

# La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE CIENTIFICO  
EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO

DIRECTOR  
**CARLOS A. BAMBAREN**

COMITE DE REDACCION  
LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — ERNESTO EGO-AGUIRRE  
JORGE AVENDAÑO HUBNER — LUIS QUIROGA QUIÑONES  
HUMBERTO PORTILLO (Arequipa). — JOSE MARROQUIN (Puno). —  
GUILLERMO KUON CABELLO (Tacna).

PRECIOS DE SUSCRIPCION	}	En Lima . . . . S/. 6.00 al año	} AVISOS Precios convencionales
		En Provincias. . . . „ 8.00 al año	
		En el Extranjero 4 dólares al año	

Año 64. - No. 1012

Octubre 1947

## SUMARIO

<b>Dr. Eduardo Bello († 23 de Setiembre de 1947), por el Dr. Carlos A. Bambarén, pág. . . . .</b>	<b>153</b>
<b>Determinación de la amilasemia normal con el método Somogyi, por el Q. F. Arturo Rado A., (continuación), pág. . . . .</b>	<b>159</b>
<b>Aspecto genético-jurídico de la vagancia, por el Dr. Jorge Moscoso Barrá, (continuación), pág. . . . .</b>	<b>164</b>
<b>Doctrina penal de los delitos sexuales, por el Dr. Manuel Tarazona, (continuación), pág. . . . .</b>	<b>168</b>
<b>Prensa médica española, pág. . . . .</b>	<b>173</b>
<b>Bibliografía, pág. . . . .</b>	<b>175</b>

# CARTUCHO COOK



**Una aportación de gran valor al arsenal medicamentoso de la Odontología**

La solución "ABC" de PROCAINA, TETRACAINA y NORDEFERIN, contenida en el CARTUCHO COOK, reúne todos los requisitos de un excelente anestésico local de efecto prolongado. La solución "ABC" del CARTUCHO COOK se usa en cirugía odontológica como anestésico local, y en las intervenciones del tipo de las extracciones dentales, aplicación de coronas y puentes, en los casos de dentina hipersensible, y en toda cirugía maxilar donde sea necesaria una acción prolongada e intensa.



Manufacturados por WINTHROP PRODUCTS INC. 350 Hudson St., N. Y., E.E. U.U. de N. A.



para **LABORATORIOS WINTHROP, S. A.**

Av. Wilson 1810 — Teléfono 35937

Apartado 1637

Lima - Perú

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



## Dr. Eduardo Bello

† 23 DE SETIEMBRE DE 1947

Después de sufrir breve e irremediable enfermedad, sobre cuya inexorable consecuencia no quiso darse cuenta el insigne maestro y bondadoso amigo Profesor Dr. Eduardo Bello, falleció el 23 de setiembre en su residencia de la ciudad de Miraflores, rodeado de sus familiares que lo adoraban entrañablemente y cuidaban como tronco de numerosa familia.

Hasta antes de exhalar el postrer suspiro, tuvo expresiones irónicas y llenas de confianza en su porvenir vital, que fueron, sin darse cuenta, ironías a la muerte, que esta vez lo venció en forma definitiva y para siempre, desquitándose los triunfos que cosechaba el maestro en su tenaz afán de salvar la vida de sus semejantes.

Eduardo Bello, obedeciendo a impulsos ingénitos, no experimentó antes de fallecer, la angustia horrible de los que mueren, porque no se dió cuenta que se aproximaba su fin o porque no quiso penetrar a la mansión de la gloria, después de probar el acibar del dolor. Su alma llana y sin pasiones, tenía que ingresar a la eternidad nimbada de satisfacción por el deber cumplido y sin la amargura que produce emprender el viaje sin retorno desde la Tierra.

La noticia de su muerte produjo en todos los que lo apreciaban hondo sentimiento de pesar y en el que esto escribe dolor indescriptible, porque con el dilecto extinto me ligaban lazos de gratitud y afecto, que lejos de aminorarse con el tiempo, se habían acrecentado con el cotidiano trato, al prestarle, al principio, mi modesto concurso en las tareas de publicar "La Crónica Médica", que durante muchos años fué el único vocero de la profesión médica peruana, y, después, al asumir la dirección de la Revista, que bondadosamente confió a mis entusiasmos, otorgándome en todo momento sus consejos y atinadas indicaciones para que se mantenga en el plano que le trazó su fundador el recordado maestro Leonidas Avendaño y no ingrese en el campo de las afirmaciones jactanciosas y de las promesas incumplidas, que se formulan olvidando hechos recientes y pasados, que por su vigencia recuerdan los que en algu-

na forma trabajan desinteresadamente, desde hace más de veinticinco años, por el progreso médico peruano.

Nació el Dr. Eduardo Bello el 21 de julio de 1870 en la ciudad de Chorrillos y después de cursar sus estudios secundarios ingresó a la Universidad para abrazar la carrera de la Medicina, recibíendose de bachiller el año 1893, con la tesis intitulada: "Empleo de los puntos de fuego contra la hemoptisis tuberculosa" y de doctor en 1898, con un estudio sobre: "Tratamiento del aborto incompleto".

Desde el principio fué austero en el ejercicio profesional, manteniéndose dentro de un cartabón de ética superior que fué su mejor exponente en más de cincuenta años de vida médica. Le tocó actuar en tiempos donde con criterio y saber omniprático se resolvían los problemas terapéuticos de los enfermos; por eso atendía con acierto cuestiones de medicina interna, de cirugía general, de clínica pediátrica, de operatoria ginecológica, etc.; en esta última materia alcanzó versación ejemplar por la intensa práctica hospitalaria que llevó a cabo, por su afán de documentarse en las técnicas modernas de esta especialidad y por no haberse adherido nunca a cualquiera de las tantas escuelas quirúrgicas, que con cierta porfía sostienen beligerancia con sus congéneres, no obstante que es sabio mantenerse en otro terreno para que sobreviva el mayor número de pacientes que requieren intervenciones operatorias para curar sus dolencias.

Tres etapas recorrió la cultura médico-quirúrgica de Eduardo Bello, en lo que se refiere a las fuentes bibliográficas que la inspiraban. En la primera, hasta que estalló en 1914 la primera guerra mundial, fueron las publicaciones y el pensamiento francés las que guiaron su trabajo escolápico; en la segunda, desde el año indicado, ejerció predominio en su ejercicio profesional, la literatura anglo-sajona; por último, en la tercera recibió preferentemente el influjo británico. Al principio leía "La Presse Medicale" y el "Journal de Chirurgie" de París; luego "Surgery, Gynecology and Obstetrics" de Chicago y, en fin, "The Lancet" de Londres.

La práctica quirúrgica de Bello se llevó a cabo en los nosocomios de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima: primero en el vetusto Hospital "Santa Ana" y luego en el moderno "Arzobispo Loayza". A su servicio concurrieron, sino todos, casi todos, los que en el Perú se dedicaron al cultivo de esta disciplina; ante la imposibilidad de citarlos sin omisiones lamentables, apelo a su conciencia para que recuerden a quien los alentó en estos empeños, que nunca produjeron beneficio económico al maestro —cuyo desinterés fué proverbial— porque su prestigio quedó enmarcado en los recintos de los establecimientos asistenciales de caridad, sin que su saber obtuviese los beneficios crematísticos, que otros cirujanos consiguieron mercedamente.

