, lleguen a la negación de sus hijos, para salvar su responsabilidad.

En la sección de Amparo Legal a la maternidad, hay cierto número de padres que pasan puntualmente pensión de alimentos a sus hijos; otros, que se niegan a hacerlo, no sufren la acción judicial porque tienen trabajo independiente, como chofer de plaza, vendedor ambulante, etc. Y otros, a los que ha sido posible iniciar juicio, antes que el juez decrete el embargo de la parte del sueldo que corresponde a los hijos, dejan el trabajo no pudiéndose hacer efectivo el embargo.

Se impone calificar la deserción paternal como delito, para poder imponer castigos, como penas privativas de la libertad, porque la perdida de la libertad deja huellas en el espíritu del hombre, suscita el repudio de la sociedad y origina vergüenza pública. Para los que hacen abandono del trabajo, la sanción sería que no se les vuelva a proporcionar ocupación en ningún centro de trabajo, durante un tiempo determinado.

Hay que hacer campaña de educación al padre, labor que se debe ejercer tanto en el hogar, como en reuniones o conferencias especiales, que se deben de dar con este objeto para adultos en los cursos de alfabetización, al final de las cuales, se puede hacer un poco de charla acerca de los deberes paternos y del respeto a la familia. En estas charlas podrían tomar parte, médicos, abogados, sacerdotes, maestros y asistentas sociales.

Y desde pequeños, sobre todo a los niños, hay que educarlos en la práctica de obras dignas, para formarles conciencia moral, que modela la escuela y el hogar.

Es necesario, igualmente, reeducar a la madre, porque si falta responsabilidad paterna, hay casos, por suerte poco frecuentes, en que no existe responsabilidad materna, por ignorancia de sus deberes y desconocimiento del bien y del mal. Tuvo razón el genial creador de la **Nipiología,** profesor **Ernesto Cacace** cuando dijo que "la educación de las madres, será el medio más poderoso y el más seguro para la protección de la infancia".

Problema moral por deserción paterna y falta de responsabilidad e inmoralidad de la madre.— Ficha de Servicio Social Nº 848. Se presenta en el Dispensario de lactantes un individuo solicitando la ayuda del Servicio Social; desea atiendan a sus cuatro hijos colocándolos en alguna institución. Se le pregunta si alguno está inscrito en el Dispensario, responde que el último. Según la ficha médica hace siete meses que no concurre a este servicio: se le pregunta si los niños han quedado huérfanos de madre, dice que tienen madre, habla de una manera entrecortada y con evasivas, como si no estuviera seguro de lo que dice o mintiese.

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

Indica como residencia de los niños una casa del "sector rojo" de Lima; refiere que dá una pensión de S|. 2.00 diarios para sus hijos, pero que están mal cuidados, porque la madre no vela por ellos.

Al día siguiente hace la visita inicial la Asistenta social y encuentra lo que había sospechado; la dueña de casa es meretriz, quien dice que efectivamente en su casa hay cuatro niños: dos niñas de 10 y de 5 años de edad y dos niños de 7 y de 1 año y medio de edad, a los que ha recogido por estar en la calle todo el día, hasta la noche que venía su madre, que no les dejaba dinero para el alimento lo mismo que el padre. Empleaba a la niña mayor como criada y por caridad daba alimento a los pequeños, dejándolos dormir en un cuarto reservado que tiene.

Conseguida la dirección de la madre, que vivía en una casa de vecindad de la misma calle, se comprobó que la puerta estaba cerrada, informando las vecinas que es cocinera, que sale en las mañanas muy temprano y vuelve en la noche y que raras veces está al medio día. Se averiguó por la casa del padre de los niños, que está ubicada en el mismo girón a dos cuadras de distancia; se le visitó; vive en casa de vecindad; los vecinos informan que no saben en qué trabaja y que en el callejón tiene vida formal. Se habló con el padre a quien se pidió que viviera con los tres mayores y que al más pequeño se le buscaría una cuidadora en medio de un ambiente familiar, hasta encontrar a la madre. La Asistenta no quizo allanar todas las dificultades, porque hubiera sido hacer lo que el padre quería, desembarazarse de los hijos, sabiendo que éstos están bien.

