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. 986 — Agosto 1945

SUMARIO

Dr. J. Oscar Trelles, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, pág. 225

Influencia de la estrona sobre el Magnesio del suero sanguíneo, por la Q. F. Georgina Navarro, pág. . . . 226

Psiconeurosis de ansiedad y nulidad de matrimonio, por los doctores Carlos A. Bambarén y Fernando D. Loayza, pág. 229

Servicio social y protección materno infantil, por la señorita Consuelo Castañeda Cabada, (conclusión), pág. 236

Rol de la visitadora social especializada en enfermedades venéreas, por la señorita Edith Zara-Mitre Pellegrini, (continuación), pág. 240

Prensa médica española, pág. 255

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

EPAMIN

Anticonvulsivo para el tratamiento de la epilepsia

LA EPILEPSIA NO ES YA UNA ENFERMEDAD INCONQUISTABLE

El epiléptico que no sigue un tratamiento va pasando la vida siempre sobrecogido ante el temor de los ataques. Nunca sabe cuando su misterioso padecimiento lo sorprenderá, ni en donde se encontrará en el momento que le acometa. Muy bien puede estar en el trabajo o en una reunión social, o descansando en su hogar o en cualquier otra parte donde su vida y su propia protección dependen de sus completas facultades físicas y mentales.

Como es natural, ese continuo temor, y los ataques mismos limitan considerablemente el radio de acción del epiléptico.

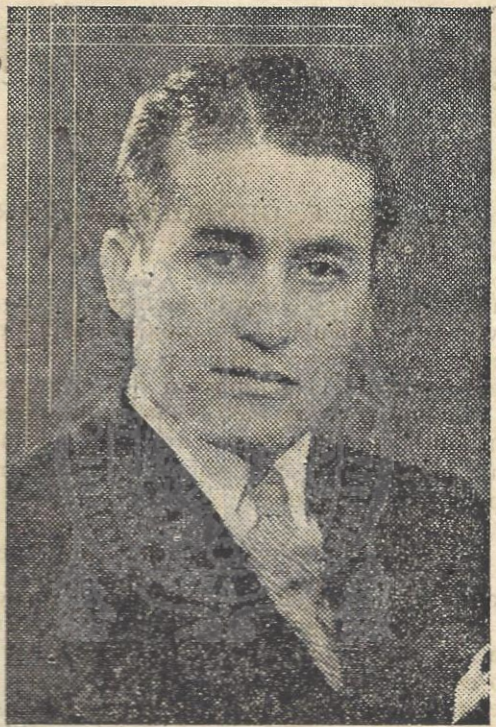
Pero la epilepsia (disritmia cerebral paroxismal) no es ya más una enfermedad inconquistable, ni el paciente debe estar sujeto a la influencia de medicamentos hipnóticos. El Epamin reduce considerablemente o previene por completo los accesos en la mayoría de los casos. Además, el Epamin no ejerce un efecto hipnótico apreciable, lo que constituye una gran ventaja sobre las drogas cuya acción entorpece constantemente la mentalidad del paciente y de esta manera contribuyen a su incompetencia e incapacidad.

Millares de pacientes, con gran mal y pequeño mal han sido ya tratados mediante el Epamin con resultados satisfactorios, y desde el primer artículo presentado por Merritt y Putnam, en 1938, se han publicado en la literatura médica más de cien trabajos clínicos sobre esta preparación.

EL EPAMIN SE SUMINISTRA EN FRASCOS DE 50 KAPSEALS (CAPSULAS SELLADAS) DE 0.1 GRM.

PARKE, DAVIS & COMPAÑIA

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



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
BIBLIOTECA CENTRAL
Lima-Perú

Dr. J. OSCAR TRELLES,

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

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

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

Influencia de la estrona sobre el magnesio del suero sanguíneo

Por la Q. F. GEORGINA NAVARRO

El ion Magnesio es elemento esencial en órganos y tejidos de los seres vivos; se encuentra en pequeñísima proporción, regulado por mecanismos físico-químicos y fisiológicos.

El mecanismo de la regulación del Magnesio sanguíneo es complejo; muchos son los factores que intervienen y que no se examinarán aquí, porque este trabajo se concreta a estudiar la influencia que la estrona ejerce sobre su concentración, cuando se la aplica por vía subcutánea.

El Magnesio del plasma sanguíneo

El Magnesio del plasma sanguíneo se encuentra en cantidad constante, sea que se halle al estado de cloruro, en disociación iónica, en disolución molecular o en forma labil o reversible, combinado con las proteínas.

Este equilibrio del Magnesio, así como de las demás sales minerales del plasma sanguíneo, asegura el equilibrio de la presión osmótica que permite el desenvolvimiento normal de la función celular.

Regulación del Magnesio en el plasma sanguíneo

El metabolismo del Magnesio y su regulación en el plasma sanguíneo, obedece a múltiples factores. De ellos, las hormonas son muy importantes para estos menesteres fisiológicos.

Cannavó e **Indovina** fueron los primeros que demostraron que el "Prolán" produce aumento constante del magnesio en el plasma sanguíneo, atribuyendo la hipermagnesemia consecutiva a las inyecciones de "Prolán", al poder que tiene esta sustancia farmacológica para movilizar los iones de Magnesio desde los tejidos hasta el plasma.

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

Determinación del Magnesio en el suero sanguíneo

La técnica de **Bell Doisy** se funda en la precipitación previa del Calcio y posterior del Magnesio en fosfato amónico-magnesiano.

Se mezclan dos centímetros de suero colocado en un tubo de centrífuga, que contiene 3 c.c. de agua destilada y 1 c.c. de oxalato de amonio. La mezcla se mantiene en reposo durante varias horas o hasta el día siguiente y se centrifuga para separar el Calcio que se ha precipitado en forma de oxalato.

Del líquido claro, exento de Calcio, se toman 5 c.c. y se agrega 1 c.c. de fosfato de amonio al 20%. Se agita, se sumerge el tubo en baño maría a 80°, durante unos minutos y se deja en reposo varias horas o hasta el día siguiente. Después de centrifugar se extrae el líquido con una pipeta y se lava tres veces el precipitado de fosfato amónico magnesiano con 2 c.c. de amoníaco al 20%, disolviendo el precipitado en 5 c.c. de ácido sulfúrico normal. Se calienta ligeramente para facilitar la dilución, se coloca el líquido en un matraz aforado de 25 c.c. de capacidad y se agregan 10 c.c. de agua destilada.

En otro matraz, se colocan 2 c.c. de una solución tipo apropiado de fosfato y 8 c.c. de agua destilada, luego se hace la lectura en el colorímetro.

Este método, como todos los métodos colorimétricos, se funda en la teoría de los indicadores.

Para llevar a cabo este método se necesitan los reactivos siguientes:

1°.—Solución de ácido acético al 20%.
2°.—Solución de fosfato de amonio al 20%.
3°.—Solución de oxalato de amonio al 4%.
4°.—Solución de amoniaco al 20%.
5°.—Solución de ácido sulfúrico normal.
6°.—Solución tipo de fosfato monopotásico.
7°.—Solución tipo equivalente al magnesio.
8°.—Solución de reactivo indicador 0.03% en alcohol de 50°.

Los materiales que se necesitan son los siguientes:

1°.—Jeringas de 10 centímetros y de 2 c.c.
2°.—Tubo graduado de centrífuga de 15 c.c.
3°.—4 pipetas.
4°.—Embudos.
5°.—Vaso de precipitación.
6°.—Papel de filtro.
7°.—Colorímetro de Dubousqui.

Influencia de la Estrona sobre el Magnesio del suero sanguíneo

Para comprobar las variaciones del Magnesio del suero sanguíneo, por influencia de la hormona folicular, usé ampollas de "Progynón" Schering de 100, 10,000 y 50,000 unidades.

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

Se dosó el Magnesio en el suero sanguíneo, siguiendo la técnica de **Bell Doisy.**

Los animales que sirvieron para la experiencia fueron conejos machos y hembras, de color blanco, cuyos pesos se anotaron.

Después de dosificar antes de la experiencia el Magnesio sanguíneo de los conejos, procedí a inyectar por vía intramuscular al conejo Nº 1, una inyección de "Progynon" de 100 unidades, haciendo a las 24 horas la extracción de la sangre, para proceder a determinar nuevamente el Magnesio.

Al conejo Nº 2 le apliqué una inyección de "Progynon" de 10,000 U. por vía intramuscular.

Al conejo Nº 3 le inyecté 50,000 unidades de "Progynon".

Luego procedí a verificar determinaciones del Magnesio en el suero sanguíneo de conejos hembras (Nos. 4, 5 y 6) inyectando después 100, 10,000 y 50,000 unidades de "Progynon".

Los resultados obtenidos en la determinación del Magnesio del suero sanguíneo, antes y después del empleo de "Progynon", se expresan en el cuadro que va enseguida:

Animales	Peso	Magnesio antes de la experiencia	Magnesio después de Progynon
Conejo 1	1.323 grs.	1.6300%	2.2950%
Conejo 2	1.428 „	1.9200%	2.4650%
Conejo 3	1.533 „	2.0500%	2.0500%
Coneja 4	1.652 „	1.4500%	1.9300%
Coneja 5	1.678 „	1.8800%	2.1900%
Coneja 6	1.693 „	1.5800%	2.1900%

Por estos resultados se prueba que el "Progynon" influye en la concentración del Magnesio del suero sanguíneo, produciendo aumento constante, como las inyecciones de "Prolán" según las experiencias de **Cannavó** e **Indovina.**

Conclusiones

1ª.—El Magnesio es elemento químico, necesario para la vida; por su constancia en la composición química de los seres vivos, se le puede calificar como elemento biogenético.