Puede calificarse, por los motivos enunciados, de labor docente la tarea quirúrgica que Eduardo Bello llevó a cabo en los hospitales gratuitos, porque tuvo atributos de alta alcurnia intelectual, perennidad en el esfuerzo, nobleza en la acción, pro-



**Prof. Dr. EDUARDO BELLO**

cupación proselitista, amor en la tarea e ideal de superación. Estos y otros más, son y deben ser los nobles propósitos del verdadero maestro, que ejemplarmente ofrece a sus discípulos fuente de inspiración eterna, capaz de alimentar en el presente

y futuro las ansias constructivas del trabajador intelectual que desea el progreso de su carrera liberal.

En el ambiente universitario, el maestro desaparecido tuvo actuación proficua y dilatada, no obstante que durante muchos años sólo fué profesor adjunto del curso llamado hasta hace poco Medicina operatoria, porque obtuvo el titularato de la cátedra el Dr. Pablo S. Mimbela, que sólo esporádicamente ejerció la docencia, recayendo el peso de la labor orientadora de los estudiantes en el Dr. Bello que con bondad y saber enseñaba en el cadáver, año tras año, las técnicas de las operaciones más frecuentes. Tuve la satisfacción de tenerlo por profesor en esta asignatura, que la guiaba siguiendo el conocido manual francés de medicina operatoria de Farabeuf; ahí gocé del inefable placer de platicar con él sobre temas de técnica operatoria, que el alumno, con la avidez natural de obtener nuevos conocimientos, busca y fomenta de sus maestros, que si poseen las características psicológicas del llorado profesor limeño, conquistan el corazón y afecto de sus discípulos. Fué necesario que transcurriesen muchos años para que la Universidad le otorgase el título de profesor titular de cirugía operatoria, convirtiéndose años después en jefe de instituto y profesor honorario.

Papel singular le cupo a Eduardo Bello en el campo del periodismo médico nacional. Formó parte del Comité de redacción de "La Crónica Médica" que presidió David Matto desde el año 1897 con el cargo de secretario, pudiendo afirmarse que desde esa época fué el verdadero director de la publicación, que durante muchos años llevó ella sola, al exterior, el pensamiento médico peruano.

En esta tarea merece alabanzas muy justas, porque la ejerció con acrisolada honradez, con noble empeño nacionalista, con fé hipocrática y con el propósito de servir una causa que no le dió ningún provecho, pero que, en cambio, le acarreó múltiples preocupaciones en el orden literario, editorial y administrativo. Cuántas veces escaseó la colaboración intelectual peruana y hubo que suplirla con otra redactada por Bello o transcrita del extranjero; cuántas veces la publicación de un trabajo originó rectificaciones, que transformada en aguda polémica, puso en peligro la cordialidad de los autores, que por ser médicos es muy frágil y presta a ingresar al arsenal de "envidia medicorum"; cuántas veces el trabajo editorial se detuvo por varios meses por dificultades económicas; pero en todas esas circunstancias triunfó la tenacidad, ecuanimidad y esfuerzo de Eduardo Bello, que defendía la perennidad de "La Crónica Médica", creada para servir de vocero de la Sociedad Médica "Unión Fernandina" fundada el año 1884, que luego, después de algunos lustros, se desligó de la Institución por no poder ésta sufragar sus gastos editoriales y que, por último, desde la época en que David Matto, asumió su dirección, se mantuvo para servir una tradición honrosa, y continuar tarea de valor su-

perlativo, ya que esta publicación médica es la tercera en antigüedad de las que aparecen en el Continente colombo-cervantino, pues, sólo la aventajan históricamente la "Beneficencia" de Maracaibo y la "Revista médica" de Santiago. Todas las demás publicaciones que en América difunden el saber médico, comenzaron a aparecer en el presente siglo, aún las más prestigiosas, que enorgullecen a sus patrocinadores y a los países donde se editan; de las nacionales poco habría que decir, porque muchas de las que comenzaron a publicarse después de "La Crónica Médica" desaparecieron algún tiempo después, y aunque las alentó nobles y bellos propósitos, no llegaron a trascender en el ambiente intelectual del mundo, no ingresaron al "Quarterly cumulative index medicus" de la "American Medical Association" de Chicago y sólo han constituido elementos bibliográficos difíciles de conseguirse hoy, porque su tiraje fué reducido, por su compaginación imperfecta y porque, por lo general, no tuvieron índices anuales que permiten obtener con relativa facilidad, los datos bibliográficos que se buscan.

En esta breve nota biobibliográfica de Eduardo Bello, sin pretensiones exhaustivas, es imposible dejar de consignar que fué uno de los primeros en pedir que se implantase en Lima un "puesto de primeros auxilios", para atender de urgencia a los que sufrían de accidentes en la vía pública y que esta iniciativa la motivó la muerte trágica del recordado poeta festivo Leonidas Yerovi, que herido en una de las arterias femorales, no recibió atención oportuna porque en esa época los hospitales de la ciudad no poseían servicio médico permanente y mientras se le paseó por las calles en un automóvil, se desangró irremediablemente, falleciendo antes de recibir atención profesional. Pertenece, también, al maestro desaparecido, el concepto doctrinario de técnica operatoria ginecológica, según el cual la histerectomía subtotal tiene indicaciones más amplias que la histerectomía total, puntualizando con acierto los casos en los cuales debe ponérsela en práctica. Casualmente, su último trabajo científico versó sobre "Histerectomía subtotal en las afecciones no malignas del útero", que presentó a la V Asamblea del Colegio internacional de cirujanos que se reunió en Lima en marzo de 1946 y que "La Crónica Médica" insertó en sus números 1006-1007 de abril y mayo de 1947.

El Dr. Eduardo Bello fué miembro titular de la Academia Nacional de Medicina, presidiendo la docta casa en una oportunidad; miembro fundador de la Sociedad peruana de Cirugía, hoy transformada en Academia; socio fundador de la Sociedad peruana de historia de la medicina; miembro del Colegio americano de cirujanos de Chicago; miembro honorario de la Sociedad médica de Santiago (Chile), etc., etc. Además de sus trabajos publicados en las revistas técnicas del Perú, insertaron muchas de sus investigaciones quirúrgicas "The Journal of the International College of Surgeons" de Chicago (U. S. A.) y "Re-

vista médica latino-americana" de Buenos Aires (Argentina); en esta última apareció "Trepanación craneana en los aborígenes peruanos" que presentó al III Congreso científico pan-americano que se reunió en Lima el año 1924 y que el Dr. Julio Iribarne, conceptuándolo muy importante, hizo publicar en la prestigiosa Revista médica argentina de ese nombre, desgraciadamente inexistente en la actualidad.

Cuando Eduardo Bello celebró sus bodas de oro con la profesión médica, el 5 de junio de 1944, recibió el homenaje apoteósico de sus colegas, discípulos, clientes agradecidos y admiradores. El país se asoció a la conmemoración, otorgándole la condecoración de la "Orden del Sol" que el maestro recibió con viva e indisimulable complacencia.

Antes de inhumarse los restos del Dr. Bello en el Cementerio, pronunciaron panegíricos exaltando la memoria del maestro, el Dr. Carlos Villarán, a nombre de la Facultad de Medicina; el Dr. Juvenal Denegri, por la Academia de Medicina; el Dr. Alberto Sabogal, a nombre de la Academia peruana de cirugía; el Dr. Alberto Toranzo, por la Asociación médica Daniel A. Carrión; el Dr. Amador Merino Reyna, a nombre de la Asociación de médicos del Hospital Arzobispo Loayza, y el que esto escribe por "La Crónica Médica".