Ese mismo día se hizo examinar por el médico a los niños recomendando la hospitalización del bebé, pues estaba con fiebre y en un estado lamentable de desnutrición, resultado de su alimentación a base de té, agua de Quaker y migajas de pan; además, tenía afección a la piel, lo que es de imaginar porque estaba inmundo. A los otros niños se comenzó a tratar la sarna que padecían. Se obligó al padre a que de día los llevara a comer al Restaurant Popular y en la noche los hiciera dormir en su casa. Mientras tanto se trató de encontrar a la madre, averiguando el lugar en que trabajaba, sin conseguirlo, no obstante las notificaciones que se le dejaba. El padre estaba constantemente vigilado.

Después de diez días los niños están mejor de la enfermedad de la piel, la mayorcita, sin la preocupación del bebé, ha aprendido a curar a los menores. El bebé continúa en el Hospital; está muy mejor. Al salir del Hospital del Niño, se le puso en "colocación familiar"; con tal motivo se llamó al padre para que firme un convenio, comprometiéndose a pasar una pensión de alimentos al pequeño, que por ser insuficiente, la completa la oficina de Servicio Social, hasta que la madre se haga cargo de sus hijos. Al niño antes de abandonar el Hospital, se le hizo los exámenes correspondientes, para investigar lues y tuberculosis, con resultado negativo. Se recomendó a la cuidadora seguir el régimen alimen-

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

ticio ordenado en el Hospital y se le compró cama, ropa de cama y de vestir. Recibió ración de leche en el Dispensario de lactantes, que lo controló con puntualidad. La Asistenta comprobó que lo cuidaba con esmero la familia a cuya vigilancia quedó confiado.

Ubicada la madre refirió lo siguiente: Vivía con el padre de sus hijos, pero como su marido desatendiera el hogar no dando para el alimento, a la vez que se alejaba cada día más de su lado, tuvo que vivir en casa un hermano de su marido, que comenzó por atender sus necesidades económicas y después convivió con ella; al saberlo su marido, le quitó a sus hijos. Cuando ella quizo reclamarlos, le dijo que los cuidaría, por lo que no insistió. Refiere que ha sido él, quien los colocó en casa de la meretriz; que ella no se había preocupado de ellos porque creyó que se haría responsable de los chicos. Después de una larga charla con la Asistenta, la madre prometió llevar a sus hijos con ella, a la vez que abandonar el trabajo que le ocupaba todo el día, para poderlos atender mejor.

Se llamó muchas veces al padre para que diera una pensión de alimentos para todos sus hijos, lo suficiente para que la madre los pudiera tener sin necesidad de trabajar, no hubo forma de encontrarlo; una vez que la madre se hizo cargo de los niños, fué la Asistenta a su casa a buscarlo, porque tampoco había cumplido en dar la pensión que convino para el más pequeño, notificándosele muchas veces sin resultado. Fué imposible saber su nueva dirección.

La madre informa que el trabajo de su marido era de noche en un Bar, y no de albañil como había manifestado, en este establecimiento se encargaba de botar a los ebrios por lo que recibía buenas propinas; como no lo vé supone que ya no trabaja allí. Se ayudó a la madre con subsidios en forma de alimentos y ropa para los niños. Se le vigiló durante un tiempo, para ver como se portaba con los hijos mayores antes de entregarle al pequeño que estaba sano y bien cuidado. Una vez que se le entregó al bebé, lo cuidó con cariño llevándolo al Dispensario, para su control médico y recibir ración de leche. El exámen médico de la madre probó que gozaba de buena salud.

La Asistenta Social hizo varias visitas de control, encontrando siempre a la madre en su casa, con sus hijos aseados, preparándoles muchas veces sus alimentos. Posteriormente se le proporcionó dinero en forma de préstamo, para emprender negocio de fruta, siendo ayudada por la Asistenta a la que acude en todo momento pidiéndole consejo.

En este caso la madre suplió la falta del padre, siendo padre y madre a la vez; reaccionó, despertándosele interés y cariño por sus hijos, que antes sólo le servían de estorbo.

Este caso prueba que la familia no está sólidamente protegida en el Perú, por su principal base, el matrimonio bien constituído y que estos hechos redundan directamente en la sociedad y progreso del país.

