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

En Provincias . . „ 8.00 al año

En el Extranjero 4 dóllars al año

AVISOS

Precios convencionales

Año 64. - No. 1013 — Noviembre 1947

SUMARIO

Bases fisiopatológicas del tratamiento médico de las afecciones hepatobiliares, por el Dr. Luis Quiroga Quiñones, pág. 177

Aspecto genético-jurídico de la vagancia, por el Dr. Jorge Moscoso Barra, (continuación), pág. 186

Determinación de la amilasemia normal con el método Somogyi, por el Q. F. Arturo Rado A., (conclusión), pág. 189

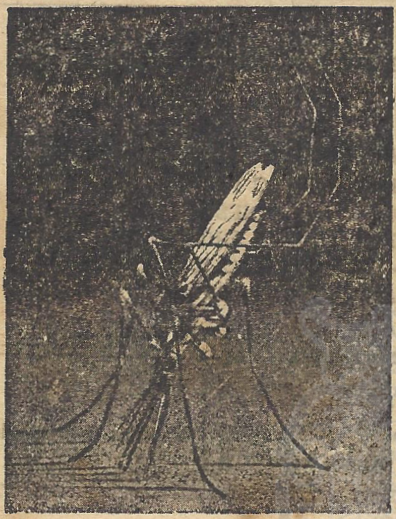
Carta médica peruana, pág. 195

Prensa médica española, pág. 197

Noticias, pág. 199

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Dirección General de Bibliotecas

ARALEN



Es la droga de elección en el tratamiento del Paludismo

Experiencias mundiales realizadas bajo los auspicios del Office of Scientific Research and Development y de la Fundación Rockefeller y por otras numerosas entidades e investigadores libres, han demostrado que el **ARALEN** es, actualmente, la droga más efectiva en el tratamiento de todas las formas de paludismo.

El **ARALEN**, es mucho más activo que la quinina y tres veces más que la Quinacrina, en el tratamiento del paludismo por P. Vivax, y existen suficientes pruebas para afirmar que cura radicalmente el producido por P. Falciparum.

En dosis terapéuticas carece de toxicidad, siendo bien tolerado, incluso por enfermos de fiebre hemoglobinúrica y por las mujeres embarazadas.

Posología: En el ataque agudo: 4 tabletas (1 gramo) tomadas juntas, seguidas de otras 2 (0.50 gr.) transcurridas 6 u 8 horas y otra dosis de 2 tabletas cada uno de los dos días sucesivos.

Dosis supresiva: Dos tabletas juntas el mismo día de cada semana. Niños: ¼ o ½ dosis, según la edad.

Presentación: Tabletas de 250 mg. de la sal difosfato.
Cajas de 10 y Frascos de 1,000 tabletas.

ARALEN

UN PRODUCTO DE LOS

Laboratorios Winthrop S. A.

Elaborado por: WINTHROP PRODUCTS — Nueva York, U. S. A.

Casilla 1637 — **Avenida Wilson 1810**

Teléfono 35937 — **LIMA-PERU**

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

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
BIBLIOTECA CENTRAL
Lima-Perú

Bases fisiopatológicas del tratamiento médico de las afecciones hepatobiliares

Comunicación presentada al Ateneo Médico de Lima

Por el Dr. LUIS QUIROGA QUIÑONES

La farmacología es la causa, en parte, de la revolución que ha sufrido el tratamiento médico de las afecciones hepatobiliares. Otra causa es la fisiopatología, que al dar a conocer más íntimamente el proceso por el que se producen determinados cuadros morbosos de este aparato, ha hecho para el médico práctico mucho más complejo el tratamiento de ellos. Voy a pasar revista de algunos de los más corrientes casos de enfermedades de vías biliares.

Colelitiasis con cístico permeable.—Se trata de enferma de 32 años, que presenta cólicos típicamente vesiculares, a tiempo variable, con ictericia subsiguiente, con exacerbaciones menstruales, y que fuera de ellos cursa con un cuadro dispéptico crónico ya anterior en años a sus cólicos. La exploración es claramente biliar. El examen funcional de vías biliares por el Meltzer Lyon, da las 3 bilis francamente alteradas, siendo la B patológica con grumos de mucopús y calculinos de Chiray. La instilación del colecistocinético (Sulfato de magnesio) dió lugar a un cólico, rápidamente yugulado por medicación inyectable. En la radiografía hay abundantes sombras negativas. Es pues un caso de colelitiasis con cístico permeable. Fué enviada al cirujano, operada, y las piedras son de tipo bilirrubínico.