Por lo dicho, puedo afirmar, sin emplear expresiones hiperbólicas, que con el fallecimiento de Eduardo Bello la medicina peruana perdió elemento de calidad, por sus dotes intelectuales, por su vasta cultura, por su abnegación para ejercer la profesión, por la bondad y nobleza de su alma.

"La Crónica Médica" transida de dolor, presenta a los familiares del Dr. Eduardo Bello su más sentido pésame y espera continuar, sin prisa, pero sin tregua, la tarea que le cupo desempeñar en esta tribuna del pensamiento médico peruano fundada en 1884, para orgullo nacional, por Leonidas Avendaño.

Que la luz de la inmortalidad, encendida por la esperanza y la religión sobre las tinieblas del sepulcro, brille sin extinguirse, recordando a las generaciones médicas peruanas, que Eduardo Bello vive en gloria eterna.

**Dr. Carlos A. BAMBAREN.**

---

Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima  
Profesor Dr. Carlos A. Bambarén

## Determinación de la amilase normal con el método Somogyi

Por el Q. F. ARTURO RADO A.

(Continuación)

### DETERMINACION CUANTITATIVA DE LA AMILASA

Se han hecho estudios, desde hace tiempo, para determinar cuantitativamente la amilasa en la sangre y en la orina.

**R. Elman** describió varios métodos para su determinación, pero el más importante es el de **Wohlgemuth** basado en la acción sacarogénica de la amilasa. Empleó almidón soluble al que puso en contacto con soluciones de plasma de diferente concentración, en serie, usando como reactivo indicador la tintura de yodo, previa incubación a 40°, apreciándose sus resultados en unidades de **Wohlgemuth**.

En 1917 **Myers** y **Killian** describieron un método de valoración de amilasa en la sangre, usando almidón soluble e incubando después con sangre oxalata; el azúcar reductor formado se determina, con la modificación de **Lewis-Benedict**, empleando como reactivo de coloración el ácido pícrico. **Somogyi** criticó estos métodos que no estaban estandarizados, sin regulación del pH, sin tener en cuenta la temperatura, tiempo de duración óptima en la acción amilolítica, etc., que influyen mucho en la exactitud de la valoración. El mismo autor hizo notar que muchos métodos no toman en cuenta las relaciones propias entre la actividad de la enzima y la cantidad de sustrato.

**Somogyi**, para la estimación de la actividad diastásica en la sangre, orina u otro material biológico, dá dos métodos. Son cuantitativos en el sentido que las cantidades medidas están en proporcionalidad lineal con la actividad diastásica.

El primer método se basa en la acción sacarogénica de la amilasa; el segundo, en la acción amilo-clástica de la diastasa.

**Descripción del primer método de Somogyi.**—Está basado en el cálculo de la actividad sacarogénica.

Se necesitan los siguientes aparatos:

- 1 tubo de prueba de tamaño mediano.
- 1 pipeta volumétrica de 2 c. c.
- 3 pipetas graduadas de 1 c. c.
- 1 embudo de dos pulgadas.
- 2 tubos de prueba de 1 x 8 pulgadas.
- 3 pipetas volumétricas de 5 c. c.
- 1 bureta.
- 1 receptáculo para recoger el filtrado.
- 1 papel de filtro pequeño.

Los reactivos que se usan son los siguientes:

**Engrudo de almidón.**—Se usa almidón de maíz o de arroz. Lavar el almidón según la técnica siguiente: Colocar en suspensión 100 gramos de almidón en un litro de ácido clorhídrico aproximadamente N/100 y agitar con frecuencia por cerca de una hora. Después de la sedimentación, arrojar el ácido y agitar el almidón con un litro de solución de  $\text{CINa}$  al 0.05% aproximadamente. Después de dejar sedimentar, decantar y volver a repetir el lavado con la solución salina; luego esparcir el almidón en sitio adecuado y dejarlo secar al aire.

Se prepara una pasta o engrudo con 15 gramos más o menos, del almidón lavado por litro de agua. Pulverícese bien el almidón en un mortero con 50 c. c. de agua, mientras se calienta a ebullición 900 c. c. de agua destilada. Transferir el almidón pulverizado en suspensión, en el agua caliente, agitando bastante, usando 50 c. c. de agua para limpiar el mortero. Después de hervir por  $\frac{1}{2}$  minuto (con agitación), calentar la pasta en B. M. a  $40^\circ$  por 15 a 30 minutos, conservar la boca del frasco cubierto por un vaso invertido durante el período de calentamiento. La pulverización del almidón, ejerce efecto favorable para mantener el almidón en un estado bien disperso, por largo tiempo, pues, sin pulverizarlo, se forma pronto un sedimento grueso.

**Solución ácida de cloruro de sodio.**—Colocar 10 gramos de cloruro de sodio q. p. en un frasco volumétrico de litro. Disolver en un poco de agua destilada y añadir 3 c. c. de  $\text{HCl}$  N/10. Diluir a 1,000 c. c. con agua destilada. Es necesario la presencia del  $\text{HCl}$  para la corrección del pH sanguíneo o plasma, el cual tiende a elevarse del límite óptimo del pH debido a la pérdida del  $\text{CO}_2$  durante las manipulaciones preparatorias.

**Precipitante de proteínas.**

Solución al 5% de sulfato de cobre ( $\text{SO}_4\text{Cu} \cdot 5\text{H}_2\text{O}$ ).

Disolver 5 gramos de sulfato de cobre químicamente puro en cantidad suficiente de agua destilada para hacer 100 c. c.

Solución al 6% de tungstato de sodio.

Disolver 6 gramos de tungstato de sodio q. p. en agua destilada para hacer 100 c. c.

Solución al 7% de sulfato de cobre.

Disolver 7 gramos de sulfato de cobre q. p. en agua destilada para hacer 100 c. c.

Solución al 10% de tungstato de sodio.

Disolver 10 gramos de tungstato de sodio q. p. en agua para hacer 100 c. c.

Usese el sulfato de cobre al 5% y el tungstato de sodio al 6% para desproteinizar el suero o plasma. Para sangre total úsese el sulfato de cobre al 7% y el tungstato al 10%.

**Reactivo de cobre de alta alcalinidad.**—Este reactivo usado para la determinación de azúcares reductores fué descrito por **Somogyi** en 1937 y se prepara de acuerdo con las directivas dadas luego, con la diferencia que el sulfato de sodio se suprime de sus componentes. La razón de esta omisión es que los filtrados analizados por este procedimiento contienen apreciable cantidad de almidón no digerido, en el curso de la determinación del azúcar, se coagula en presencia del sulfato de sodio e interfiere en la determinación iodométrica del cobre reducido.

Carbonato de sodio . . . . .	25	gramos
Sal de Rachele . . . . .	25	"
NaOH N/1 . . . . .	40	c. c.
SO <sub>4</sub> Cu (SO <sub>4</sub> Cu. 5H <sub>2</sub> O) . . . . .	6	gramos
IK . . . . .	5	"
Iodato de potasio N/1 . . . . .	15	c. c.

Disolver en agua destilada para hacer un litro.