(Continuará)

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

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Enfermedades infecto-contagiosas en febrero de 1945

Enfermedades	1945 Febrero	1944 Febrero
Tifoidea y Paratíficas	285	271
Fiebre ondulante	77	104
Viruela	4	11
Escarlatina	11	103
Poliomielitis	1	6
Peste	9	7
Disentería	585	565
Tuberculosis	1,325	1,376
Blenorragia	538	727
Meningitis cerebro espinal	4	3
Fiebre Amarilla	1	0
Gripe epidémica	1,766	1,604
Tifus exantemático	47	56
Tos convulsiva	1,272	1,492
Sarampión	236	421
Difteria	22	70
Lepra	10	3
Varicela	37	—
Paludismo	6,351	7,243
Sífilis	398	502
Verruga	45	89
Tifus recurrente	3	3
Encefalitis Letárgica	3	0

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

Noticias

ASOCIACION MEDICA PIURANA "CAYETANO HEREDIA".— El 5 de diciembre de 1944 se instaló en la ciudad de Piura la Asociación médica piurana "Cayetano Heredia", eligiéndose la siguiente Junta Directiva:

Secretario General, Dr. Emilio Moscol Quiñones.
Secretario del Interior, Dr. Juan Ubillús Z.
Secretario del Exterior, Dr. Carlos Glave.
Secretario de Acción Sindical, Dr. José Chirinos M.
Fiscal, Dr. Máximo Silva Velásquez.
Tesorero, Manuel Ato Cueva.
Secretario de Cultura y Bibliotecario, Dr. Francisco Escudero F.
Vocales Doctores: José Gálvez, Félix Mayorca, Jorge Cáceres, Arístides Córdova, Tulio Herrera León y Miguel Cabrejo.

RECURSOS ECONOMICOS PARA CONTRUIR EL EDIFICIO DE LAS ACADEMIAS Y SOCIEDADES MEDICAS.— Con el Nº 10,180 se ha promulgado una Ley que crea recursos económicos para construir el edificio de las academias y sociedades médicas. Dice así:

Art. 1º—Los certificados médicos que se otorgan en la República a solicitud de particulares y que tengan por finalidad acreditar el estado de salud del solicitante, para el efecto de obtener licencias, pasaportes, o para interponer demandas, que no sean de alimentos, excusar la concurrencia a comparendos judiciales, obtener pólizas de seguros, así como los demás documentos médicos que se especificarán en la respectiva reglamentación, deberán llevar un timbre valorado por dos soles oro (S/. 2.00), con el título "Edificios Academias y Sociedades Médicas".

Art. 2º—Quedan únicamente exentos del pago de esta contribución, los certificados de nacimiento y defunción, así como los que expidan los servicios médicos legales a solicitud de las autoridades judiciales, políticas y educacionales.

Art. 3º—La renta que produzca la aplicación de esta Ley se dedicará a la construcción del edificio en que deberán funcionar las Academias y Sociedades Médicas, las cuales quedan autorizadas para financiar la ejecución de la obra con la garantía de la renta creada.

Art. 4º—Una vez cancelada la operación de crédito a que se refiere el artículo anterior, el Supremo Gobierno dedicará los fondos que continúen recaudándose por concepto de la presente Ley, al fomento de los estudios científicos y de investigación de carácter médico, al sostenimiento de laboratorios y gabinetes, recompensas

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

a los trabajos sobre problemas médicos y sanitarios de carácter nacional, y, en general, al progreso de la medicina en el Perú.

Art. 5º—La Academia Nacional de Medicina por sí y en representación de las otras Academias y Sociedades médicas peruanas, elevará al Supremo Gobierno para su aprobación el proyecto completo del edificio que se propone levantar, así como los planos, presupuestos y especificaciones respectivas. Someterá, igualmente, al Supremo Gobierno, los contratos de financiación para obtener los fondos necesarios a la realización de la obra.

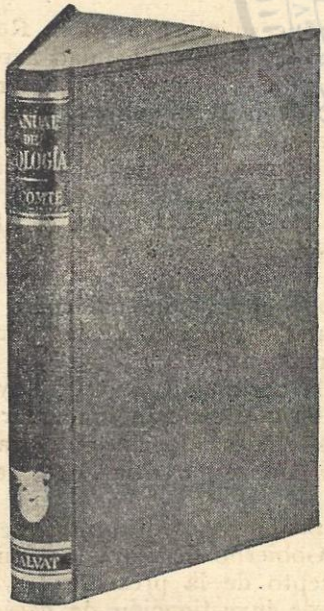
La primera vez que se habló de la posibilidad de conseguir renta para la Academia de Medicina, utilizando papel valorado para otorgar certificados de salud, fué durante el período que ejerció la presidencia de la Institución el Dr. **Miguel C. Aljovin.** Se trató de reproducir en el Perú el procedimiento que sigue en Cuba la "Federación médica cubana" para arbitrarse recursos económicos.