2ª.—El Magnesio se encuentra en la sangre en concentración constante, de la que depende, seguramente, el normal funcionamiento orgánico.

3ª.—La regulación del Magnesio en el plasma sanguíneo, depende del metabolismo de los tejidos y de la influencia que ejercen las glándulas de secreción interna.

4ª.—La mejor técnica que actualmente se usa para determinar el Magnesio en el suero sanguíneo es la de **Bell Doisy.**

5ª.—La hormona folicular del ovario ejerce influencia indudable, sobre la cantidad de Magnesio plasmático, produciendo aumento constante.

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

Psiconeurosis de ansiedad y nulidad de matrimonio

Por los doctores CARLOS A. BAMBAREN y FERNANDO D. LOAYZA

Doña Georgina C. C., interpuso acción de nulidad de matrimonio civil con don Francisco F. D., en el curso de la cual se nos pidió que examinásemos a la demandante. El dictamen que va a continuación, es el resultado del estudio que se llevó a cabo.

Antecedentes

El 16 de Febrero de 1941 contrajo matrimonio civil en el Municipio del Distrito del Rímac de la ciudad de Lima, don Francisco F. D., de más de 30 años de edad, con doña Georgina C. C., de 14, y dada la juventud de la desposada y la urgencia con que el marido en su condición de militar tuvo que abandonar la capital de la República para cumplir ineludibles obligaciones profesionales en la región militar del Nor-Oriente, que era teatro de choques entre fuerzas militares peruanas y ecuatorianas, la dejó en poder de sus padres hasta que pudiese regresar para celebrar entonces la ceremonia matrimonial religiosa y hacer vida en común.

Desde la fecha del matrimonio civil hasta el tercer trimestre del año 1942, don Francisco F. D. mantuvo relación epistolar con doña Georgina C. C. y le envió periódicamente diversas sumas de dinero para atender a sus necesidades, que ésta cobró en el Banco Popular del Perú, que fué la entidad comercial por intermedio de la cual se hicieron las remesas desde la ciudad de Iquitos. Obran en autos muchas cartas dirigidas por doña Georgina C. C. a don Francisco F. D., en las cuales se estamparon palabras amorosas y de contenido afectivo, que siempre usan los cónyuges, lo que demostraría una aparente cordialidad, incongruente con la situación que se presentaría después.

La acción judicial

El 9 de Noviembre de 1942 doña Georgina C. C. se presentó al Juzgado en lo Civil, interponiendo acción de nulidad de su matrimonio civil con don Francisco F. D., aduciendo causales que

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

según el Código Civil peruano son suficientes para anular el vínculo matrimonial. Después de satisfechas algunas diligencias judiciales, la demandante a fs. 104 v. pidió que se la someta a un peritaje psiquiátrico a fin de que los profesionales que la examinen "se pronuncien sobre su salud mental, las causas de los desarreglos psicomotrices que padece y relacionando estos dos aspectos pronunciarse sobre aquel que existió en el momento del matrimonio".

Se vé por el párrafo mencionado que los propósitos del dictamen que debemos evacuar, están bien puntualizados y que nuestro cometido debe ceñirse a lo que la demandante desea que estudiemos con criterio médico-forense.

Examen de la demandante

Georgina C. C. tiene 17 años, nació en Lima, siendo el color de su piel predominantemente blanco.

Antecedentes familiares.—Por rama materna, el abuelo murió de "ataque cerebral"; la abuela no ostenta dato digno de mención. No se obtuvieron informes de la rama paterna.

La madre goza de buena salud, aunque ofrece características clínicas de obesidad. El padre, a quien no han conocido los peritos, porque el hogar de Georgina C. C. está desintegrado por razones que no es del caso analizar, se dice que tiene 60 años y que goza de buena salud.

Antecedentes personales.—Se nos ha dicho que durante la gestación de Georgina C. C., su señora madre sufrió intensas contrariedades que lastimaron su vida afectiva; sin embargo, no fueron capaces para perturbar la gravidez que terminó en parto eutócico.

La primera infancia transcurrió en forma satisfactoria, pues, aparecieron los primeros dientes, balbuceó las primeras palabras y efectuó los movimientos de deambulación, en época que puede calificarse normal.

No refiere haber padecido de enfermedades infecto-contagiosas en los primeros años de su vida, pero sí se nos ha dicho que desde los 10 años comenzó a "sufrir de los nervios". A los 14 años se inició la menarquia, que siempre estuvo acompañada de dolores y aún de crisis convulsiva en la primera menstruación.

Prolegómenos del matrimonio.—Refiere Georgina C. C. que tenía 13 y ½ años de edad, cuando jugando con sus amiguitas de colegio, se presentó a ella el Teniente de Ejército don Francisco F. D., pidiéndole que aceptase su amistad. Iniciadas estas relaciones amistosas, se repitieron los encuentros que poco a poco tomaron razgo amoroso. Sin darle todo el significado que poseían, Georgina C. C. resultó novia del pretendiente, pues, éste la pidió en matrimonio a su señora madre, no obstante las reflexiones que se hicieron sobre su tierna edad.

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

El matrimonio civil se efectuó como se ha dicho el 16 de Febrero de 1941 salvando los obstáculos legales que se oponían a su realización.

Examen clínico.—Georgina C. C. se presenta en el consultorio de uno de los médicos informantes, acompañada por su señora madre; viste aún indumentaria de adolescente.

Su continente y modales son de niña; adopta actitudes tímidas y cuando se inicia el interrogatorio se dirige con gestos a su madre, para que la ayude en las respuestas. Tiemblan los músculos de la comisura labial, las extremidades inferiores adoptan actitud defensiva en flexión bien manifiesta y trata de esconder las superiores, colocando los manos debajo de los muslos, mientras está sentada sobre una silla.

A los pocos segundos asoman lágrimas en sus ojos y se echa a llorar copiosamente, manifestando un estado de hiperemotividad ansiosa, con sollozos y frases entrecortadas, que atestiguan un intenso grado de psicoplasticidad a los excitantes del medio ambiente, como consecuencia de continuas expoliaciones afectivas de su conciencia.

Examinando órganos y aparatos de la economía humana, se comprobó, después de apaciguar la crisis inicial que se ha relatado, lo siguiente:

Pupilas anisocóricas, por estar más dilatada la izquierda que la derecha; reaccionan con pereza ante los estímulos luminosos.

Hay temblor en los músculos de la cara y temblor en la lengua.

El pulso radial late 88 veces por minuto y no experimenta modificación numérica después de comprimir los globos oculares lo que significa que el reflejo óculo-cardiaco es negativo.

Los dedos de las extremidades superiores están animados de temblor y movimientos involuntarios. Los reflejos rotulianos están exagerados al explorarlos percutiendo debajo de la patela.

Hay abundante sudor en la piel de la cara, cuero cabelludo, cuello, manos, etc.

Dice que las micciones son muy frecuentes y que la orina revela poca cantidad de pigmentos, por lo que aparece como agua y que no ha tenido relaciones sexuales con su marido.

Explorando el psiquismo se encontró lo siguiente:

La atención estaba absorta, tanto por los rasgos motores de la expresión fisionómica, cuanto por suministrar los caracteres que aparentan distracción ante una idea que por ser prevalente en el campo de la conciencia, hace que la sujeto no se aperciba de lo que pasa en torno a su persona. Por estas razones en el momento del examen mental de Georgina C. C. se comprobó exaltación de la atención o hiperprosexia.

En la efectividad se comprobaron demostraciones inequívocas de angustia y ansiedad intensas, cuando se plantearon pareceres personales respecto a su situación de casada.

Se pudo apreciar en Georgina C. C. que los estímulos voli-

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

tivos se encontraban exaltados, como consecuencia del estado angustioso de que se halla atacada, por la rapidez, instantaneidad e irreflexión con que llora.

La imaginación tuvo que explorarse con parsimonia, porque la demandante por su condición jurídica estaba predispuesta para utilizar todos los recursos de este origen que hiciesen más sombría su situación psicológica; sin embargo, no pudo descubrirse el llamado delirio de la imaginación de **Dupré**, ni las características de la mitomanía.

La memoria ofreció distintas manifestaciones que correspondían a ligeros trastornos resultantes de la inquietud que suscita en Georgina C. C. el tema de su matrimonio con Francisco F. D.; estos trastornos fueron del tipo de las amnesias, por simple desarreglo del mecanismo psíquico, con motivo de la hiperemotividad ansiosa que la aqueja.

La emotividad, que dejó de ser puramente psíquica desde los trabajos de **Canon**, mereció un análisis atento al examinar a Georgina C. C., dadas las perturbaciones que se comprobaron desde el primer momento del interrogatorio. En efecto, se reveló aumentada por exaltación de los sentimientos, por exagerada vivacidad del tono afectivo, por una impresionante irritabilidad, que desencadenaba reacciones emotivas tristes y angustiosas. Es de tal intensidad la reacción hiperemotiva de Georgina C. C. cuando se toma como elemento estimulatriz su matrimonio con Francisco F. D. que se determina un estado de ansiedad muy penoso, con viva emoción de tristeza, que produce los fenómenos propios de esa manifestación emocional y sobre todo cuando recuerda que en dos oportunidades su marido ha intentado arrancarla del hogar de su madre.

No se han comprobado trastornos de la percepción, como alucinaciones, ilusiones y deluciones, aunque alguna vez se nos ha dicho que ha visto durante la noche cosas o seres que no existen en ese momento dentro del radio de la visión conciente.