En el cuadro que va enseguida, se indican las cifras de amilasa, deducidas después de emplear 100 c. c. de plasma en dilución al 1 : 10 y 5 c. c. de reactivo de cobre de gran alcalinidad, colocados en B. M. durante 20 minutos. Este cuadro fué elaborado por **Somogyi**, previa titulación de los reactivos.

c. c. de 0.005 N de tiosulfato de sodio	Décimos de 1 c. c. de tiosulfato de sodio									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Miligramos de glucosa por 100 c. c. de solución										
0					18	22	26	29	32	35
1	39	42	45	48	52	55	58	61	65	68
2	71	74	78	81	84	87	90	93	96	99
3	102	106	109	112	115	118	121	124	127	130
4	133	137	140	143	146	149	152	155	158	161
5	164	168	171	174	177	180	183	186	189	192
6	195	199	202	205	208	211	214	217	220	223
7	226	229	232	235	238	241	244	247	250	253
8	256	260	263	266	269	272	275	278	281	284
9	287	290	293	296	299	302	305	308	311	314
10	317	321	324	327	330	333	336	339	342	345
11	348	352	355	358	361	364	367	370	375	376
12	379	383	386	389	392	395	398	401	404	407

**Descripción del segundo método de Somogyi.**—El dosaje de la amilasa se hace en este método con precisión matemática en lo que se refiere al tiempo de duración y temperatura, incubación y centrifugación, etc. Transcribo a continuación su técnica:

Introducir en un tubo de prueba de 14 a 16 mm. marcado como "U" 5 c. c. de la pasta de almidón; añadir 2 c. c. de solución  $\text{CINa}$ , mezclar bien y sumergir en B. M. a  $40^\circ$ , después de pocos minutos, cuando se ha alcanzado la temperatura del B. M. añadir 1 c. c. del suero o plasma, tapar e invertir unas pocas veces.

Se coloca en la estufa durante 30 minutos; en este momento finaliza la acción de la enzima y la desproteinización. Para precipitar la proteína del plasma después de la incubación, se añade:

1 c. c. de la solución de sulfato de cobre al 5% y

1 c. c. de la solución de tungstato de sodio al 6%.

Agitar bien y centrifugar durante 5 a 10 minutos; como las sales de cobre inhiben, pero no completamente, la acción diastásica, estas manipulaciones deben hacerse sin demora.

Filtrar sobre papel en embudo pequeño, recogiendo todo el filtrado. Este filtrado está libre de enzima; el filtrado está a una dilución al 1 : 10 del plasma; es opalescente debido al almidón no alterado y está listo para determinar el poder reductor del cobre.

Tomar 5 c. c. del filtrado así obtenido y trasvasarlo a un tubo grande de prueba marcado como "test", añadir 5 c. c. del reactivo de cobre de alta alcalinidad (**Shaffer-Somogyi**). Tapar y colocar en un B. M. hirviendo por 20 minutos. Enfriar durante 2 ó 3 minutos. Añadir 5 c. c. de  $\text{H}_2\text{SO}_4$  N/1 o 1 c. c. de  $\text{H}_2\text{SO}_4$  5N. Mezclar bien para disolver el yoduro cuproso que precipita algunas veces, especialmente, cuando es considerable la reducción o si el  $\text{CuO}_2$  se ha asentado, por largo tiempo antes de la titulación. Dejar reposar cubierto, de 5 a 10 minutos, agitando algunas veces cuando se halle visible el óxido cuproso o el yoduro.

Titular con tiosulfato de sodio 0.005 N. El punto final debe fijarse con algunas gotas.

Si la titulación es menor que 1 c. c. el resultado es dudoso y debe repetirse la determinación, diluyendo más la solución de azúcar.

Hacer siempre una prueba en blanco, simultáneamente, con la anterior.

**Prueba de control.**—Diluir 1 c. c. de plasma con 7 c. c. de agua destilada, añadir 1 c. c. de solución de sulfato de cobre al 5% y 1 c. c. de solución de tungstato de sodio al 6%.

Filtrar usando un embudo pequeño y papel de filtro y determinar la reducción conforme al procedimiento ya indicado, usando 5 c. c. del filtrado; añadir 5 c. c. de reactivo **Shaffer-Somogyi**.

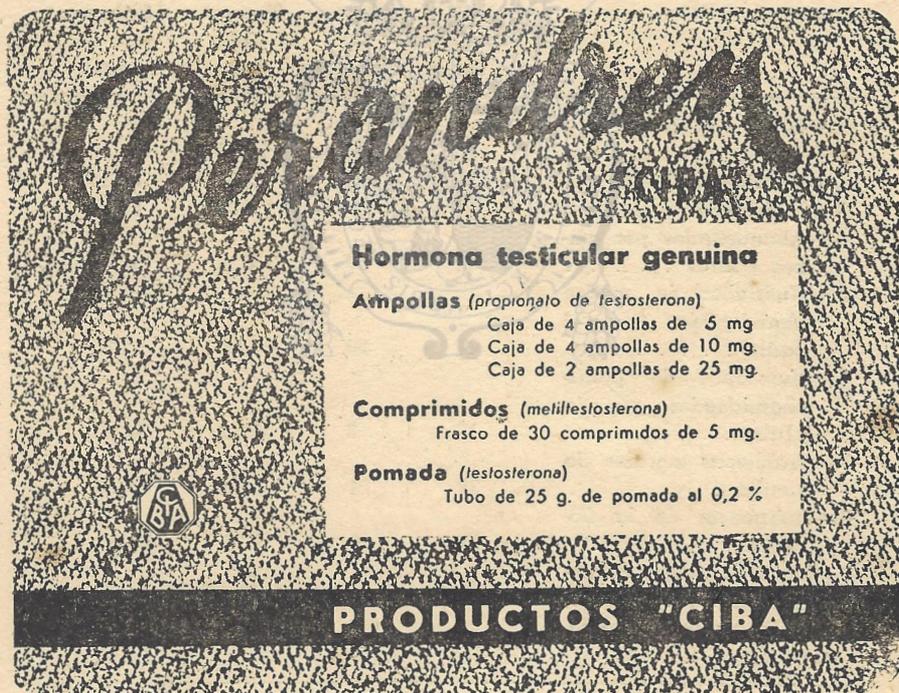
Tapar y colocar al B. M. hirviendo por 20 minutos, enfriar dos o tres minutos, añadir 5 c. c. de  $H_2SO_4$  N/1 o 1 c. c. de  $H_2SO_4$  5N.

Titular con tiosulfato de sodio de 0.005 N. añadiendo en-grudo de almidón como indicador.

**Cálculos.**—Restar el resultado de la titulación de la muestra con el resultado de la prueba en blanco; hacer lo mismo con la operación de control. Leer el valor del azúcar para ambas determinaciones directamente en el cuadro elaborado por **Somogyi**. Restar el contenido de glucosa del plasma (control), del valor de la glucosa del problema.

La diferencia representa la materia o sustancia reductora formada por la diastasa (amilasa).

(Continuará)



**Perandren**

**Hormona testicular genuina**

**Ampollas** (propionato de testosterona)  
 Caja de 4 ampollas de 5 mg  
 Caja de 4 ampollas de 10 mg  
 Caja de 2 ampollas de 25 mg

**Comprimidos** (meliltestosterona)  
 Frasco de 30 comprimidos de 5 mg.

**Pomada** (testosterona)  
 Tubo de 25 g. de pomada al 0,2 %

**PRODUCTOS "CIBA"**

Representantes: NIZZOLA y Cía. S. A.