"MANUAL DE UROLOGIA"

Por

R. M. LECOMTE

PROFESOR DE UROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE GEORGETOWN. MIEMBRO DE LA "AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION".



TRADUCCION ESPAÑOLA REVISADA POR EL Dr. A PUIGVERT GORRO

Este Manual expone con brevedad los fundamentos de la Urología. Se ofrece los principios fundamentales sobre los cuales puede edificarse una vasta práctica.

La edición de esta breve y completa obra presta un buen servicio a los estudiantes y a los médicos rurales, que no obstante vivir alejados de los centros urbanos deben estar al corriente de las modernas adquisiciones de la medicina para su práctica diaria. Los especialistas encontrarán, también, eficaces enseñanzas.

UN TOMO EN CUARTO, DE 320 PAGINAS, ILUSTRADO CON 55 FIGURAS

En venta en las principales Librerías del país.

Salvat Editores S. A. **Lavalle No. 371** **Buenos Aires**

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

Bibliografía

BASES EXPERIMENTALES PARA UNA PATOLOGIA MODERNA. DE LA PATOLOGIA CELULAR A LA MOLECULAR, por el Dr. P. Busse Grawitz. — Un vol. de 416 páginas. — Librería "El Ateneo". — Buenos Aires, 1945.

Esta obra resume, detalladamente, los resultados de amplios y originales experimentos en el terreno de la patología.

Partiendo del hecho que jamás fueron comprobados los axiomas de **Virchow**, según los cuales la célula constituye la "última entidad de vida" y que "cada célula proviene de otra célula", ofrece el autor novedosos argumentos para demostrar que hay formación de células leucocitarias a expensas de células epiteliales, fibras y demás substancias anhistas. Prueba tal hecho especialmente con implantaciones de tejidos excentos de vasos y dotados de una película de colodión y por el estudio de tejidos de momias, desprovistos de células, que a raíz de breves implantaciones demuestran preestados de núcleos, y luego preestados de células, exclusivamente. Sostiene a base de otros experimentos "in situ", que este proceso es muy generalizado en la patología y que a él se deben las infiltraciones celulares en los procesos de curación, inflamación y defensa anticancerosa.

En cuanto a la conocida teoría de **Cohnheim** estúdiase el fenómeno de la diapedesis leucocitaria en el mesenterio de la rana con la modificación. de aplicar en el mismo mesenterio focos de infección y de inflamación. Obsérvase de modo uniforme que los leucocitos emigrados ni acusan quimotaxia ni forman imágenes de inflamación. De manera idéntica se portan "in vitro". El autor publica una técnica para hacer invadir trocitos de tejido, por glóbulos blancos, en la estufa; y llega a la sorprendente conclusión que tampoco en esto escasos hay quimotaxia ni formación de imágenes histológicas de inflamación.

Tales imágenes se producen, empero, por acción de la linfa traumática, la cual contiene un factor activo, que impide el crecimiento de los tejidos, aniquila las mitosis que en él existe y determina la transformación de núcleos, fibras colágenas, musculares, etc., en células de leucocitarias.

Sostiene que ciertos tejidos, pese a graves daños, conservan su facultad para transformarse en células leucocitarias, aunque con caracteres enfermizos y en grado menor que los cultivos de tejidos "in vitro" en líquidos biológicos y artificiales.

Biblioteca Central
Universidad N. M. de San Marcos
Lima-Perú
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En cada caso de estos experimentos se describe primero la técnica, luego los resultados, después se resume estos últimos y al final se discuten las posibles interpretaciones.

En la segunda parte del libro se ventila el carácter vital de las reacciones observadas en tejidos de momias; desvirtúanse muchos conceptos de la patología clásica y especialmente la teoría de **Cohnheim** en sus diferentes aspectos, dando a la vez una nueva orientación a los fenómenos básicos de la patología.

Se trata, por la breve síntesis expuesta, de un libro iconoclasta, revolucionario, que enuncia conceptos y señala experimentos que socaban la teoría celular clásica, aportando orientaciones novedosas en el campo de la patología general.

La obra de reconstrucción de la salud del hombre está más allá de las inquietudes políticas y de las organizaciones estatales, muchas veces de papel.

Dr. CARLOS MONGE

TEFEDROS

"Maldonado"

COMBATE LOS ACCESOS DE ASMA BRONQUIAL

COMPOSICION QUIMICA

Clorhidrato de efedrina	**0.024 gr.**
Fenobarbital	**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

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