Colelitiasis con cístico impermeable.—Enferma con cuadro dispéptico indefinido. Nunca cólicos. Nunca ictericia. Muy estreñida. Al examen hay francos puntos vesiculares en todos los lugares habituales. Se hace el Meltzer Lyon y se obtiene bilis A patológica; bilis C dada como normal. Bilis B no se obtiene a pesar de repetir la instilación con aceite. Se hace el diagnóstico clínico de vesícula excluída por colelitos. El radiólogo lo confirma y su radiografía da vesícula ausente, por cístico o cuello impermeables, razón también de la ausencia de bilis B junto con la pérdida de su poder contráctil. Se envía la enferma al Hospital Loayza, donde el cirujano, Dr. **Santos Astete** le extrae, junto con una vesícula esclerosa, gran cálculo, a predomi-

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

nio colesterínico. La instilación de los colecistocinéticos (Sulfato y aceite) no produjo ningún dolor o molestia, como en el caso anterior, porque la vesícula enferma ha perdido su poder contráctil, hecho que también tiene gran valor desde el punto de vista de la terapéutica conservadora.

Discinesia vesicular hipertónica.—Enferma que presenta cólicos típicamente vesiculares, con ictericia obstructiva subsiguiente, es decir, acolia, coluria, etc. Se envía al radiólogo y comprueba que no hay cálculos, pero que la vesícula es sumamente pequeña y que apenas hay diferencia entre las dos imágenes, la obtenida en ayunas y la obtenida después de la comida de leche y huevo **(Boyden)**, respectivamente. Se somete a tratamiento médico, sin dejarse realizar el Meltzer Lyon, pero cualquier emoción o disgusto le motiva el típico cólico vesicular. Su esposo padece una tuberculosis ileocecal primitiva y esto motiva su constante preocupación. Cansada de sufrir, se opera. El cirujano **Dr. Sabogal**, le respetó la vesícula, que encontró sana, pero le hizo una práctica quirúrgica sobre el aparato coledociano (una derivación) que eliminó definitivamente su padecimiento.

Colecistitis crónica reagudizada.—Muchacha de 20 años, con apendicopatía crónica primitiva, que presenta trastornos dispépticos indefinidos. A la exploración hay, además de lo correspondiente a su apendicopatía, francos puntos vesiculares. Se hace el Meltzer Lyon y se obtiene bilis B francamente alterada por flóculos y grumos y de escasa concentración. La radiografía hecha por el Dr. **Sánchez Checa**, da sombra sin piedras, pero de escasa densidad radiológica, de acuerdo al poder de concentración, disminuído por la inflamación. Este catarro vesicular es de regla en procesos de apéndice vermiforme de larga duración. La enferma no se cuida, come de todo, no se trata en una palabra, hasta que bruscamente hace un cuadro de infección vesicular aguda con mucha fiebre, náuseas y vómitos, dolor con defensa regional y cuadro hemático de infección. Es pues un caso de colecistitis crónica reagudizada.

Atonía vesicular crónica, colecistoatonía o enfermedad de Chiray y Pavel.—Se trata de una señora alemana, de 45 años, con dolor constante en hipocondrio derecho, flanco y vacío del mismo lado, que se irradia al hombro izquierdo, siguiendo un reflejo cruzado y a la región lumbar derecha. Por tal motivo ha sido intervenida de ptosis renal derecha aquí en Lima, y tratada, al persistir las molestias, de ulcus duodenal, en Hamburgo, a donde viajó. Llega al servicio de Gastroenterología por continuar sufriendo, y porque se ha agravado con náuseas y vómitos constantes, más intensos después de ciertas comidas, por lo que la misma enferma se ha automedicado viviendo solamente a dieta de frutas. El hecho de alimentarse sólo con frutas tiene enorme importancia desde el punto de vista terapéutico en el proceso que la enferma tiene, porque lo agrava. Examinada,

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

no se encuentra absolutamente nada que confirmara la sospecha de un caso larvado de colecistopatía. No hay puntos vesiculares, pero en un examen de orina hay pigmentos biliares. La colecistografía no demuestra cálculos, pero en cambio, la vesícula llega hasta el borde inferior de la cuarta vértebra lumbar, lo que quizás explica sus dolores en fosa ilíaca derecha. El examen funcional por el Meltzer Lyon confirmó las sospechas: se obtuvo bilis B de densidad algo mayor que lo normal, obteniéndose más o menos 75 c. c. de ella, es decir, casi el doble de lo habitual, con grumos y turbideces abundantes. El examen del laboratorio sobre la bilis B indica cristales de bilirrubinato de calcio, colesterol y células abundantes. Esta enferma tiene entonces una colecistoatonía con colecistitis crónica sobreagregada; por lo que la concentración biliar B no fué tan grande como hubiera sido sin el catarro.

Pasemos ahora al otro aspecto, al farmacológico, para utilizarlo prácticamente objetivando sobre las historias suscintamente expuestas.

Desde **Brugsch** se individualizó del grupo hasta entonces usado en el tratamiento de los procesos biliares, y denominado genéricamente **"colagogo"**, otro, que llamó **"colerético"**. Más tarda se precisó más todavía y se separó de ambos un tercer grupo de sustancias llamadas **"colecistocinéticas"** o **"colecistoquinéticas"**. Su definición indicará claramente su uso y la utilidad que de ellas se puede obtener, precisando además sus indicaciones de acuerdo al proceso a modificar.

Colagogos, son aquellas sustancias que favorecen la excreción, la eliminación de la bilis fabricada, desde la célula hepática, por todas las vías biliares a su lugar natural, desde los conductillos biliares intrahepáticos hasta el colédoco.