Lima - Perú

## Aspecto genético-jurídico de la vagancia

Por el Dr. JORGE MOSCOSO BARRA

(Continuación)

La situación familiar de los niños que fueron vagos o portadores antes de ingresar al "Hogar Cockrane" de Santiago (Chile), se enumera enseguida:

	Nº de casos	Vagos y mendigos	Porcentaje total	Porcentaje de vagos
1.—Huérfanos de padre y madre . . . . .	92	49	10.88	53.26
2.—Huérfanos de padre . . . . .	72	24	5.33	33.33
3.—Huérfanos de madre . . . . .	27	13	2.88	48.14
4.—Abandonados por ambos padres . . . . .	43	37	8.22	86.00
5.—Huérfanos de madre abandonados por el padre . . . . .	48	30	6.66	62.50
6.—Huérfanos de padre abandonados por la madre . . . . .	13	8	1.77	61.53
7.—Problemas morales de familia . . . . .	39	24	5.33	66.66
8.—Indigencia de la familia . . . . .	11	8	1.77	72.72
9.—Hijos de madre abandonada . . . . .	90	37	8.22	41.11
10.—Hijos, padres enfermos crónicos . . . . .	15	3	0.66	20.00
	450	233	51.77	

El mayor número de vagos se encuentra entre los niños que fueron abandonados por sus padres, y esto parece natural que así sea, pues ¿qué podrían hacer para sobrevivir estos pequeños seres, encontrándose solos en la vida?

De 43 niños abandonados por sus padres, 37 han sido vagos, o sea 86%.

El segundo mayor porcentaje de vagabundos, lo constituyen los de la categoría 8ª, "indigencia de la familia", que forman el 72.72% entre los de su rubro.

Enseguida vienen los que en sus familias existen graves problemas sociales y morales, siendo en esta categoría los que se dedicaron a pordioseros o a la vagancia 66.66%.

También constituyen más de 60% los vagabundos de la quinta y sexta categoría, huérfanos de uno de los padres y abandonados del sobreviviente.

Es curioso observar que hay menos vagabundaje entre los niños huérfanos de ambos padres, que entre los abandonados. Tal vez esto se explica porque los huérfanos son más frecuentemente amparados por los parientes y porque entre los abandonados hay muchos que son los propios niños que dejaron el hogar.

Los vagos entre los huérfanos de uno de los padres, forman el 48.14% y 33.33% y en la categoría que hay menos vagabundos, es entre los hijos de enfermos crónicos, que sólo cuenta 20%.

#### FACTORES ECONOMICOS DE LA VAGANCIA

Causa importante de la mayor parte de los problemas sociales contemporáneos, es la económica, cuyo fenómeno capital es el industrialismo, caracterizado por el gran incremento de la industria a expensas de la llamada industria doméstica; la irrupción de las clases laboriosas hacia los grandes centros poblados, con el consiguiente incremento de la población de los mismos, que irremediablemente origina la gran oferta de mano de obra, con su secuela, la desocupación.

Todo aquel que se halla familiarizado con la composición de la población en todos los centros industriales —dice **Huxley**— sabe que entre una gran parte de dicha población, la miseria es reina suprema. La miseria es aquella condición que hace imposible la obtención del alimento, el abrigo y la vivienda en la proporción que estos elementos son indispensables para el funcionamiento normal del organismo; la condición bajo la cual, los hombres, las mujeres y los niños deben amontonarse en tugurios de donde la decencia ha huído y donde son imposibles las condiciones de la existencia dentro de las normas higiénicas más elementales; un medio en el cual los únicos placeres accesibles se reducen a la brutalidad y a la embriaguez; donde el dolor se acumula en las proporciones del interés compuesto en forma de hambre, cuya triste meta es el osario del pobre.

El problema económico, en la medida de su poder adquisitivo de los elementos primarios para la satisfacción de las nume-

rosas necesidades de la vida, vienen a condicionar no sólo la función biológica de la institución de la familia, sino también su desenvolvimiento moral; por lo tanto, se le puede considerar como factor decisivo en la génesis de la vagancia, si él es suficiente para cubrir las exigencias vitales del individuo.

La falta de trabajo no lleva consigo solamente las dificultades materiales, sino que engendra también dramas íntimos: el padre se siente despreciado en su situación de sostén de la familia y acaba por perder la estimación de los suyos sobre la cual reposa su autoridad.

Privar al padre de su personalidad, es desposeerlo de su función moral, dice el autor que comentamos. En cuanto a la mujer, sólo ella puede ser el sostén de estas familias desacomodadas, impidiendo que el marido caiga en la desesperación, que puede destrozar su voluntad y hábito de trabajo, lo que puede empujarlo al parasitismo, que luego puede convertirse en vagancia.

Juzgo necesario aclarar la diferencia que existe entre pobreza, indigencia, miseria y pauperrismo, y me acojo a **Emilio Chevalier**, quien atinadamente las puntualiza para evitar confusiones:

**Pobreza.**—La voz pobreza expresa una idea relativa, pues designa el estado de una persona menos rica, pero no privada de lo necesario para la vida, de modo que si no puede satisfacer ciertos deseos, sí puede satisfacer las necesidades más esenciales.

**Indigencia.**—Es el estado en el cual esas necesidades esenciales (alimentación, vestido y habitación), no pueden ser satisfechas, pero sin que esta situación destruya la energía moral, por no ser permanente y definitiva, de que la obtención de un empleo adecuado o un socorro inteligente puede ponerle término.

**Miseria.**—Es la indigencia con carácter permanente, yendo acompañada de cierta depresión moral, de un abandono de sí mismo que implica relajamiento y corrupción de las facultades mentales y morales.

**Pauperrismo.**—Es la miseria de un conjunto de individuos o de una parte de la población.

La miseria es una gran plasmadora de la degeneración y del vicio. Además de las taras fenotípicas que incuba y exalta con rigor de fatalismo, basta por sí para explicar el fenómeno tan deplorable de la vagancia, tanto en los menores como en los adultos.

Un estado de ánimo así puede llevar a la anulación total de la personalidad. No son poco frecuentes los suicidios en estas situaciones. Algunas veces también el suicidio-homicidio con carácter de pseudo-eutanasia, otras veces aceptan funciones deprimentes o inmorales. La ley del menor esfuerzo ejerce en ellos una influencia tan eficaz, que su adaptación a las dificultades crecientes se hace también sin el menor esfuerzo y sin

producirles inquietudes por su significativa desvalorización en el gobierno de la familia.

El año 1900 **J. B. Gandolfo** contemplaba el problema de la vagancia y expresaba así:

"En el Perú, el mal de la vagancia echa cada día raíces más profundas, elaborado poco a poco y sin sentirlo, las causas generadoras de una crisis que bien puede tener consecuencias dañosas, si en época oportuna no se atiende a remediarlo, cortando, con mano certera, todo aquello que favorezca su progreso y desarrollo".

Si estas observaciones se hacían hace 47 años, hoy que los problemas económicos se han complicado, el tema de la vagancia no debe ser mirado bajo un solo punto de vista.

### PREVENCION DE LA VAGANCIA

La colectividad no puede tener brazos desocupados, muertos para la producción y que perturben el equilibrio de la convivencia social, puesto que el vagabundaje trae la depresión en vez del incremento del bienestar común.

Demostrado pues, lo nocivo que es guardar en el seno de la Sociedad a estos malos gérmenes del vicio, denominados "vagos", y que, desarrollados por la negligencia, el abandono y el egoísmo, dan vida a las mortíferas enfermedades sociales, embriaguez, prostitución y delincuencia, se hace obligado extirparlos, aislarlos, destruirlos desde sus orígenes.

La Escuela clásica de Derecho Penal en el siglo XVIII, con **Becaria**, sostuvo el principio que reprimir sin prevenir es un absurdo y un eminente tratadista italiano, dijo que es preferible recurrir a la higiene de la prevención antes que a la cirugía de la pena.

La reeducación y la prevención son los medios que pueden oponerse al flujo social de la vagancia.