En la ideación se han puesto de manifiesto ideas obsesivas de franco contenido angustioso, que atormentan frecuentemente a la examinada; así como también ideas de persecución que la hacen solicitar la compañía permanente de su madre.

El análisis de la conciencia del yo permitió descubrir en Georgina C. C. perturbaciones ocasionadas por la hiperemotividad ansiosa que padece y que consistían en esbozos de despersonalización con evidentes manifestaciones de desorientación alopsíquica y cronopsíquica.

Se nos ha referido, por último, que Georgina C. C. sufre, desde hace meses, de ensueños muy penosos, porque siempre contienen imágenes terroríficas en relación con hechos desagradables vinculados al juicio de divorcio que sigue con su marido Francisco F. D.

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

Consideraciones médico-forenses

El examen de Georgina C. C. ha revelado un cuadro mórbido en el que sobresalen: hiperemotividad, ansiedad, desproporcionada reacción afectiva ante diversos estímulos del ambiente, fobias, crisis de terror, ensueños penosos, etc. Estos síntomas integran una entidad clínica que forma parte de las Psiconeurosis y que se conoce con el nombre de **Estado de ansiedad.**

El temor y la aprensión del peligro, son datos de la experiencia universal, perteneciendo, por consiguiente, al acervo normal. Los estados ansiosos, sólo son la exageración patológica de situaciones que existen corrientemente en la vida anímica, como consecuencia de reacciones no lógicas ante circunstancias externas que, como espada de Damocles, despiertan secuencias insospechadas. En los diversos casos de **ansiedad patológica** se puede comprobar perturbaciones instintivas y emocionales, que explican la génesis del trastorno mental y sus síntomas.

Como en toda Psiconeurosis, en la ansiedad mórbida hay fenómenos psíquicos y orgánicos. Pertenecen a los primeros el miedo, las fobias, la depresión e irritabilidad, el terror o pánico, las perturbaciones del carácter, etc. Los síntomas físicos resultan de alteraciones funcionales del sistema nervioso neurovegetativo, que prácticamente gobierna las actividades corporales, siendo manifestaciones inseparables de la ansiedad. El aumento del tono muscular, qué se traduce en incremento de la tensión o contractura espasmódica, en temblores, en palidez de la piel, etc., son otras tantas expresiones de ese trastorno, que se objetiva de diverso modo según la distinta personalidad de cada sujeto atacado de esta Psiconeurosis.

La **ansiedad mórbida** puede dar origen a crisis agudas que se traducen por ataques de pánico, en los cuales es posible sorprender la pérdida total de los mecanismos defensivos individuales, con el colapso de los elementos psicorgánicos que lo contrarrestan.

Emilio Mira López en "Problemas psicológicos actuales" (Buenos Aires, 1940), estudia la génesis de la emoción miedosa, integrando los datos dispersos que sobre ella existían como resultado de los estudios de varios investigadores, con los aportes de su sutil y admirado ingenio, sosteniendo, con acierto, que la reacción ante estímulos nociceptivos, aparece, primero, como una brusca detención del curso vital, obtenida gracias a una rápida **inhibición general,** que puede conducir a la muerte por síncope y en los casos menos graves al "shock" y al aumento brusco del tono del sistema nervioso simpático, producido por la descarga de adrenalina de las cápsulas suprarrenales, según mecanismos que precisó **Cannon** en su famoso libro **Bodily changes in pain, fear, hunger and rage.**

El miedo y sus diversas manifestaciones, como la ansiedad, se produce, pues, en virtud de dispositivos neurohormonales, que al desencadenarlo conspiran contra la salud y la vida, por lo cual

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

a toda persona que sufre de miedo morboso, es decir, desproporcionado a las vivencias que lo desencadenan, se le considera enferma de Psiconeurosis.

Después de esta breve descripción, es posible concluir que la examinada Georgina C. C., que sufre de los síntomas ya descritos, se encuentra enferma con **Psiconeurosis de ansiedad.**

Esta enfermedad mental pertenece al grupo de las llamadas "psicosis menores", en oposición a las "psicosis mayores" que por lo general se consideran manifestaciones de alienación mental. No se trata de perturbaciones iniciales a las que seguirá la alienación mental; son enfermedades definidas, que desde que se inician hasta su término ofrecen los mismos caracteres, teniendo, no obstante, variaciones en sentido de aumento o disminución. Si en muchos casos aparece en el curso de la Psiconeurosis una Psicosis, no se trata de manifestación psicopatológica correspondiente a estado morboso evolutivo, sino a que sobrevino un trastorno mental en el curso de otro preexistente y que por sus manifestaciones ruidosas enmascara o hace pasar inadvertido el primero.

Sentados estos conceptos que permiten tipificar la enfermedad que padece Georgina C. C., como del dominio de la Psiquiatría, tócanos referir las causas de la dolencia que aqueja. Como en todo proceso morboso dos son los factores que lo producen: uno de raíz endógena y otro de actuación exógena. El primero está constituído por la llamada predisposición, que resume los mecanismos psicosomáticos que al sufrir perturbación en su funcionamiento constituyen la enfermedad. El segundo, es el conjunto de "vivencias" que por haberse convertido en patógenas, cooperan en la producción de la dolencia.

En el caso estudiado, es indudable que Georgina C. C. ofrece una constitución mental que la predispone a sufrir trastornos psíquicos como los que padece. Su edad, los caracteres de su vida emotiva, el género de su educación y otros factores más, son los elementos predisponentes que hay que tomar en cuenta al estudiar las causas subjetivas de la **Psiconeurosis de ansiedad** que exterioriza evidentemente. Son elementos de actuación exógena, su matrimonio con Francisco F. D., la separación de su marido, en que ha vivido desde que se casó y la continua y persistente remembranza del hecho, que, como en el fenómeno fisiológico de la "rumiación" aparece ininterrumpidamente en el campo de su conciencia, haciendo que afloren en desproporcionada y anárquica secuencia, elementos instintivo-afectivos que sirven para dar fisonomía a la **Psiconeurosis de ansiedad.**

No hay duda que si se unen en forma parásita, a los factores enunciados, preconceptos de cultura primitiva, como son ideas místicas, nociones de pecado y otras más que anidan frecuentemente en la mentalidad infantil femenina peruana, se habrá descrito en forma íntegra, las causas exógenas que produjeron la **Psiconeurosis de ansiedad** estudiada.

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

Y para completar la enumeración de los elementos endógenos, puede, todavía, agregarse que en Gorgina C. C. existe un estado labil neurohormonal propio de su edad y de sus peculiares modos de funcionar, que también ha tenido participación no despreciable, en la génesis de la enfermedad que sufre.

Otro aspecto del presente dictamen, tiene por objeto estudiar con criterio imparcial el estado mental "que existió en el momento del matrimonio". Esta faceta está erizada en enormes dificultades, porque tiene que basarse en hechos objetivos y no en meras inferencias o suposiciones, que al formularse podrían empañar la seriedad de la ciencia.

Según los datos que ha recogido la Psicología evolutiva, en las distintas etapas de la vida, la fórmula psicológica personal ofrece variantes propias de la edad y de cada ser. Estas fases de la Psicogénesis y de la individuación, como dice el admirado maestro **Emilio Mira López** en su "Manual de Psicoterapia" (Buenos Aires, 1942), son las que ayudan a comprender mejor los casos patológicos, permitiendo una adecuada interpretación del proceso morboso.

Cuando se casó civilmente Georgina C. C., sólo tenía 14 años de edad, encontrándose, por lo tanto, en aquel período de la segunda revolución biológica individual, motivada por la "crisis puberal" y en la que no es raro que se presenten situaciones angustiantes, por la entrada en acción de la denominada "inteligencia conceptual o abstracta" e irrupción de los instintos y ambiciones que requieren canalizarse, lo mismo que el deseo de total independencia y libertad, de aventura y triunfo. En esta época de la vida mental aparecen manifestaciones psiconeuróticas, como escrúpulos obsesivos, tornándose las muchachas en exageradamente coquetas. Es entonces, como dice **Emilio Mira López**, que aparece la anormalidad en individualidades genotípicamente taradas o defectuosamente evolucionadas desde el punto de vista caracterológico.

Lo dicho permite afirmar que la examinada no tenía aún perfectamente definida su personalidad psíquica, necesaria e ineludible, cuando contrajo el acto jurídico del matrimonio civil. Mayor pronunciamiento sería penetrar en el área de las suposiciones o inferencias, que son casi siempre deleznables y sujetas a discusión. La ética profesional y el desconocimiento, por imposibilidad de reconstrucción, del estado que existió en el momento del matrimonio civil de Georgina C. C. con Francisco F. D., impiden formular otras apreciaciones fuera de las enunciadas.

Conclusiones

1º.—Georgina C. C. sufre en la actualidad de **Psiconeurosis de ansiedad.**

2º.—Este padecimiento se ha originado como consecuencia de predisposición individual y del matrimonio civil con Francisco

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

F. D. y su separación inmediata y permanente por espacio de 20 meses más o menos.

3º.—Georgina C. C. se encontraba en el momento de su matrimonio civil, cumpliendo la fase psicogenética que se caracteriza, principalmente, por la segunda revolución biológica individual, motivada por la denominada "crisis puberal".

Servicio social y protección materno infantil

Por la Srta. CONSUELO CASTAÑEDA CABADA

(Conclusión)

Los datos recogidos en mi práctica se resumen enseguida. Ellos dan idea completa de las condiciones de las familias de los niños que concurren a los dispensarios de lactantes de Lima. Comprenden 200 fichas de todos los sectores sociales de Lima, para tener un exponente completo de la situación social de la población menesterosa de la capital del Perú.