Coleréticos, son en cambio aquellas sustancias que favorecen la biligenia, la fabricación de bilis y que por lo tanto actúan fundamentalmente sobre la propia célula hepática, a la que obligan a una sobrefunción cuando trabajan normalmente y a la normalidad cuando están insuficientes.

Colecistocinéticos o **colecistoquinéticos,** actúan de manera primordial y de manera selectiva sobre la propia vesícula biliar, **a la que obligan a contraerse.** Claro que en cierto modo hacen eliminar la bilis de la vesícula, pero esto es relativo.

Recientemente se ha creado una mayor complejidad al problema, en relación con los colagogos, los que han pasado a depender más estrechamente de la vesícula biliar por intermedio del esfínter de Oddi. No puede haber trabajo vesicular normal, si vesícula y esfínter de Oddi dejan de trabajar al unísono y en relaciones inversas de función, en base a la ley de Meltzer que dice: "la contracción de la vesícula biliar se acompaña de relajación del esfínter de Oddi y a la inversa", y el incumplimiento de esta ley es la que en numerosos casos motiva la desesperación de cirujanos y médicos por la persistencia de cólicos típi-

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

cos sin cálculos, con colecisto perfectamente sano anatómicamente hablando, y aun más, después de haberlo extirpado.

Antes de continuar vamos a dar una relación de los fármacos usados en terapéutica biliar.

Coleréticos: algunos compuestos mercuriales inorgánicos como el calomel y otros orgánicos como el neptal, novasurol, salirgán, etc., generalmente tóxicos para la célula hepática; el atofán (ácido fenilquinolincarbónico) también fuertemente excitante para el hepatocito, pero al mismo tiempo muy lesivo para él, sobre todo para el que ya tenga un padecimiento anterior, en el que puede desencadenar verdaderas catástrofes, por lo cual no se debe emplear en terapéutica como colerético, máxime habiendo ahora otros compuestos tanto o más eficaces y sin su toxicidad como son los extractos biliares, que actúan por el taurocolato y glicocolato sódico que contienen el salicilato sódico, la glicerina, el benzoato sódico, y modernamente, algunos derivados del ácido cólico o colálico, como el ácido dehidrocólico, de los que hay tantos en el comercio, bien solos o asociados a la pancreatina como el Procholon (Squibb), el Depancol, Panol, etc., la Felamina (Sandoz) que contiene también hexametilentetramina, etc. La alcachofa o **cynara scolymus,** es también fuertemente colerética por los grupos fenólicos que contiene, y es la base de muchos preparados comerciales, sobre todo franceses. Las secretinas, la insulina, la histamina, también son coleréticos, aunque débiles.

Colecistocinéticos: el colescimón de Pribam o colecistoquinina de Ivy, el sulfato de magnesio, la peptona, las grasas principalmente triesteáricas y trioleicas (aceite de oliva), la leche con su grasa, que con el huevo hacen la comida típicamente colecistocinética de Boyden para el estudio radiológico del colecisto, etc., son los principales representantes de este grupo. La hipofisina o pituitrina es igualmente un fuerte colecistoquinético, y tan es así, que se ha usado para la expulsión traumática de cálculos supuestos pequeños del colecisto, práctica que me parece muy riesgosa.

La relación de los **colagogos** la dejaremos para verla junto con los fármacos que modifican el esfínter de Oddi, esfínter de tal importancia, que ha cambiado, inclusive, el concepto patogénico sobre el dolor en el cólico por litiasis. Así, se ha sabido no era como se suponía exclusivamente traumático por el desgarro que la piedra al emigrar podía producir, porque tal como sucede en muchos casos y en el 3º de nuestro ejemplo clínico, de hipertonia vesicular discinética, no hay piedras, y sin embargo hay dolor intenso como si las hubiera. Entonces se ha visto que el dolor cólico es ciertamente un fenómeno complejo, de trauma, de espasmo por delante de la piedra cuando la hay, **pero fundamentalmente, de aumento de presión intracoledociana por espasmo o lesión orgánica del esfínter de Oddi,** lo cual es básico, y que resulta de la ruptura del sinergismo antagónico enuncia-

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

do en la ley de Meltzer de funciones vesiculares y esfinterianas inversas. De allí que se hayan ensayado una serie de sustancias a fin de ver cuales relajan el esfínter contraído y cuales lo contraen, produciendo el dolor cólico cuando no hay piedra y contribuyendo fundamentalmente a él cuando la hay. De ello ha resultado que la morfina, la codeína, el dilaudid y derivados, lo contraen. La atropina no tiene efecto constante, y aunque la mayoría de las veces lo relaja otras veces queda sin actuar. En cambio lo relajan constantemente la trinitrina, el nitrito de amilo y la teofilina; con menos constancia lo relajan la trasentina y el syntropan. El ácido clorhídrico a veces relaja y a veces contrae. La papaverina generalmente no actúa. Lo relajan también casi constantemente el sulfato de magnesio, el aceite de oliva y la peptona, **a condición de que sean instilados por sonda en el duodeno.**