Para prevenir la vagancia hay que conocer sus posibles causas y los factores que contribuyen a su gestación, porque la prevención, en términos generales, actúa directamente sobre las causas. Es menester suprimir los factores endógenos y exógenos que la condicionan. Aquí sólo se trata de las causas sociales o mesológicas, que inciden en el restablecimiento del equilibrio económico-educacional de la familia, mediante una acción profiláctica que tienda a auscultar las deficiencias y fallas de la organización del hogar.

El Servicio Social realiza esta tarea, porque, como ha dicho el Prof. **Carlos A. Bambarén**, por el espíritu que lo anima, por los recursos que pone en juego y por la vastedad de sus aplicaciones, puede considerarse como instrumento capaz de ejercer gran influencia en la colectividad y en la transformación y eficacia de múltiples actividades que nacieron en la vida gregaria.

(Continuará)

Cátedra de Criminología de la Universidad de Lima  
 Profesor Dr. Carlos A. Bambarén

## Doctrina penal de los delitos sexuales

Por el Dr. MANUEL TARAZONA

### DELITO DE VIOLACION

(Continuación)

**Doctrina y legislación.**—La libertad sexual es un presupuesto jurídico-moral que supone la libre elección que hace todo ser humano de su pareja sexual. Este bien jurídico constituye un derecho del individuo, frente al sexo opuesto con el que lleva a cabo relaciones sexuales. La ley resguarda la libertad sexual tipificando los actos que la violan, como delitos penados por el Código.

**Forel** afirma que el coito normal, puede legitimar una acción penal cuando se obtiene por la fuerza, la astucia, la intimidación, abuso de un débil, ebrio, hipnotizado, etc. **Eusebio Gómez** anota que lo que constituye el delito de violación, es el hecho de tener acceso carnal con personas de uno u otro sexo, sin su voluntad o contra ella. **José Peco** sostiene, de acuerdo con la legislación suiza y también con la peruana, que la violencia en las relaciones sexuales dentro del matrimonio y dentro del concubinato, no constituyen delitos de violación sino de coacción. Fundamenta **Peco** sus puntos de vista, afirmando que el acto sexual en el hombre es un derecho exigible, pero que también es una obligación que cumplir. El matrimonio confiere el derecho de exigir la prestación sexual, tanto para satisfacer los impulsos instintivos, cuanto para la conservación de la especie. El "debitum conyugale" es una prestación ineludible, consiguiente a la fidelidad obligatoria; más es preciso establecer la línea divisoria entre el derecho del cónyuge para compeler la prestación sexual, con el derecho del pudor, de la integridad fi-

sica o de la salud de la prole. Más adelante, agrega **Peco**, que la norma cívica tutela solamente el cumplimiento de la función sexual, pero no salvaguarda las consecuencias que las pasiones humanas desordenadas puedan tener en el menoscabo de la salud del cónyuge o de la prole. El proyecto de Código Penal de **José Peco**, establece un criterio novedoso en lo que se refiere al concubinato al tratar del delito de violación, pues considera que la situación sexual es análoga a la del matrimonio desde el punto de vista biológico, ya que el concubinato mientras perdura, da derechos sexuales y que la diferencia sólo existe en la legitimidad de estos derechos.

**Jiménez de Asúa**, en el tratado de Derecho Penal, comentando el Código español de 1928, sostiene que la violación es el acceso carnal con una mujer, contra o sin la voluntad de ella, excluyendo así toda posibilidad de que el sujeto pasivo sea del sexo masculino.

**Nelson Hungria**, comentando la legislación brasileña, compara el desfloramiento con el estelionato y la violencia carnal con el robo, sosteniendo que obtener la posesión de una mujer por medio de la violencia, es la más grave característica de este delito. Entiéndase por violencia, dice el comentarista, cualquiera que sea su forma, el modo de vencer la efectiva resistencia de la víctima. Violencia, según el "Digesto" es la necesaria imposición de la voluntad contraria (**necessitae imposita contraria voluntari**). Pero para que en realidad exista la resistencia del sujeto pasivo, es necesario que éste no se adhiera en ningún momento a la lascivia del sujeto activo, no entendiéndose como tal, al hecho de hacer abandono de sí misma por extinción de su fuerza física o por trance psíquico.

**Giuseppe Felce**, al comentar el Código Penal italiano en lo que respecta a los delitos de carácter sexual, hace ver que dicho Código coloca en el título segundo, que se ocupa de los delitos contra la moralidad pública y las buenas costumbres, capítulo primero de dicho título, los delitos contra la libertad sexual, teniendo el primer lugar, la violencia carnal. El profesor italiano hace ver que la ley no hace distingos de sexos, en lo que se refiere al sujeto activo, sino en cuanto resguarda al sujeto pasivo, pudiendo por lo tanto ser sujeto pasivo una mujer o un hombre.

Respecto al bien jurídico tutelado, hay discrepancias doctrinarias, pues mientras algunas legislaciones consideran la objetividad jurídica de este delito en la libertad sexual, otras lo radican en la honestidad y el pudor. De ahí que la taxonomía difiera; así, el derecho italiano ubica la tutela jurídica en el capítulo de la libertad sexual; la legislación argentina acepta que el bien jurídico lesionado por el delito de violación, es la honestidad, es decir, el pudor individual, aceptando la equivalencia de ambas expresiones. **Jiménez de Asúa** afirma que el Código

Penal español al colocar la violación en el título de "Delitos contra la honestidad", comete incongruencia, pues involucra en dicho título, una modalidad de este delito, que es la realizada con una mujer dedicada habitualmente a la prostitución. Resulta incongruente, no porque sea imposible la violación de una prostituta, sino porque siendo el bien tutelado por dicha legislación, la honestidad, es monstruoso acusar al que ha violado a una prostituta, de haber atentado contra la "honestidad".

El elemento que materializa el hecho delictuoso, es la violencia física o moral, lo que induce a determinar cuando un delito es doloso y cuando no reviste dicho carácter. Este elemento tiene dos modalidades bien marcadas, que la doctrina en general acepta: la violencia real y la presunta. Esta última se relaciona con la edad de la víctima, con la incapacidad de resistir por hipnosis, narcosis, intoxicación, reclusión en prisiones o por incapacidad mental.

En lo que respecta a la edad, **Peco** dice que la legislación comparada ha tomado dos caminos diferentes: fijar legislativamente el límite de ella, o entregar al juez la facultad de apreciar la madurez sexual. A este último criterio, sólo se adhieren el Código Penal ruso (Art. 151) y el derogado Código de Zurich. Las diversas legislaciones establecen límites variados, que oscilan desde los nueve años (Código Eritreo), hasta los dieciseis (Código Peruano). Fijan catorce años los Códigos penales de Hungría (Art. 225), Austria (Art. 112), Colombia (Art. 329) y quince años el de Uruguay (Art. 272). Los Códigos que señalan mayor límite, añade **Peco**, conceden enérgica protección a personas capaces de arbitrar prudentemente su autonomía sexual sin el socorro del legislador.

En cuanto a otras circunstancias, además de la establecida por la edad, hay que señalar la enagenación mental y el trastorno mental transitorio. Estas se refieren, según **Peco**, a toda ausencia o quebrantamiento de resistencia, asociada a consecuencia de la inferioridad física o síquica, permanente o pasajera de la víctima. El Código argentino las establece, al decir en el Art. 119: "Cuando la persona ofendida, se hallare privada de razón o de sentido, o cuando por enfermedad o por cualquier otra causa, no pudiese resistir". El Código italiano en el Art. 519, inc. 3º establece la modalidad de la conjunción carnal con persona enferma de la mente o que no se encuentre en grado de resistir a causa de las propias condiciones de inferioridad física o síquica, aunque este hecho sea independiente del culpable. La legislación española señala el caso que "la mujer, por cualquier causa, se hallare privada de la razón o de sentido, o estuviere incapacitada para resistir".