Hacían de jefe de familia:			
	Hombres	165	82.5%
	Mujeres	35	17.5%
Estado Civil:			
	Casados	81	40.5%
	Solteros	107	53.5%
	Viudos	12	6 %
Ocupación del jefe de familia:			
Hombres	Empleados	21	10.5%
	Servicio Domést.	5	2.5%
	Obreros	44	22 %
	Aprendices	43	21.5%
	Peones	13	6.5%
	Choferes	9	4.5%
	Policías	5	2.5%
	Negociantes	8	4 %
	Sin oficio	10	5 %
	Profesionales	4	2 %
	Conductores de tranvía	3	1.5%
Mujeres	Lavanderas	18	9 %
	Costureras	5	2.5%
	Servicio domést.	5	2.5%
	Obreras	4	2 %
	Negociantes	3	1 %

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

Salarios:

Diario	17	8.5%
Mensual	43	21.5%
Semanal	68	34 %
Eventual	69	34.5%
Sin ingresos	3	1.5%

Salario diario mínimo por familia:

De S/o. 0.00 a S/o. 1.00	31	15.5%
„ „ 1.50 „ „ 2.00	33	16.5%
„ „ 2.50 „ „ 3.00	42	21 %
„ „ 3.50 „ „ 4.00	46	23 %
„ „ 4.50 „ „ 5.00	34	17 %
„ „ 5.50 „ „ 6.00	8	4 %
„ „ 6.50 „ „ 7.00	4	2 %
„ „ 7.50 „ „ 8.00	1	0.5%
„ „ 8.50 „ „ 9.00	1	0.5%

Composición de la familia:

(Padres, madres, hijos y allegados).

Hombres adultos	225
Mujeres adultas	329
Niños:	
De 0 a 1 año	62
De 2 a 6 años	177
De 7 a 11 años	124
De 12 a 16 años	74
Niñas:	
De 0 a 1 año	63
De 2 a 6 años	170
De 7 a 11 años	111
De 12 a 16 años	83

Edad de los padres:

De 20 a 25 años	15
De 26 a 30 años	25
De 31 a 35 años	35
De 36 a 40 años	28
De 41 a 45 años	37
De 46 a 50 años	14
De más de 50 años	14

Edad de las madres:

De 16 a 20 años	15
De 21 a 25 años	45
De 26 a 30 años	43
De 31 a 35 años	30
De 36 a 40 años	40
De 41 a 45 años	11
De más de 45 años	3

Número de habitaciones por familia:

1 hab.	112	56 %
2 „	71	35.5%
3 „	10	5 %
Más de 3 hab.	7	3.5%

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

Número de camas por familia:

1	cama	34	17 %
2	„	65	32.5%
3	„	68	34 %
4	„	22	11 %
5	„	6	3 %
6	„	4	2 %
7	„	1	0.5%

Número de personas por familia:

3	personas	18	familias	9 %
4	„	20	„	10 %
5	„	21	„	10.5%
6	„	23	„	11.5%
7	„	29	„	14.5%
8	„	24	„	12 %
9	„	22	„	11 %
10	„	17	„	8.5%
11	„	12	„	6 %
12	„	6	„	3 %
13	„	4	„	2 %
14	„	2	„	1 %
15	„	1	„	0.5%
16	„	1	„	0.5%

Tipos de promiscuidad:

I.—Tipo: Viven padres e hijos	en	87	familias 43.5%
II.—Tipo: Viven padres, hijos y parientes consanguíneos	en	39	familias 19.5%
III.—Tipo: Viven padres, hijos y parientes políticos	en	33	familias 16.5%
IV.—Tipo: Viven padres, hijos y amigos, compadres	en	41	familias 20.5%

Tipo de vivienda:

Independiente	41	familias	20.5%
Vecindad	141	„	70.5%
Ramada	18	„	9 %

Número de tuberculosos en las 200 familias:

Adultos	35
Niños	29

Los datos anotados revelan que el mayor número de familias no están unidas por vínculo matrimonial y que la mayor parte de padres o jefes de familia, no son obreros calificados, sino aprendices o ayudantes, que agregados a los peones forman un buen número con salario eventual.

El salario mínimo por familia es de S/o. 3.50 a S/o. 4.00 diarios; las familias más numerosas son las de 7 a 8 personas, por lo que el salario resulta insuficiente. Viven la mayoría en una habitación, en promiscuidad por cuarto y por cama, con otras personas, como parientes y amigos, en casas de vecindad, donde hay muchas veces enfermos de tuberculosis.

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

Las 35 madres que hacen de jefes de familia, son viudas, o sus convivientes están ausentes, por enfermedad u otra causa, o por encontrarse en provincias, ignorando su verdadero paradero.

La mayoría de las mujeres son lavanderas, porque es el oficio que con más facilidad pueden realizar, por hacerlo en su casa. Muchas madres de familia ayudan a sus esposos en esta forma, en una proporción de 33%.

Sin pretender generalizar las deducciones que sugieren las fichas examinadas, permiten reflexionar sobre las necesidades de las familias del proletariado limeño y de los niños lactantes, contribuyendo a explicar las causas de la mortalidad infantil.

Conclusiones

I.—La asistencia del niño ha evolucionado hacia la asistencia del grupo familiar del que forma parte; por ello toda institución que cuida al niño debe poseer Servicio Social.

II.—Para coordinar mejor la labor del Servicio Social dentro de los sectores en que está dividido Lima para los efectos de la protección materno-infantil, sería conveniente crear una Cuna Maternal y un Jardín de Infancia, anexos a los Dispensarios o lo más cercanamente posible en los sectores donde estos servicios faltan, como son San Sebastián, Chacra Colorada y Jesús María y ampliar los de los sectores de La Victoria y el Rímac.

III.—Dentro del Servicio Social del Servicio Nacional de Protección Materno-Infantil, sería conveniente hacer algunas mejoras; a saber:

a).—Subdividir el sector de Barrios Altos en dos: sector de Barrios Altos propiamente dicho y sector de la Urbanización Manzanilla, siendo necesario en éste un Dispensario de Lactantes que además de su fin específico facilitaría la labor del Servicio Social;

b).—Establecer que las oficinas auxiliares de Servicio Social, funcionen estables en los dispensarios de lactantes, para lo cual debería instalárseles convenientemente en estas dependencias;

c).—Organizar el Fichero Central y los ficheros de sectores, de modo que manteniendo vinculación y dependencia, se conserve autonomía y responsabilidad en el trabajo que realizan.

IV.—Habiéndose comprobado que la deserción paternal es causa de la destrucción de los hogares, se impone calificarla como delito, para poder aplicar sanciones legales.

V.—El Servicio Social debe abarcar a todos los niños que concurren al dispensario de lactantes.

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

Rol de la Visitadora Social especializada en enfermedades venéreas

Por la Srta. EDITH ZARA-MITRE PELLEGRINI
Visitadora Social del Departamento Central de Lucha Antivenérea de Santiago.

(Continuación)

b).—Control de tratamiento.

Si de la entrevista y del examen médico resulta, que el enfermo debe quedar en tratamiento, en el Servicio, se procede a la confección de la **Hoja de Tratamiento,** tipo calendario, la que será llevada por el practicante y vigilada por la Visitadora Social.

Con respecto al tratamiento debe saber la Visitadora Social:

1º.—Que toda sífilis debe ser tratada precoz e intensamente;

2º.—Que toda sífilis en todo período debe ser tratada y vigilada;

3º.—Que mientras más reciente es el contagio, y más precóz el tratamiento, es de menor duración;

4º.—Que el tratamiento más corto de una sífilis es de un año y medio, contando el período de observación;

5º.—Que mientras más tarde se inicie un tratamiento menos posibilidad existe de una curación absoluta;

6º.—Que la sífilis es una enfermedad progresiva;

7º.—Que la sífilis es una de las enfermedades más agradecidas al tratamiento, o sea, que obedece con seguridad a éste;

8º.—Que el tratamiento para que sea verdaderamente eficaz, de menor duración y evite complicaciones, debe ser continuado y dirigido únicamente por el médico;

9º.—Que debe perseguir al primario y secundario precoz hasta que tenga año y medio de tratamiento ininterrumpido;

10º.—Que toda precaución debe redoblarse en el caso de un luético de menos de 4 años de enfermedad, debiendo constituir la preocupación principal del cuerpo de Visitadoras Sociales;

11º.—Que la embarazada sifilítica tratada antes del quinto mes, da a luz un hijo sano;

12º.—Que la serología positiva o negativa no son un índice de suspensión del tratamiento o de continuaciión de él, y que el único que puede dictaminar al respecto, es el Médico especializado;

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

13º.—Que debe usarse de un cuidado especial con los exámenes de sangre y no hacer llegar a los enfermos los resultados de ellos, sino con mucha cautela o por intermedio exclusivo del Médico;

14º.—Que la desaparición de las manifestaciones externas no significa que el individuo está sano y debe suspender el tratamiento;

15º.—Que debe vigilar para que el tratamiento no sea interrumpido, o sea, que la serie o la cantidad prescrita de medicamentos se cumpla en su totalidad, pues sucede que una dosis fraccionada e incompleta, o una serie colocada a plazos muy largos entre inyección e inyección, o cumplida incompleta o desordenadamente, suele producir más daño que beneficio;

16º.—Que es de rigor que toda serie comenzada, sea terminada, salvo, naturalmente, que exista orden médica en contrario, lo cual es el caso de las intolerancias o intoxicaciones medicamentosas;

17º.—Que solamente el médico puede decir cuando un tratamiento es peligroso o cuando hay contraindicación de tratamiento;

18º.—Que el alcohol agrava la sífilis, aleja al hombre del cumplimiento de su tratamiento, y aumenta enormemente los riesgos de accidentes, sobre todo en el tratamiento neoarsenobenzólico;

19º.—Que la única manera de realizar un control riguroso y exacto, es mediante la revisión de las **Hojas de Tratamiento,** tipo calendario; y

20º.—Que en esta modalidad de su trabajo, debe la Visitadora Social, luchar con más energía y entusiasmo, para dar al individuo el valor necesario y la comprensión de lo que significa llevar el tratamiento hasta el final.