De esta relación se deduce la razón de porque no se tratan ya los cólicos vesiculares con inyecciones de morfina, que si bien suprimen momentáneamente la sensibilidad central, aumentan el trastorno por espasmodizar el esfínter de Oddi; del porque se debe inyectar mezclado con la atropina que generalmente lo relaja, y la razón por la que muchos médicos prescriben, en los cólicos vesiculares, cuatro humildes gotas de trinitrina **como coadyuvante,** siempre y cuando la presión arterial esté bien conservada y no hayan manifestaciones de colapso periférico que la trinitrina o nitroglicerina acentuaría. Estas sustancias relajantes son en cierto modo **colagogos,** aunque este nombre le ha quedado propiamente hablando a la escopolamina, papaverina, mentol y a los purgantes llamados **colagogos** como el ruibarbo, el áloes, la evonimina, el podofilino y al boldo, que por la boldina (alcaloide) y la boldoglucina (glucósido) que contiene, es más colerético que colagogo.

Ahora, para entrar a la parte final, relacionemos el primer enfermo, caso de colelitiasis con cístico o cuello permeable con la Agocholine a base de sulfato de magnesio y peptonas, o la Peptalmine magnesiada de parecida composición, y tantos otros que también la tienen parecida. Son buenos específicos, pero en su composición predominan los colecistocinéticos, es decir, los movilizadores del colecisto. A esa enferma al instilarle el colecistocinético, que fué sulfato de magnesio al 33%, se produjo cólico que se yuguló por inyección, y no de morfina por cierto. Todos los que practican exámenes de vías biliares saben que muchos enfermos acusan a la instilación del colecistocinético, sea este aceite, sulfato de magnesio, peptona, etc., o a la inyección de pituitrina, dolor abdominal que va desde el ligero y pasajero hasta el violento del cólico. Saben también que hay un tratamiento médico de las colelitiasis por el sondeo duodenal, y según lo preconizan algunos, hasta por la inyección de pituitrina, lo que para mí constituye un arma de dos filos que nunca se debe practicar, a no ser que se sepa que los cálculos son muy

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

pequeños y escasos y que por un cólico así provocado van a emigrar al intestino, lo cual en realidad nunca se puede con certeza saber o asegurar. Hay además, las siguientes indicaciones: colecistitis aguda y crónica. Colelitiasis. Insuficiencia hepática. Congestiones del hígado. Cirrosis. Ictericias, etc., es decir, se indican para toda la patología biliar, tan complicada y temible, que tiene distinta etiología, distinta patogenia, distinta evolución, y que por lo tanto, lógicamente, requiere también distinto tratamiento. Pero es que estos medicamentos a base de colecistocinéticos son justamente los que no se deben dar en un sujeto con piedras en vesícula, con cólicos frecuentes, porque como en este caso primero, van a movilizar esas piedras, muchas generalmente cuando son pequeñas y pocas o única cuando son grandes, y entonces vamos a terminar justamente en aquello que deseamos evitar: en los cólicos vesiculares y en las migraciones calculosas al cístico o al colédoco con sus posibles graves consecuencias. Hay que prescribir, en cambio, algo que al mismo tiempo que deje en reposo a la vesícula calculosa, haga bajar bilis hepática que evite el estancamiento y la infección que a ésta subsigue: a la colangitis. Hay que recurrir entonces a los coleréticos y a los colagogos, dejando entre el cólico último y el comienzo del tratamiento un tiempo prudencial para que desaparezca la irritabilidad vesicular. Es paradójico comprobar y esto sin ningún afán de crítica innoble o censura, que al mismo tiempo que se prescribe un colecistocinético como medicamento, se le quita el colecistocinético como alimento, al decirle al enfermo la conveniencia de suprimir la alimentación que contenga grasa y hasta leche, huevos, etc., porque estos naturalmente le han de molestar, y molestan claro está, porque movilizan como colecistocinéticos que son, los cálculos contenidos en la vesícula litiásica **con poder contráctil intacto.**

Tampoco se deben prescribir colecistoquinéticos en el caso de discinesia vesicular hipertónica, y si hay algo aquí que se deba indicar, son los relajadores del esfínter de Oddi ya enumerados y los de la vesícula como la belladona, la atropina y el luminal que disminuyen su excitabilidad. En cambio, no hay mejor tratamiento para las colecistoatonías como la de la enferma alemana referida antes, que el drenaje vesicular por los colecistocinéticos, y mejor aun, por el Meltzer Lyon, pues está demostrado que nunca son lo mismo ingeridos que instilados **in situ.**

Quiero llamar la atención sobre el hecho de que al caso de colelitiasis con cístico impermeable, la instilación del sulfato no le produjo ningún dolor ni tampoco se obtuvo respuesta vesicular, habiendo por lo tanto ausencia de bilis B. La ausencia de molestias se debe a que la vesícula ha perdido su poder contráctil, y en este caso se puede dar un polifármaco que incluya colecistocinéticos que entonces no tienen utilidad, pero es mejor no arriesgarse, porque el daño que este gran cálculo em-