Algunas legislaciones han pretendido equiparar la tentativa de violación con el delito mismo, sosteniendo, como lo hace el Código Penal del Uruguay, que constituye delito "la aproxi-

mación violenta, aunque el acto no llegue a realizarse". Es erróneo confundir la tentativa con el delito mismo; ello proviene de los diferentes criterios respecto al bien tutelado; si se conceptúa que el pudor es el bien tutelado, cualquier aproximación carnal, aunque el acto no llegue a realizarse, será delito; en cambio, cuando la objetividad jurídica de dicho delito es la libertad sexual, no se pena la tentativa.

Arguyen los defensores del criterio de asimilar la tentativa al delito mismo, que el daño moral en la víctima es de la misma calidad e intensidad, cuando se realiza el acto que cuando no llega a realizarse, ya que es difícil probar hasta que grado de realización llegó el acto y si no llegó a realizarse en forma completa por algún impedimento físico o moral. **Gómez** dice que no convencen las razones que se aducen para equiparar la tentativa a la consumación, aunque no niega la posibilidad de sostener dicho concepto, por lo que afirma, de acuerdo con la opinión de la mayoría, que si éstas señalan una pena menor para la tentativa, no es lógico que se equiparen.

**Crítica.**—De la exposición que acaba de hacerse es posible inferir que hay diversidad de criterios en lo que respecta al bien que la ley tutela, es decir, el bien que se garantiza y protege. Mas esta diversidad de criterios, sólo es en lo que respecta al nombre, denominación o forma, ya que se le llama honor sexual, honestidad, etc. No hay diferencia fundamental, porque siempre se refieren a la "libertad sexual".

Las legislaciones modernas equiparan a los dos sexos en lo que respecta a la libertad sexual, teniendo en cuenta que la violación no es delito exclusivo del sexo masculino como sujeto activo, ya que también puede ser sujeto pasivo, en determinadas circunstancias. Este criterio evidencia un avance en materia penal, porque no hay razón alguna para excluir al menor de edad del sexo masculino, ni aún al mayor de edad, cuando está privado de discernimiento, para que pueda ser sujeto pasivo de este delito. No es raro el caso de violación de menores por pederastas, cuando éstos actúan como sus guardadores, apoderados, maestros, etc. Esta satisfacción erótica **contra natura**, viola la libertad en general, corrompe a los menores y atenta contra las buenas costumbres. En el caso de mayores, incapacitados de resistir, como débiles mentales, ebrios, presos, etc., el poder de resistir está debilitado o anulado. Por lo tanto, el sujeto pasivo del delito de violación puede ser mayor o menor de edad y de los dos sexos.

En lo que respecta a la posibilidad de que la ley pueda autorizar en forma tácita las relaciones sexuales violentas dentro del matrimonio, Suiza (Art. 187), Perú (Arts. 196, 197 y 198), Dinamarca (Art. 217) y el proyecto de **Peco** (Art. 186), se hace necesario, como dice **Peco**, establecer la línea divisoria entre el ejercicio del derecho del cónyuge para compeler la prestación

sexual, con la defensa del derecho del pudor, de la integridad física y la salud de la prole. Y cabe preguntar ¿cómo se establece dicha línea divisoria?; la frase "fuera de matrimonio" o de "concubinato", ¿no hace pensar que dentro del matrimonio o del concubinato, el marido o el conviviente tiene el derecho de exigir la prestación sexual aunque sea en forma violenta?

El más ligero análisis de las relaciones sexuales en la convivencia social, de las normas éticas y de la posición jurídico-social de la mujer, hace pensar en lo insostenible de la doctrina que deja en forma tácita, la facultad de exigir la función sexual por medio de la fuerza, intimidación, etc. Carrara, que participa en cierto modo de la tesis de que el marido no puede ser jamás acusado del delito de violación, sostiene sin embargo, que sí puede ser juzgado por ultraje violento al pudor, cometido contra su propia mujer, cuando procure un indebido desahogo sexual, usando la violencia.

Eusebio Gómez afirma que los que sostienen la posibilidad jurídica de la violación dentro del matrimonio, invocan el argumento de la licitud de la cópula, emanada del derecho canónico que dice "Matrimonii finis primarius est procreatio atque educatio prolis; secundarium mutuum adiutorium et remedium concupiscentiae". Pero, agrega el maestro argentino, la licitud de la conjunción carnal entre cónyuges, que está fuera de toda controversia, no es argumento bastante para sostener la tesis enunciada. Más adelante, afirma categóricamente que "por respeto a la dignidad humana, debe sostenerse que el marido, que por medio de la violencia física o moral, tiene acceso carnal con su cónyuge, comete el delito de violación".

En resumen, la violación es delito de carácter eminentemente sexual, porque tiene como fin exclusivo, la cohabitación con un individuo del mismo sexo o del sexo contrario, sin su voluntad o contra la voluntad del sujeto pasivo, usando la intimidación, "fuerza moral", violencia, "fuerza física", a falta de capacidad reflexiva en el caso de menores, ebrios, toxicómanos o desequilibrados mentales, o cualquier otro medio que anule la voluntad. Por consiguiente, el violador atenta fundamentalmente contra la libertad sexual y subsidiariamente contra el honor sexual y las buenas costumbres.

(Continuará)

## Prensa médica española

La revista médica española GALICIA CLINICA trae excelentes trabajos científicos de maestros españoles de Anatomía como Dn. Angel J. Echeverry, de clínica y gastroenterología como Dn. Salustiano Martínez G. o medicina como Dn. Fernando Alsina o Dn. Ulpiano Villanueva. Asocio su recuerdo con la guerra, sus durezas y privaciones, y finalmente, con aquella memorable comida en el Hotel Compostela, con que nos despedimos los Licenciados del Curso de la Victoria el 28 de marzo de 1940. Y no es sólo aquello de Jorge Manrique de "todo tiempo pasado fué mejor", sino es, sobre todo, el sentido de la gratitud de quien sabe que debe su formación profesional a los que fueron sus recordados maestros de la Facultad de Medicina de Santiago de Galicia, según reza en el juramento de Hipócrates.... "y a aquel quien me enseñó este Arte, le estimaré lo mismo que a mis padres...."

Dr. L. QUIROGA QUINONES.

Angel J. Echeverry.—**Sobre el tratamiento de las osteomielitis.**—**"GALICIA CLINICA"** (España).—Nº 1, año XIX, Enero de 1947.

El autor expone en su trabajo, con la correspondiente casuística, el resultado de su experiencia sobre el rubro. En conjunto, no está de acuerdo con los autores que creen que con los sulfamidados y los antibióticos se ha resuelto el problema, porque "son precisamente su complejidad y las variantes que presenta, la causa de que no todos los casos se resuelvan de la misma manera".

Hace una síntesis de las ideas de cirujanos extranjeros para fines comparativos y luego un resumen de su técnica en el tratamiento de las osteomielitis agudas y crónicas hematógenas. Prefiere el gota a gota intravenoso en los casos agudos empleando diariamente 120,000 U. I. por lo menos de Penicilina. Manifiesta que la vía intramedular es un gran recurso para detener la evolución progresiva de la infección y que debe ser también empleada en inyección continua, disolviendo 100,000 U. I. en 100 c. c. de suero fisiológico, manifestando que "esto tiene especial importancia al nivel de las zonas metafisarias, región predilecta de iniciación de estos procesos, para lograr la esterilización de los focos, su localización, y con ello evitar la extensión a las zonas articulares, cuya lesión tanto ensombrece el pronóstico". Expone que la osteomielitis crónica hematógena

plantea varios problemas, como son: la eliminación del secuestro, la impregnación de las zonas enfermas con el antibiótico y la dosis de éste.