Nota: Con respecto al punto 13º cabe una aclaración:

Si inoportunamente o sin mayor explicación o por haber sorprendido a la Visitadora o al médico, un enfermo llega a saber que su sangre es negativa, se negará a colocarse más inyecciones, alegando que está sano, pues ya no tiene las cruces que lo obligaban a recibir tratamiento. Por el contrario, si un enfermo ha seguido su tratamiento en buena forma y al final de su serie ve que aparecen de nuevo cruces, se descorazonará y pensará que se le está haciendo perder el tiempo, que el específico es malo, que las directivas del médico son erradas, o que su sífilis es incurable.

Cuán distantes están ambos casos de la realidad: un sifilítico secundario puede ver desaparecer sus cruces con pocas inyecciones y estar contagiante y enfermo. Un terciario puede no tener nunca positiva su sangre y sin embargo su lesión sifilítica avanza **(lúes oculta).** Un individuo con serología resistente puede verla desaparecer en la próxima serie o con algún artificio de técnica derivado del estudio paciente del enfermo.

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

Por eso en Inglaterra no se informa jamás a los enfermos del resultado de su sangre; y la experiencia chilena es de que estas informaciones estorban más de lo que ayudan y sirven a veces para reclamos, mal entendidos y desórdenes conyugales.

Y es natural, pues si difícil es para el Médico en innumerables ocasiones hacer una estimación ajustada de una prueba serológica, mucho más difícil lo es para el profano ignorante.

La práctica ha demostrado que, salvo un excelente equipo tratante: médico, visitadora, practicante, enfermeras universitarias, que cuesta años entrenar, **es muy difícil** que equipos incompletos o que están sólo parcialmente dedicados a estas labores, como sucede en un gran número de casos (pueblos chicos, servicios de múltiples labores), consigan llevar hasta su término un tratamiento sobre todo en la sífilis; es decir, que alcance a las 52 ó 70 semanas, o dos años según el caso.

Hay una solución que no siendo óptima, es la mejor en estos casos, y no sólo la mejor, sino la indispensable.

Es la de obtener que el individuo llegue a recibir, en el tiempo y con la intensidad adecuada, **la dosis mínima sanitaria útil.**

Se sabe que la sífilis, a medida que envejece, es menos contagiosa, por falta de manifestaciones exteriores abiertas infectantes.

Pues bien, si a un individuo se le colocan en el primer tiempo de su enfermedad: 30 inyecciones de Neoarsenobenzol (20 gramos) y 30 de metal pesado (Bismuto), este individuo tiene grandes posibilidades de no presentar manifestaciones externas infectantes hasta un plazo largo en el cual ya su sífilis ha envejecido espontáneamente y ha perdido mucho de su peligrosidad contagiante.

En esta situación el individuo **no ha curado su sífilis** y persiste por lo tanto el peligro para él de tener las complicaciones tardías de la sífilis y morir a consecuencia de ellas; igualmente, persiste el peligro para su descendencia; pero, en cambio ha dejado de representar el peligro social que significa un individuo en plena actividad sexual, con manifestaciones precoces infectantes, factor indudable de contagios múltiples, difíciles de ubicar.

Luego, ante la imposibilidad de obtener que un individuo siga el **tratamiento completo** de su sífilis, la Visitadora debe obtener, **a todo costo,** por persuación o **coacción,** que ese individuo se coloque, en los primeros estados de su sífilis: 30 inyecciones de Neoarsenobenzol y 30 de metal pesado que constituyen la dosis mínima sanitaria útil.

Por debajo de esta dosis de seguridad, el **servicio social es malo,** y se pierde tiempo, **trabajo,** dinero y medicamento.

Es un límite del cual no se debe bajar por ningún motivo.

Para hacer el **control técnico** del tratamiento el único medio de llevarlo a cabo que asegure su continuidad, es mediante la hoja tipo calendario; aunque parezca curioso e incomprensible, existen servicios que carecen de él o en absoluto de cualquiera otra

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

forma de control; también hay otros servicios que emplean tarjetas o calendarios de tratamientos, reducidos e inapropiados, incómodos en muchos casos y poco claros, y que en algunos servicios el enfermo lleva consigo con el perjuicio de extravío o deterioro que es fácil suponer. ¿Cómo se pueden controlar las dosis recibidas por el enfermo y desde luego su asistencia, en una Institución en que no existe este método de control claro y exacto? Es por esta causa que el Servicio Social del Departamento Central de Lucha Antivenérea de Chile, ha establecido en cada organismo que le ha sido entregado para su organización, **Hojas de Tratamiento,** por estimar que es el único medio de comprobar, en cualquier momento, la asistencia y regularidad del medicamento recibido. Revisando constantemente estas Hojas, es como la Visitadora Social se da cuenta de la asistencia, citando o visitando inmediatamente a los inasistentes.

Cada vez que el enfermo consulta, se debe presentar al Médico junto con la Observación Clínica, la Hoja de Tratamiento, la que será inmediatamente devuelta al archivo del Practicante.

En cuanto al servicio interno, debe existir una correlación absoluta entre la Observación Clínica, la Hoja de Tratamiento y la Encuesta Social Sanitaria. Esto se realiza colocando en la Observación Clínica, el número de la Encuesta y de la Hoja de Tratamiento y viceversa.

Todo esto es necesario para poder presentar al Médico los datos que solicite con rapidez y exactitud.

Capacitación de los practicantes.—Las Hojas de Control de Tratamiento, son manejadas por los practicantes, quienes anotan en dichas Hojas el medicamento colocado al enfermo. Este personal de practicantes, por la responsabilidad que tiene en sus manos, debe estar especialmente capacitado para un Servicio de venéreas, y debe ser de una moral tan elevada, que contribuya al éxito de la campaña. Su labor puede concretarse en lo siguiente:

a) Control y aplicación rigurosa de las dosis recetadas por el Médico;
b) Anotar en las Hojas de Tratamiento, únicamente las dosis colocadas;
c) Dar aviso a la Visitadora Social de las inasistencias y de los enfermos reacios al tratamiento;
d) Tratar a los enfermos lo más amablemente posible, ya que muchos datos de interés que el enfermo no da al Médico ni a la Visitadora, los dá al Practicante amable y comprensivo;
e) Abnegación absoluta en la labor; y
f) El Médico, Visitadora Social y Enfermera Sanitaria deberán contribuir a la preparación práctica y teórica del practicante acerca de lo que significan las enfermedades venéreas y la responsabilidad que le cabe en su labor.

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

c).—Solución de todo lo que diga relación a facilidades para el tratamiento.

Si la Visitadora Social desea que el enfermo siga un tratamiento regular, deberá darle toda clase de facilidades, mediante la consideración de:

Gratuidad del tratamiento;
Enfermo asegurado;
Enfermo no asegurado;
Si se muestra reacio por diferentes causas a seguir tratamiento en la Caja a la cual está acogido;
Distancia que debe recorrer hasta el sitio del tratamiento;
Medios de locomoción de que dispone el enfermo; y
Horarios adecuados.

Con respecto a este punto "horarios adecuados" hay que considerar:

Que no coincida con las horas de trabajo del enfermo;
Que permita atender a todo el público asistente, evitando las aglomeraciones;
Que se adapte a las necesidades del barrio en que está ubicado;
Que preste facilidades a la atención de familiares.

Para que la labor de persuación de la Visitadora, dé los resultados que se puede esperar, es factor imprescindible, el que vaya afianzada con la solución de todos los obstáculos que el enfermo encuentre para poder cumplir su tratamiento. Así, por ejemplo, es muy frecuente el caso del enfermo inasistente, porque el Servicio le queda muy retirado de su domicilio. En este caso lo lógico es ubicar al enfermo en el Servicio más cercano a su trabajo o domicilio.

Corriente también es el caso del enfermo inasistente que se ha cansado de acudir al Servicio, porque pierde su tiempo en una larga espera, para la colocación de su medicamento. Esto sucede cuando hay aglomeración de público por cualquier circunstancia (escasez de personal, mala distribución del trabajo, personal incompetente, horarios inadecuados, etc).

Son todos estos, factores que van en contra de la labor de persuación de la Visitadora Social, ya que el enfermo, hombre de trabajo y de escasos recursos siempre, no puede ni tener desembolsos económicos frecuentes, como sería en el caso de que el tratamiento fuera pagado, ni distraer muchas horas a su trabajo en espera o busca del medicamento que le devolverá la salud.

d.—Labor varia.

1.—Correspondencia.

2.—Solución de diversos problemas relacionados con el enfermo, (ejemplo, escasez de medicamentos).

3.—Trámites varios (ejemplo, envío a otras especialidades).