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

pujado hacia colédoco, por cualquier otra vesícula no esclerosa, puede ocasionar. En resumen y por similitud me acuerdo del tratamiento ilógico que se pretende hacer en los estreñimientos. No se puede intentar reducir un estreñimiento espástico con peristálticos (peristaltina, prostigmina, vitamina B^1, acetilcolina, etc.) o modificar un estreñimiento atónico con antiespasmódicos. Si se intenta esto, se aumenta el trastorno, pero en cambio, un estreñimiento atónico se modifica perfectamente por un peristáltico cualquiera, como otro espástico se cámbia por un antiespasmódico. Es cuestión de arreglarse apreciando previamente frente a que cuadro se está para proceder en consecuencia.

Las disquisiciones terapéuticas sobre el caso de colecistitis no calculosa crónica reagudizada, son mucho más complicadas, e implican para el médico práctico una responsabilidad inmediata que deriva de la amenaza del compromiso peritonítico, posible en toda infección del colecisto. Yendo de la forma más benigna a la más grave podemos determinar la escala infecciosa vesicular así: colecistitis catarral, colecistitis supurada, colecistitis gangrenosa y finalmente, perforación del órgano, colecistitis perforada. Hay procesos que ya de comienzo llevan consigo la supuración o la gangrena y marchan a la peritonización, pero es lo cierto pensar que una colecistitis de comienzo catarral puede también pasar a supurar y perforarse si encuentra condiciones favorables para ello. Ahora bien. Frente a este proceso agudo, el cirujano saca el cuerpo y no se atreve a actuar, y si lo hace, es urgido por la supuración cerrada, por el piocolecisto o por la gangrena del órgano, con todos los mayores riesgos que implica el operar en caliente. ¿Cómo puede pues habérselas el internista con éxito ante esta infección vesicular, y si no curarla definitivamente, por lo menos enfriarla para que el cirujano haga el resto? Mi criterio es éste: todo bloqueo del desagüe de una víscera hueca favorece la actividad y virulencia de los gérmenes infectantes, generalmente colibacilos solos, aunque también acompañados de estreptococos, enterococos y aun estafilococos, por lo que el reposo absoluto del colecisto con el estancamiento de su bilis infectada que de ello resulta, no me parece recomendable. Por otro lado, la movilización contráctil brusca y repetida de la vesícula, con paredes modificadas y debilitadas por la infección, favorece y puede producir su rotura con la peritonitis subsiguiente, extremo opuesto al anterior, y es por esto que el drenaje terapéutico por el Meltzer Lyon debe contraindicarse absolutamente en los casos de colecistitis agudas, a diferencia de las colecistitis crónicas, donde es uno de los mejores métodos de tratamiento, siempre que no hayan cálculos grandes que lo contraindiquen también. Véase pues lo difícil del problema.

Por eso, estimo que en las colecistitis agudas, se pueden dar colecistocinéticos de acción suave, ligera y muy medida, que contraigan el órgano suavemente, haciéndole evacuar el pro-

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

ducto infectado depositado en él, evacuación que se lleva a cabo por la vía natural. Dejar a la vesícula en total y completa inamovilidad me parece contribuír a la supuración, haciendo la aclaración de que nos referimos sobre todo al caso que tenía cístico y colédoco permeables, o a aquellos en que la infección vesicular no cursa con obstáculos de la vía, condición que determina otra manera de proceder, ya más del cirujano que del internista. Creo firmemente que no todas las colecistitis agudas alitiásicas se deben operar una vez enfriadas, y que su curación es muy frecuente. Cuando, en cambio, hay cálculos concomitantemente, es el cirujano el que tiene la palabra definitiva, y al respecto, creo también, que no hay cálculos vesiculares inocentes, inofensivos o apagados, sino que a la larga provocan infección, obstrucción, esclerosis vesicular, etc. y dan disgustos. De todos modos, el internista debe estar a la espectativa para llamar al cirujano o cambiar ideas con él, desde el primer momento, porque refiriéndose a infecciones vesiculares, mientras más espaldas soporten la responsabilidad del problema, tanto más se diluye la culpa en caso de fracasar, cosa frecuente por lo intrincado del mismo.