El primer postulado sólo se puede cumplir por vía quirúrgica, no estando de acuerdo el autor con el criterio sustentado por algunos cirujanos que afirman que los secuestros asépticos, que quedan después de la esterilización de la lesión infecciosa, tienen el mismo carácter que ciertos injertos óseos, indicando, en consecuencia, la necesidad de eliminar quirúrgicamente todo secuestro por muy aséptico que sea. Indica, finalmente, un tratamiento especial para aquellas osteomielitis que han llegado hasta la fractura del hueso. El trabajo viene ilustrado con láminas radiológicas.

**Dr. L. QUIROGA QUINONES.**

**Angel J. Echeverry.—La Cirugía Ortopédica en las secuelas de las resecciones subperiósticas diafisarias.—"GALICIA CLINICA" (España).—Nº 2, año XIX.—Febrero de 1947.**

El autor, hábil anatomista y cirujano ortopédico, hace un estudio general de la diafisectomía subperióstica y dice que ella deja en ciertos casos secuelas, por defecto en la regeneración ósea, según su experiencia. Llama la atención sobre "la vigilancia que requiere la evolución de estos procesos, tratando de evitar que el reposo en actividad viciosa o la deambulación prematura conduzca a situaciones en extremo difíciles".

Afirma que es preciso revisar la literatura que sobre las resecciones diafisarias subperiósticas, como tratamiento de las osteomielitis, en el sentido de que la intervención que estudia tiende a ser eliminada con la aplicación de la medicación bacteriostática, en especial la Penicilina, por lo que no debe figurar entre las técnicas quirúrgicas actuales.

Presenta dos casos de pseudo-artrosis diafisaria de radio y de tibia, uno de los cuales fué tratado mediante injerto homoplástico de tibia. Termina con las siguientes conclusiones:

1º.—La resección diafisaria subperióstica ofrece dificultades que giran en torno a sus indicaciones y a los resultados ortopédicos.

2º.—La intervención, especialmente la precoz, no debe ser generalizada.

3º.—La medicación bacteriostática ha limitado —aunque no eliminado— sus indicaciones.

**Dr. L. QUIROGA QUINONES.**

Jaime Quintanilla Ulla.—**Resultado obtenido con arsenicales en un caso de absceso pulmonar.**—"GALICIA CLINICA" (España).—Nº 2, año XIX.—Febrero de 1947.

El autor hace diversas consideraciones sobre la etiología de los abscesos del pulmón y compara los resultados obtenidos en la Clínica de Patología Médica de la Facultad de Santiago de Galicia sobre la evolución de estos procesos, según se hayan empleado sulfamidas, penicilina o arsenicales orgánicos tipo neosalvarsán, para llegar a la conclusión de que las sulfas y la penicilina fracasan cuando los agentes supurantes son espirilos o hay un predominio de ellos sobre los gérmenes cocáceos, siendo en cambio de indicación preferente el derivado arsenical.

El trabajo viene ilustrado con láminas radiológicas.

**Dr. L. QUIROGA QUINONES.**

Aurelio Gutiérrez Moyano.—**Tratamiento de la coqueluche.**—"GALICIA CLINICA" (España).—Nº 2, año XIX.—Febrero de 1947.

El autor hace una revisión detenida de los datos más modernos que el laboratorio, la radiología y la clínica aportan al diagnóstico precoz de la coqueluche.

Entra luego al aspecto Farmacológico, dejando de lado la medicación clásica, para enfocar la actividad terapéutica de los recientes agentes medicamentosos, como vacunas, vitaminas, sulfamidas, agentes físicos (radioterapia, ondas cortas, cambio de presión atmosférica) y finalmente las sales de bismuto, agentes que revisa aisladamente *in extenso*, para al final, por comparación, mostrarse entusiasta de las sales de bismuto, con las que ha obtenido resultados excelentes y superiores a los obtenidos por los demás agentes revisados.

Al final, expresa que sin vacunas, vitaminas, sulfamidas, onda corta, radioterapia, ni aviación, se consigue éxito con unas cuantas inyecciones de bismuto.

**Dr. L. QUIROGA QUINONES.**

---

## Bibliografía

**EL ESTOMAGO OPERADO** por los doctores E. Vidal-Colomer y A. Romero Calatayud.—Un tomo de 236 páginas, con 127 grabados.—**Salvat editores, S. A.**—Distribuidor: Antonio Muñoz.—Buenos Aires, 1947.

En el prólogo de este libro, el Prof. F. Gallart Monés, dice: "Una pregunta que constantemente nos hacemos, es la siguiente: ¿Los trastornos que acusan los ulcerosos son todos debidos a esta manifestación local, o una parte de ellos deben obedecer

a trastornos generales (neurovegetativos, humorales, alérgicos) o locales (sensibilidad del órgano, alteraciones del mesénquima), etc.? Si pudiésemos contestar afirmativamente a esta pregunta, tendríamos la clave de una serie de molestias que acusan los operados a los cuales se ha extirpado su úlcera, y sobre todo del porqué la gastrectomía no cura a todos los ulcerosos por amplia que sea.

La úlcera gastro-duodenal es, sin duda, una lesión de evolución, pero no enfermedad, como no sea desde el punto de vista clínico.

Hoy por hoy debemos dirigir las investigaciones en el sentido de que úlcera gastroduodenal no es una enfermedad primitiva de una víscera, sino de un tejido o de un sistema, y todo lo que sea basarlo en aquella irá siempre seguida de fracaso, como ha ocurrido hasta la fecha.

Mis discípulos y particulares amigos, los doctores Vidal-Colomer y Romero Calatayud, han sabido plasmar con su criterio y experiencia personal las ideas fundamentales de la Escuela sobre este tema, cuyo interés, derivado de las dificultades que acabamos de apuntar, lo sitúa entre los más debatidos en el campo de la Patología Digestiva".

**SISTEMA NEUROVEGETATIVO Y SHOCK** por el Prof. C. Stajano.—Un tomo de 316 páginas, ilustrado con 5 grabados.—**Salvat editores, S. A.**—Distribuidor: Antonio Muñoz.—Buenos Aires, 1947.

Al abandonar la Cátedra de Patología Quirúrgica, en su traslado a la de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Montevideo, el autor deseó dejar constancia en este libro de uno de los jalones de su vida universitaria. Nunca mejor eligido el motivo que dejando consignada una orientación espiritual, o una tendencia en la enseñanza de determinados conceptos, que han sido desarrollados en la Cátedra y que al ser aplicados a la Clínica han rendido su utilidad.

En esta segunda edición, se han agregado nuevas adquisiciones obtenidas en el terreno experimental y clínico en los últimos años. Seguramente que la Clínica base fundamental de este trabajo, es inmutable. De ella, de su rigurosa observación, y no de copiosas lecturas, el autor ha logrado la finalidad sintética que trata de exponer en este libro, dedicado a los médicos jóvenes, que ojalá recojan de este esfuerzo algún concepto general que pueda serles útil, a los médicos veteranos que se empeñan en seguir utilizando métodos rutinarios y a los que sistemáticamente se han opuesto a las ideas del autor, así como a los que después de lucha pertinaz le dieron leal y noblemente la razón.