En el rubro denominado labor varia, quedan comprendidas todas aquellas diligencias que se hacen con el fin de contribuir a que los enfermos puedan seguir su tratamiento con el máximum de facilidades. Como todas estas pequeñas o grandes cosas no

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

tendrían cabida en ninguno de los rubros anteriores por la diversidad de las mismas, he creído oportuno colocarlas dentro del título **labor varia,** el que de por sí es un término amplio.

Advertencia: Al concluir el párrafo denominado, **Labor dentro del Servicio,** es necesario hacer notar un factor que es de decisiva importancia para el éxito de la labor de la Visitadora Social: es el que se refiere a la cooperación del médico tratante.

Generalmente el cuerpo médico, y es necesario decir la verdad, la mayor parte de los profesionales y personas con quienes trabaja el Servicio Social, desconoce exactamente cuál es el papel de la Visitadora dentro de un determinado Servicio.

En estas circunstancias, si la Visitadora no ubica su verdadera actividad dentro del rol que el servicio requiere, corre el peligro que su labor sea desvirtuada, y entonces se le destine a **trámites de mera urgencia,** que los podría realizar cualquier empleado sin tener la preparación que la carrera de Visitadora Social requiere, y que en cambio se descuiden los problemas de fondo los que solamente puede abordarlos una profesional especialmente preparada para ello.

De ahí que en todo servicio, sea cual sea la especialidad del servicio, la Visitadora tendrá que empezar por delinear en primer término su papel dentro del engranaje de la Institución.

Una vez delineado su programa de acción y de trabajo, es a ella a quien le corresponde actuar en forma tal, para que su trabajo dé el máximo de buenos resultados y se gane la cooperación de todo el personal especialmente la del médico.

Para lograr esta cooperación, deberá desplegar gran tino y cuidado, de manera que su actuación **no se imponga,** sino que entre a formar parte en forma imprescindible de la Institución.

Tratándose de un Servicio de enfermedades Venéreas, es dóblemente necesaria esta cooperación, pues sin ella muy poco podrá obtener la Visitadora por sí sola.

Lograr obtener esta colaboración, especialmente del médico tratante, es un punto de vital importancia para aspirar al éxito de todo cuanto se haga en pro de los servicios. Con ella, se podrá ubicar con mayor facilidad los focos de contagio; atraer a los reacios; convencer a los incrédulos y a los ignorantes, etc.

Lograda esta colaboración, podrá asegurarse que ese Servicio trabajará con gran eficiencia y magníficos resultados.

2.—TRABAJO FUERA DEL SERVICIO

a).—Visitas o citaciones a inasistentes.

Si después de revisadas las Hojas de Tratamiento, la Visitadora comprueba inasistencias, procederá a la visita domiciliaria de los inasistentes.

Cuando por el número de inasistentes, la Visitadora se viera imposibilitada para efectuar la visita de todos, deberá darle preferencia a los enfermos cuyos diagnósticos acusen **lúes reciente** (pri-

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

maria, secundaria florida, o de menos de 4 años de iniciación) o una lúes congénita, o una madre luética o gonorreica embarazada y a los **recientes** de otras enfermedades venéreas; gonorrea, linfogranuloma, chancro blando.

Con respecto al resto de los enfermos, cuyos diagnósticos son lúes antiguas, (latentes, serológicas, terciarias, etc.), donde no hay lesiones externas que significan peligro de contagio indirecto, se puede proceder a la citación por carta.

Esta medida es recomendable únicamente, cuando por la escasez de tiempo de la Visitadora Social, no pudiera proceder a la visita domiciliaria de todos los reacios a tratamiento.

Nota.—La razón de ser de esta clasificación de diagnóstico, tiene por base el hecho que la Visitadora Social, debe considerar el peligro que el sifilítico u otro enfermo venéreo representa para la sociedad. Desde este punto de vista se considera que un sifilítico es profundamente peligroso hasta los cuatro años después de adquirida su afección. Después lo es menos, aunque sigue siéndolo para su descendencia (mortalidad infantil, taras o invalideces mentales y físicas) y para él mismo (disminución de la capacidad de trabajo, invalidez prematura, etc.)

Tratándose de una embarazada que sufre de gonorrea, es necesario efectuar un control activo mediante las visitas a domicilio, ya que si ésta cumple el tratamiento ordenado por el Médico, se le evitará al recién nacido la terrible conjuntivitis neonatorum, causa del mayor número de los ciegos que vemos a diario.

Tanto respecto a las visitas como respecto a las citaciones, es necesario hacer algunas recomendaciones.

Visitas.—Tratándose de visitas a enfermos venéreos es necesario desplegar el máximum de discreción, por el tabú o misterio que con respecto a estas enfermedades existe. Una visita indiscreta, o mal efectuada, puede ser causa de toda una tragedia en un hogar, con el consiguiente perjuicio para el enfermo y para los que le rodean.

Es necesario considerar los siguientes detalles:

Que la Visitadora al efectuar la visita acuda vestida en forma sencilla, no llamativa; (sin uniforme).

Que al golpear o llamar en la casa del enfermo, lo haga suavemente.

Que si no lo encuentra, no le deje recado sin estar segura de que los familiares están enterados de la enfermedad.

Que no debe comentar con ninguna de las personas del callejón o conventillo, el motivo de su visita.

Que si le es necesario dejar algún recado para el enfermo, deberá dejar otra razón cualquiera.

Todos estos detalles necesitan considerarse, porque la práctica ya ha demostrado los resultados desastrosos cuando las visitas las hacen personas que no están preparadas para ella.

Es necesario recordar el caso, en que cierta vez, a una citadora sin preparación técnica alguna, ayudante de la Visitadora, se

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

le comisionó para que efectuara una visita a un enfermo con lúes. Como no lo encontró en su domicilio, le dejó recado con la "portera", a la que le explicó el motivo de su visita. Esta, con la ignorancia propia de la mayoría, al saber que el enfermo sufría una sífilis, le obligó a abandonar la casa con los consiguientes sacrificios, molestias y vergüenza para él.

Citaciones.—Al efectuar las citaciones por carta, deberán tomarse las mismas precauciones que para realizar las visitas a domicilio. Deberá existir un Libro de Citaciones, en el que se dejará constancia de cada hoja que se arranque de él, mediante el **Libro tipo talonario.**

Dicha citación deberá ser enviada en **sobre cerrado, sin membrete.**

En la citación **no deberá colocarse** que se le cita a un servicio de venéreas, sino simplemente la dirección del Policlínico y la firma de la Visitadora.

Todas las indicaciones mencionadas, aunque parezcan futilezas, son pequeños detalles, que en conjunto, hacen el éxito de la labor. **No hay que olvidar que existe un verdadero prejuicio en contra de tales enfermedades, y si bien es necesario llegar a destruirlos, no puede ello hacerse de golpe, lo que ocasionaría trastornos muy grandes y sería imposible.**

b).—**Ubicación de focos de contagio y formación de cadenas venéreas y grupos familiares.**

La búsqueda del foco de origen y de la cadena de contagio, aislando los casos de contagios necesarios, conduciéndolos siempre a tratamientos, evita la propagación de la enfermedad y de sus consecuencias.

La Visitadora Social especializada en venéreas deberá tener presente, que todo caso de lúes, viene de otro caso de lúes, y que a su vez puede ocasionar otros casos de lúes.

Muchos males sociales se evitan llevando a la esposa de un luético a tratamiento o vigilándola periódicamente en caso que aún no esté infectada.

Para pretender la curación completa de un enfermo, no basta con someterlo a él, a tratamiento, sino también, se deberá someter a control a la persona que tenga relaciones sexuales con el enfermo, como igualmente a sus familiares.

De la entrevista con el enfermo, la Visitadora Social deduce, cuáles son los posibles focos de contagio y cuál es la cadena venérea establecida con posterioridad a éste.

Con respecto a las personas que se ubiquen como focos de contagio, hay que tener para con ellas, todas las precauciones y deferencias que para el enfermo de origen, ya que se trata de un enfermo más. Tanto para las visitas, como para las citaciones y entrevistas, hay que guardar las mismas indicaciones.

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

Realizando el trabajo con la dedicación que él requiere, se ha efectuado verdaderas curaciones y solución de casos sociales, mediante la ubicación de focos de contagio y formación de cadenas venéreas.

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, citaré el caso de una enferma de 30 años que asistía a un Policlínico de Venéreas, donde no existía la colaboración de la Visitadora Social.

Dicha enferma concurría al mencionado Servicio desde hacía dos años; su diagnóstico era sífilis serológica; estaba casi totalmente ciega.

Cuando el Servicio Social del Departamento Central de Lucha Antivenérea, del Ministerio de Salubridad, tomó a su cargo la organización del Policlínico al cual acudía la enferma, ésta fué sometida a control, como el resto de los enfermos.

Después de la entrevista correspondiente, se logró saber lo siguiente:

a).—Que tenía un hijo de seis años asilado en el Hogar de Ciegos, por padecer de una ceguera de nacimiento;

b).—Que sus cinco hermanos eran ciegos;

c).—Que su padre era ciego;

d).—Que su abuela estaba hospitalizada;

e).—Que su madre había fallecido después del octavo aborto espontáneo.

La solución que se le dió al caso fué la siguiente:

a).—Su hijo, que estaba en el Hogar del Ciego, se trajo al Policlínico donde se atendía la madre. Después del examen correspondiente, se le examinó en el Servicio de Ojos. En este Servicio el Oculista diagnosticó una alteración de la córnea, (queratitis parenquimatosa), la que le había producido una ceguera de nacimiento. Fué sometido a una operación bastante delicada; estuvo hospitalizado algún tiempo; luego, al quitarle las vendas, se comprobó con la satisfacción que es de suponer que el niño veía perfectamente con un ojo y por el otro, distinguía borrosamente las cosas. Con un tratamiento específico al cual se le sometió, se cree que con el tiempo podrá quedar totalmente sano y recuperará en forma definitiva su vista.