Un signo que he encontrado frecuentemente, porque lo busco sistemáticamente en los enfermos digestivos, es lo que se llama congestión activa dispéptica crónica del hígado, cuadro distinto desde todo punto de vista de la congestión hepática pasiva del cardíaco. Se manifiesta por un hígado cuyo borde más o menos agudo y doloroso se palpa perfectamente en inspiración, por la que desciende uno, dos o tres traveses de dedo. No es tampoco una cirrosis, por lo menos en estos estadíos, en que el bazo presumiblemente aún no ha sufrido modificación apreciable, y nos parece un grado más avanzado que la congestión también activa de ciertos vesiculares o dispépticos en los que sólo se ha agrandado el lóbulo derecho. Yo me imagino una esponja mucho tiempo llena de agua jabonosa que la quema y que en el caso del hígado, aumenta éste su consistencia por el largo tiempo de evolución de la digestivopatía. Estos sujetos son pertinazmente estreñidos, con estreñimiento de tipo atónico, con heces generalmente mal teñidas y malolientes, lengua saburral y nauseosos, con gran cantidad de gases y que digieren mal las grasas y los hidratos de carbono de acuerdo a la hipo función concomitante del páncreas. Pues bien, a estos hígados perezosos, biligénicamente hablando, se les modifica rápida y favorablemente induciendo al hepatocito a formar más bilis y a excretarla, porque no basta con que la forme, sino que es necesario que la excrete, y entonces vemos como todos sus trastornos primitivos o secundarios a una digestivopatía se modifican en algunos meses, desapareciendo los gases, disminuyendo el hígado su tamaño, cambiando su estreñimiento y tiñéndose más sus orinas, generalmente claras. Para esto, sólo se debe usar un colerético, tipo ácido dehidrocólico, sólo o mejor asociado al

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

páncreas cuando la cantidad de gases y demás, hagan suponer un mayor compromiso o pereza pancreática. Es lo mismo que se debe hacer en las colangias, en las infecciones de los canalículos biliares o colangiolitis, que sólo mejoran, aparte de la terapéutica biológica y antibiótica, con el drenaje médico repetido y constante, sin despreciar tampoco las otras medidas. Nada harán en este caso la peptona, el aceite, el sulfato de magnesio, la pituitrina, la colecistoquinina o cualquier otro colecistoquinético conocido o por conocer; aquí sólo actúan los colagogos y los coleréticos juntos, uno eliminando lo que el otro fabrica; uno excretando lo que el otro segrega, respectivamente, y son como ya he dicho, principalmente las sales biliares, y modernamente, sobre todo, el ácido dehidrocólico y derivados, etc.

Un hecho me parece digno de relievar respecto a la terapéutica de las cirrosis del hígado, que es hoy tendencia general admitir como una sola entidad, que puede tener todas las variedades de atrofia o hipertrofia que se desee a la manera de los clásicos, y sabemos también que las medidas dietéticas han cambiado revolucionariamente dándose fundamentalmente proteínas en vez de suprimirlas, y evitando también la inclusión de grasas en esa alimentación, porque las grasas tienen fuerte poder cirrógeno por el mecanismo del depósito y la esteatosis. Con el advenimiento de las vitaminas, se puso de moda el administrar fuertes cantidades de ellas y se dijo que en el complejo B había algún factor que modificaba favorablemente el depósito graso y la cirrosis que éste favorece. Como es sabido, en el complejo, se han determinado los siguientes componentes: B^1 o aneurina, B^2 o riboflavina, B^3, B^4, B^5 y B^6 o piridoxina, factor antieplagroso, PP o ácido nicotínico, el ácido pantoténico o factor del filtrado, el factor antianémico o Hemogen, el factor M o preventivo de la aleucemia (?), el factor de la despigmentación, la biotina o supervitamina, la vitamina B^x o ácido paraminobenzoico y la colina. Pues bien, recientes investigaciones han dividido el complejo B en dos grupos: uno lipotrópico o cirrógeno, y otro lipolítico o anticirrógeno, y han determinado de una manera definitiva, que de todo ese gran conjunto B solamente la B^6 o piridoxina y **sobre todo la colina,** son lipolíticos, es decir, acarrean del hígado hacia afuera la grasa que en él se deposite, actuando entonces como agentes anticirrógenos directos. Todos los demás componentes del mismo complejo B son lipotrópicos, y por lo tanto, francamente cirrógenos. Este hecho es muy digno de tenerse en cuenta en el tratamiento de los procesos hepáticos, sobre todo los de curso crónico que tengan probabilidades de marchar hacia la cirrosis, procesos que abundan dentro del amplio campo de la patología del hígado.

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

Aspecto genético-jurídico de la vagancia

Por el Dr. JORGE MOSCOSO BARRA

(Continuación)

El Children's Bureau de E.E. U.U. propone para prevenir la vagancia infantil, lo siguiente:

a).—Educación general y educación de los niños en la edad pre-escolar.

b).—Enseñanza directa a los padres sobre la salud del niño y visitas a los hogares por visitadoras sociales.

c).—Enseñanza a los padres mediante cursos especiales, clases para madres, etc.

d).—Diagnóstico precoz de los problemas de conducta por la fundación de "Clínicas de conducta" para el estudio y tratamiento de los niños que exteriorizan problemas de conducta en la casa, en la escuela, en la vida social o que comparecen ante los tribunales de menores.

e).—Asistencia social en las escuelas mediante delegados asistentes, con preparación especial e igual jerarquía que los maestros y maestras, visitadoras sociales.

f).—Instauración de programas recreativos en lugares públicos de juego, campos de deporte, campamentos infantiles, organizando en sociedades recreativas (boy scouts, girl scouts, clubs infantiles, etc.) y creando bibliotecas centrales para niños adolescentes.

g).—Educando a la opinión pública en cuestiones de protección a la infancia, para que exija el mejoramiento y cumplimiento de las leyes de protección al niño por parte de autoridades, tribunales y juzgados de menores.

h).—Organizando instituciones privadas y públicas que vigilen los lugares de diversión, trabajen por suprimir la venta y distribución de literatura obscena e inmoral, eviten el trabajo de los niños en ocupaciones que impliquen riesgo físico y moral (desempeño de oficios en la vía pública, trabajos públicos, etc.), luchar por el cumplimiento de las leyes que prohiben vender licores, drogas y tabaco a los menores y persigan a los adultos culpables de contribuir a la delincuencia infantil.

En cuanto a la reeducación, se necesitan educadores especializados, animados de un verdadero espíritu social, que comprendan los problemas pedagógicos que plantea la readapta-

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

ción de los menores vagabundos y las exigencias de nuestra época. La readaptación de los niños vagos es tarea que exige conocimientos especiales de pedagogía correctiva.

Para prevenir la vagancia en los adultos, **Ariosto Licurzi,** en su obra "La Vagancia Disimulada", dice:

"Las dificultades objetivas —que las condiciones generales del ambiente social limitan o exageran— obligan a recordar la complejidad del problema económico, particularmente en uno de sus aspectos: la desocupación y la reocupación".

La desocupación, infortunadamente, tiende a dilatarse o por lo menos, a estabilizarse como una condición ya normalizada, dentro de las anormales condiciones de la economía y las actividades sociales.

Reocupar los desocupados voluntarios, es un problema primario para el Estado, porque los desocupados involuntarios —que forman la gran masa— ejercen una influencia muy efectiva sobre la economía y el bienestar social.

Además, y esto es un fundamento de gran valor psicológico, estos desocupados han quedado sin trabajo; pero no han perdido todavía la voluntad de trabajar, el hábito del trabajo y la fé en la disciplina de las actividades sociales. Y es urgente, imperioso, evitar que este material humano sucumba por la peligrosa infección del parasitismo.

El vago con mucha dificultad se adapta a tareas regulares, ordinarias, disciplinadas. Para obtener algún resultado atendible, hacen falta verdaderos campos de experimentación laborativa, con dotación de instalaciones especiales, para las investigaciones psicotécnicas más indispensables, y con amplia capacidad para largos ensayos de readaptación y reeducación al trabajo.

Esto, que parece sencillo y factible teóricamente, resulta arduo y oneroso en la práctica y sus beneficios sociales e individuales no alcanzan a un equilibrio que justifique su realización.

El Estado podrá afrontar más fácilmente la asistencia temporánea de los desocupados en campos de concentración; pero éstos no pueden transformarse, en forma tan simplista, en laboratorios de tecnología y en escuelas de aprendizaje industrial.

Si la vagancia está sujeta a medidas preventivas, es oportuno pensar que el problema del disciplinamiento y readaptación del vago al trabajo, podrá articularse con ciertas medidas organizadas conforme a un criterio de prevención y de asistencia social.

Como la aversión al trabajo y a la disciplina social, son características de la persona del vago, se consigue una verdadera victoria psicológica y moral, en esta lucha de saneamientos sociales y redención individual, si se le dá trabajo y despierta su sensibilidad en sentido social.

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

La lucha contra la desocupación es uno de los recursos que emplean para prevenir la vagancia.

En el Perú se organizó un registro de desocupados en el que se inscribieron desde 1931 hasta el 31 de diciembre de 1938, un total de 26,128 personas.

En los últimos años, ha disminuído notablemente la desocupación, pues en 1942, sólo se inscribieron 981 desocupados; y en 1943, tan sólo 606.

Diversas instituciones europeas de prevención de la vagancia.—Una institución digna de mencionarse es la Oficina de Identificación de la aglomeración bruselense, fundada en 1914.

Es un organismo autónomo que tiene por fin practicar 603 obras sociales y cuyo objeto principal es, primero, combatir la explotación de la caridad pública y privada; segundo, evitar el doble empleo de los socorros; tercero, establecer para todos los indigentes un carnet y una ficha de identidad; y cuarto, coordinar el trabajo social y servir de unión entre todas las obras y los filántropos.

Esta institución, con tan magnífica organización, ha prevenido —con gran éxito— la vagancia en Bélgica.

Esta oficina reparte sus actividades en tres Secciones admirablemente organizadas:

1.—Sección de Identificación, donde se inscriben gratuitamente todos los que deseen tener carnet, sin que esta inscripción implique ningún derecho a socorro.

2.—Sección de Informaciones, que proporciona a las sociedades y personas afiliadas las encuestas que se hacen sobre la veracidad de las demandas, a pedido de cerca de 300 organismos; a sus afiliados envía periódicamente listas confidenciales de los vagos y explotadores de la caridad; y

3.—Sección de Servicio Social, que dirige a los solicitantes hacia los organismos susceptibles de ayudarlos; estudia la situación de las familias necesitadas estableciendo su diagnóstico social y existe la Caja de Filántropos, que recibe los donativos.