Luego hubo necesidad de reeducarlo, ya que estaba acostumbrado a palpar los objetos y no a verlos; lógicamente entonces el mundo que se le presentaba por primera vez le era absolutamente desconocido; era como si hubiera nacido de nuevo. Con esto, se salvó un ser que iba a ser una carga para la sociedad y un sufrimiento para sí mismo.

b).—Los cinco hermanos fueron conducidos a tratamiento. Padecían de una lúes congénita. Con el tratamiento, no iban a recuperar su vista, ya que se trataba de personas adultas con enfermedad muy avanzada, pero por lo menos se evitaría que la enfermedad les llevara a lesiones invalidantes en períodos posteriores.

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

c).—El padre de la enferma fué igualmente sometido a tratamiento.

d).—Su abuela, que estaba hospitalizada en el hospital San Borja, a consecuencia de una fractura producida por la enfermedad en su período terciario, fué sometida a tratamiento.

e).—Respecto a la causa del fallecimiento de la madre, sirvió para reafirmar los efectos de la enfermedad en dicha familia.

c).—**Aislamiento de los contagiosos.**

La Visitadora deberá cumplir rápidamente la orden de hospitalización, cuando el médico lo ordenare.

Pero aún, cuando nadie se lo solicitara, si ella comprueba, interpretando el diagnóstico efectuado por el médico, que se trata de un enfermo contagioso, deberá proceder por iniciativa propia, a la hospitalización del enfermo, la que se deberá efectuar por las siguientes causas:

a).—Para evitar la diseminación de los contagios (directos e indirectos);

b).—Porque hace posible llevar un control riguroso del tratamiento y de la tolerancia que hacia él muestra el enfermo;

c).—Porque hay más medios para instruir al enfermo mientras dure su permanencia en el Hospital;

d).—Por la mayor facilidad para preocuparse en este período de los familiares.

Nota.—Por contagioso se entiende al enfermo venéreo que está actualmente con manifestaciones externas de su enfermedad. Así por ejemplo, si se trata de una sífilis, serían los períodos primario, secundario florido, etc.

El enfermo en estos períodos significa un peligro de contagio no solamente mediante las relaciones sexuales (directo), sino mediante el uso de cualquier objeto contaminado por el enfermo (indirecto).

Fácil es comprender entonces, el peligro que significa para los familiares que conviven con el enfermo, y no solamente para éstos, sino para la sociedad entera, ya que cada uno de estos enfermos constituye un foco ambulante que anda repartiendo contagios que, en su multiplicación, llegan a millares: "caso americano de un Party, en el que se infectan 14 concurrentes".

La Visitadora, que comprende el beneficio que para la sociedad indefensa, significa el aislar a un enfermo en estas condiciones, deberá proceder siempre a la hospitalización del caso. **Por cada contagioso que hospitalice, salva un número crecido de nuevas víctimas.** Solamente un funcionario compenetrado realmente de la causa venérea, y de la necesidad absoluta y urgente de poner remedio a esta verdadera plaga social, podrá actuar con la eficacia y seriedad que un problema de tanta trascendencia requiere.

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

d).—**Enlace o coordinación con otros servicios.**

Esto tiene lugar cuando es necesario el traslado de un enfermo a otro Servicio, sea que éste se encuentre en la capital o en provincias. Al efectuar el enlace hay que tomar en cuenta varios puntos:

a).—El enlace se realiza aportando al Servicio Social que va a acoger al enfermo, todos los antecedentes clínicos y familiares (resumen de la observación clínica y de la encuesta social);

b).—Tiene por objeto evitar la repetición de esfuerzos (exámenes serológicos, dosis aplicadas, encuesta social) con los consiguientes perjuicios para el Servicio y para el enfermo;

c).—Evitar que el enfermo se pierda o se desmoralice.

El enlace o coordinación con otros Servicios es un punto de vital importancia en un Plan de lucha antivenérea.

Mediante él se logra que los esfuerzos clínicos, económicos y sociales, sean aprovechados en grado máximo para bien del enfermo y de la sociedad entera.

NORMAS GENERALES PARA TODA VISITADORA SOCIAL

La sífilis puede ocasionar en el hogar:

1.—Disminución de la capacidad de trabajo.

2.—Problemas económicos derivados de lo anteriormente expuesto.

3.—Desorganización de los hogares (abandono de familia, rompimiento de compromiso matrimonial, desavenencias entre los cónyuges, etc.).

4.—Abatimiento moral de los enfermos.

5.—Fracaso en los estudios.

6.—Desorientación profesional.

7.—Otros problemas médicos (abortos, mortinatos, etc.).

Presentados así a grandes rasgos los trastornos que puede ocasionar la sífilis en la estabilidad de los hogares, se comprende la trascendencia de la labor de la Visitadora Social en la lucha antivenérea, ya que ella tiene en sus manos, evitar en gran parte las graves consecuencias ya mencionadas.

Si pensamos que el conjunto de hogares forman los pueblos, llegaremos a la conclusión que, indirectamente, se amenaza también la estabilidad de las naciones enteras.

De acuerdo con esto, se ha dedicado este párrafo a todas las Visitadoras Sociales, sea cual sea el fin de la Institución a la cual pertenece.

El ideal sería que toda Visitadora Social, en presencia de una persona que solicite sus servicios, se hiciera estas preguntas ¿Tendrá sífilis? ¿De quién la habrá adquirido? ¿A quién la habrá transmitido? ¿Tiene otras enfermedades venéreas?

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

BIBLIOTECA CENTRAL

Alrededor de estas preguntas, existe todo un programa de acción en contra de las enfermedades venéreas.

Ellas definen tres puntos importantísimos: **verificación de la sífilis; ubicación de los focos de contagios; formación de las cadenas venéreas.**

Pero si bien es de desear que toda Visitadora Social se haga estas preguntas, necesario sería también que la comprensión de la Visitadora no se limite únicamente al aporte espiritual que la comprensión del problema significa, sino que su actitud, fuera más allá aún, al aporte real y efectivo de la campaña antivenérea.

Este aporte efectivo, tendría lugar, siempre que la Visitadora considere los siguientes puntos:

a).—Que cada caso que a ella llegue, con problemas jurídicos, morales o económicos, puede esconder un caso de lúes, causante directo o indirecto del desequilibrio que atrajo el caso a sus manos;

b).—Que puede encontrarse a una fuente potencial de futuras desorganizaciones por una sífilis aún inadvertida;

c).—Que por el contrario el problema médico que hizo llegar a ella el caso, puede tener ramificaciones de otra índole en el hogar o en el individuo mismo;

d).—Que al luchar por volver a la salud a un padre sifilítico hay que construir nuevas bases para el hogar y para el individuo, despertando el sentido de unidad y de respeto hacia su hogar y abriendo el campo de las posibilidades constructivas;

e).—Que deberá consecuencialmente conducir a un examen serológico o al que determine el médico, a toda persona que ella atienda por razones de su profesión;

f).—Al conducir a una persona a un Dispensario, deberá hacerlo mediante labor de persuación y nunca forzadamente;

g).—Comprobada una sífilis u otra enfermedad venérea, deberá dejar ubicado al enfermo en el Servicio que le merezca confianza;

h).—Solamente puede merecerle confianza, un Dispensario bien organizado, en que exista un control efectivo de cada enfermo;

i).—Si no está segura que su enfermo va a estar sometido a un control riguroso, podrá ella misma vigilarlo;

j).—Deberá tratarse además, de un servicio que le dé toda clase de facilidades para el tratamiento, base del éxito de la labor de persuación y educativa;

k).—Al dejar ubicado al enfermo, deberá aportar al Servicio Social que lo va a acoger, el resumen de la encuesta social, y de todo dato de interés que ella haya observado en el enfermo, lo que evitará pérdida de tiempo y de esfuerzo;

l).—En su Oficina deberá disponer de una lista de todos los servicios de venéreas (Dispensarios, hospitales y profilactorios), lo que le servirá para poder orientar a sus atendidos.

Todas las medidas anteriormente indicadas, tienen por objeto principal el que toda Visitadora Social, coopere a la lucha en contra de los flagelos sociales.

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

Aplicando dichas medidas, ella no se recarga excesivamente de trabajo, ya que solamente se le indica los medios, para que efectúe el enlace debido, con el Servicio Social especializado en venéreas correspondiente, a quien le llevará el mayor número de enfermos que ella ubique.

Será necesario que cuente también con una preparación médica mínima, que le permita responder adecuadamente a todos los enfermos que la consulten.

Conclusiones

1.—La Visitadora especializada en enfermedades venéreas, debe contar con una preparación técnica muy sólida.

2.—Sin esta preparación técnica, es absolutamente imposible dedicarse en forma eficiente a la lucha antivenérea.

3.—La Visitadora Social deficientemente preparada, podrá confundirse fácilmente, ya que el sifilítico nunca dice: "Yo tengo sífilis", pero muy a menudo dice: tengo una erupción en la piel; una erosión en la boca; el pelo se me cae; dolor de cabeza; fiebre; etc. Por esta causa se dice que la sífilis imita todas las enfermedades.

4.—Toda Visitadora Social deberá considerar el problema venéreo en cada caso que atienda, sea cual sea el motivo por el cual llegue al servicio donde ella trabaje:

a).—Indagando en los exámenes serológicos anteriores;
b).—Efectuando exámenes serológicos;
c).—Buscando los signos de lúes (abortos, mortinatos, estigmas, etc.).

5.—Los elementos principales del programa de control de las enfermedades venéreas, son: **profilaxis, diagnóstico** y **tratamiento.** Para cada uno se necesita personal técnico especializado. A la Visitadora le corresponde un papel decisivo en el primero y último.

6.—La **divulgación de las medidas de profilaxis,** son de vital importancia para evitar la propagación de los contagios. Pueden ser de tres clases: químicas, quimioterapéuticas y mecánicas.

7.—La labor médica por perfecta que sea, obtendrá mucho menor efectividad sin la cooperación de la labor educativa efectuada por la Visitadora Social.

8.—La gran importancia que tiene la labor educativa, es que con la cooperación del paciente es posible "curar" todos los casos; en cambio, sin su ayuda poco o nada se obtiene con los tratamientos que se le indique, ya que seguramente no los cumple correctamente.

9.—Todo grupo humano tiene la obligación moral de contribuir a la extirpación de las enfermedades venéreas.

10.—Existen varias razones poderosas, por las cuales debe lucharse en contra de la sífilis:

a).—La sífilis está muy difundida;
b).—La sífilis es enfermedad de trascendencia social;

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

c).—La sífilis es enfermedad que no respeta a personas, clases sociales, educación, estado financiero, etc. Y una vez dentro del organismo, no respeta órgano alguno;

d).—La sífilis debe tratarse en todas las etapas de la enfermedad;

e).—La sífilis no sólo afecta el cuerpo, sino también la mente, esto significa la degeneración física y psíquica de la raza.

11.—El deber de un médico hacia su paciente y la comunidad, **no termina** con el diagnóstico de la sífilis; **empieza** precisamente en este momento ya que la colectividad entera confía estar resguardada por él en ese aspecto. Lo mismo cabe decir respecto de la Visitadora a quien se le confía un enfermo.

12.—La Visitadora Social debe pensar que la sífilis congénita es **"la vergüenza de la medicina moderna"**.

13.—El tratamiento oportuno evita que nazcan niños sifilíticos.

14.—El papel principal de la Visitadora Social especializada en venéreas, está en controlar al enfermo infectante y a toda mujer embarazada por un luético, sea cual sea la edad de la sífilis (nueva o antigua).

15.—La Visitadora Social que desee obtener un control efectivo de las enfermedades venéreas, deberá:

a).—Averiguar en toda encuesta y tener siempre presente la sífilis;

b).—Encuestar sobre enfermedades venéreas y tratamiento recibido a cualquier caso que aborde;

c).—Cerciorarse sobre la fecha de contagio y de ahí deducir las consecuencias sociales, raciales y familiares;

d).—Formar las cadenas de contagios;

e).—Interrumpirlas, llevando a tratamiento a los enfermos;

f).—Encuadrar a todo sifilítico en tratamiento adecuado;

g).—Ser inflexible en el tratamiento precoz, para que sea suficiente e ininterrumpido;

h).—Vigilar atentamente las hojas de tratamiento, ponerlas a la vista del médico, para cada consulta que efectúe el enfermo;

j).—No dejar jamás un venéreo sin atención;

k).—Tener presente que siendo el tratamiento de larga duración, es susceptible de inasistencias y abandonos;

l).—Que el abandono del tratamiento significa: pérdida de los esfuerzos realizados para mejorar al individuo (exámenes, inyecciones, otros medicamentos). Esto significa pérdida de tiempo y de dinero;

m).—Que para evitar las inasistencias y abandonos de tratamiento, deberá procurar: la educación individual

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

de cada enfermo, para agudizarle el sentido de responsabilidad;

n).—Someter a control el grupo familiar;

ñ).—Lograr la cooperación del médico y de todo el personal con quien trabaje. Sin esta cooperación se obstaculizará inmensamente su labor;

o).—Conducir a la familia o sus relaciones, al Servicio correspondiente; y

p).—Informar al médico el foco existente, para que él pueda determinar su labor.

BIBLIOGRAFIA

Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obrero Nº 37.—Santiago, Junio de 1937.

Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obrero Nos. 79 al 82.—Santiago, Abril de 1941.

Scolari.—**Manual de Sifilografía.**—Buenos Aires, 1940.

Garriga.—**Tratamiento de la sífilis,** en su período primario y secundario.—Editorial Labor.—Barcelona.

Long-Goldeberg.—**Social Hygiene.**—Philadelphia, 1940. S. f.

Services Sociaux et maladies veneriennes.—Publicaciones de la Sociedad de las Naciones.

Sézary.—**Traitement de la Syphilis.**—París, 1938.

J. Earle Moore.—**Management of Syphilis in general practice.** — Traducción del Departamento Central de Lucha Antivenérea de Chile.

J. Earle Moore.—**Diagnosis of syphilis.**—Traducción del Departamento Central de Lucha Antivenérea de Chile.

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

Prensa médica española

Juan Fernández Maruto.—El concepto actual del paludismo y la importancia de la punción esternal como medio diagnóstico de esta protozoosis.—"LA MEDICINA COLONIAL ESPAÑOLA".—Tomo V. núm. 2, pág. 81, Madrid, febrero 1945.

A través de este trabajo se vislumbran las enseñanzas de Pittaluga, cuyos discípulos hoy continúan. En este excelente trabajo, ilustrado con microfotografías y gráficas, su autor llega a las siguientes conclusiones:

1º.—Es indudable la existencia de una fase endotelial primaria en la infección palúdica de las aves y del hombre.

2º.—Esta fase endotelial dá origen al ciclo eritrocítico.

3º.—El ciclo endotelial persiste en muchos casos después de haber dado origen al eritrocítico.

4º.—El asincronismo que presenta la infección con determinadas clases de plasmodios, es posible que se deba a la persistencia del ciclo endotelial, aunque pueda ser influenciado por las modificaciones metabólicas del organismo huésped.

5º.—Es indiscutible la presencia de parásitos exoeritrocíticos y libres en la médula ósea de los maláricos.

6º.—Estos parásitos libres pueden ser pigmentados, aunque lo más frecuente es que sean apigmentados.

7º.—Las formas libres pueden persistir en la médula ósea después de la cura clínica del enfermo.

8º.—En 24% de los casos, hay presencia de parásitos libres en la médula ósea, aunque el enfermo no tenga hematozoarios en sangre, pero sí un cuadro clínico febril.

9º.—La punción esternal es un método seguro e inocuo para el estudio de la médula ósea, siendo un medio de diagnóstico parasitológico de indudable valor en aquellos casos en que no hay parásitos en la sangre.

10º.—La persistencia de la infección palúdica después del tratamiento, puede demostrarse por el hallazgo de formas exoeritrocíticas en la médula.

11º.—Es muy posible que las recidivas sean ocasionadas por estas formas, que den lugar a una nueva invasión de la sangre, al disminuir por determinadas causas las defensas del huésped, o a exacerbar la vitalidad del parásito por motivos ignorados.

Dr. L. Quiroga Q.

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

Dr. Fernández-Ruiz.—Diagnóstico diferencial de ascitis y quiste de ovario voluminoso.—"MEDICINA", pág. 65. — Madrid, enero 1945.

El autor pone de relieve el diagnóstico diferencial indicado con motivo de unos casos que cita, diagnóstico basado sobre todo en los casos referidos por Mouroid y Fourestier y que es:

1º.—Mientras en las ascitis la sensación de oleada sólo se percibe en sentido transversal, en el quiste ovárico voluminoso la masa líquida mantenida a tensión se propaga en todos sentidos, pero especialmente en sentido ascendente "oleada ascendente" de Mouroid, pero a condición de que el quiste sea unilocular o por lo menos con una gran cavidad líquida.

2º.—En las ascitis, en posición acostado supino, la difusión del líquido en todo el abdomen explica la matidez de las fosas lumbares, mientras que en el quiste voluminoso el rechazamiento de las asas intestinales lateralmente y hacia fuera proporciona sonoridad de una o de las dos fosas lumbares (Fourestier).

3º.—Si se explora la enferma radiológicamente en posición vertical, previo rellenamiento gástrico y primera porción de duodeno, se vé que en las ascitis, el estómago cae verticalmente, en posición normal, sin deformidad alguna de su gran curvatura entre el líquido que llena el abdomen, estómago ascítico, mientras que en el caso de quiste voluminoso de ovario o de gran tumor genital, el estómago y duodeno aparecen rechazados hacia el diafragma alterados en su conformación, desplazados de su lugar notablemente, elevado sobre el polo superior del tumor. (Mouroid y Fourestier).

Dr. L. Quiroga Q.

E. Sainz de Aja.—Varicela y zona simultáneos.—"MEDICINA".—pág. 46, Madrid.—Enero de 1945.

El eminente dermatólogo de Madrid continúa defendiendo, con Bokai y Netter, la unidad del virus que produce una y otra dolencia, contribuyendo con un caso más, que relata, a la numerosa casuística que publicó hace algunos años sobre tan interesante tema. Afirma que el mismo virus produce cuando tiene afinidad neurotrópica, el herpes zona, y cuando la tiene dermotrópica, la varicela, virus idéntico con inmunidad cruzada y con posible trasmisión cruzada durante los brotes epidémicos de la dolencia. Hace la salvedad que el zona a que él se refiere, con Netter y Bokai, no es el zona de otra etiología (arsenical, traumático, etc.).

Dr. L. Quiroga Q.

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