La Institución está regida por un Consejo de Administración. Dirige esta oficina el Dr. **Lenaers.**

En Madrid, existe la Asociación Matritense de Caridad, que se encarga de facilitar a los válidos sin trabajo, a los semiválidos sin trabajo, vagabundos e inválidos, los medios necesarios de vida.

El régimen que se podía poner en práctica, para coadyuvar en una política preventiva de la vagancia, sería en términos generales el siguiente:

Suprimir la venta callejera de billetes de lotería. Debiendo hacerlo en puestos públicos y en establecimientos comerciales, para evitar así ese espectáculo bochornoso para la Capital del Perú y para nuestra cultura, que niños famélicos, harapientos o enfermos, mujeres jóvenes, que son presa de los desenfre-

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

nos de gentes inescrupulosas que atentan contra su pudor u hombres que al parecer mendigos son aptos para el trabajo, vagan por las calles y establecimientos públicos, obligando a la gente a la compra de los billetes de lotería.

Reglamentar eficazmente el servicio doméstico en el Perú, para impedir que niños indígenas que son llevados a los centros poblados y entregados a hogares que no ofrecen garantía, sean después abandonados a su propia suerte (1).

Exigir el cumplimiento de la ley de Instrucción Primaria obligatoria, y la de desanalfabetización. Implantar las escuelas-hogar, contempladas por la Ley Orgánica de Educación.

Establecer un registro de mendigos y dotarlos de un certificado a aquéllos que no puedan ser internados en asilos u otros establecimientos de beneficencia.

Protección y asistencia social por el Estado a las familias menesterosas, mediante la difusión de viviendas apropiadas, refectorios escolares, restaurantes populares o incrementando el servicio social de asistentas o visitadoras sociales. Formulando los presupuestos familiares e informando sobre la situación de los diferentes hogares que visite.

(Continuará)

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

Determinación de la amilasemia normal con el método Somogyi

Por el Q. F. ARTURO RADO A.

(Conclusión)

Nota.—En la acidificación, el yodo liberado da una fuerte coloración azul, con exceso de almidón que pasa en el filtrado y hace difícil observar cuando se solubiliza el yoduro cuproso; para evitarlo es aconsejable agitar frecuentemente antes de titular con el tiosulfato, para acrecentar la oxidación y disolución del yoduro.

---

(1).—Jorge Moscoso Barra.—Reglamentación del Servicio Doméstico en el Perú.—"Rev. Policial del Perú".—Agosto de 1935.

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

Asimismo, en la titulación debe tenerse cuidado especial un poco antes de que se alcance el punto final, ya que el almidón no digerido, presente en cantidad considerable, particularmente cuando la actividad diastásica es baja, tiende a retener tan firmemente los últimos residuos de yodo libre, que el compuesto azul de yoduro de almidón puede precipitar por un breve período, en presencia de un exceso de tiosulfato y puede producirse una sobre-titulación. Para evitar tal error, se aconseja tapar y agitar el contenido un poco antes de que se termine la titulación.

Comentario de los resultados.—Después de haber hecho algunas experiencias en blanco o sea estudiando prácticamente el método de **Somogyi**, siguiendo en todas sus partes la técnica que da, he trabajado con muestras de sangre siempre fresca, es decir, extraída pocas horas antes de realizar los dosajes. Hay autores como **Myers** y **Killian** que recomiendan hacer los dosajes con sangre del día.

La sangre se ha tomado de la vena media o mediana-cefálica, por medio de una jeringa hipodérmica, extrayendo aproximadamente 10 c. c. de sangre, que coloqué en tubos de prueba debidamente limpios y oxalatados, por la evaporación de 1 c. c. de una solución al 3% de oxalato de amonio; obturando después con un tapón de goma, invertí el tubo dos o tres veces para que el anticoagulante se pusiese en contacto total con la sangre.

Una vez obtenida la sangre oxalatada, se vacía a tubos de centrifugación, que se colocan en el centrifugador durante 15 minutos, para separar el plasma; de aquí se toma plasma por medio de una pipeta graduada de 1 c. c.

La determinación en blanco tiene una importancia capital en este dosaje, ya que sirve como una pauta para las demás titulaciones; es recomendable centrifugar la prueba en blanco inmediatamente después de echar los precipitantes de proteínas, luego de haber agitado antes, porque la filtración es bastante morosa y a veces, se obtura el filtro y no llega a recogerse ni 5 c. c. de filtrado; no así con la prueba de control en que la filtración se hace perfectamente bien.

Siempre he realizado dos pruebas, además de una investigación en blanco, ya que así se controlan mejor los resultados.

Después de haber sometido a la acción hirviente del B. M. durante los 20 minutos que indica la técnica, es preferible hacer enfriar las muestras con un chorro de agua, ya que es difícil enfriar en dos o tres minutos como dice la técnica. Se nota generalmente, en las paredes del tubo, tanto en la prueba de control, como en el problema, una coloración que va del verde amarillento al rojizo, siendo más intenso en el tubo problema, debido al CuO^2.

Siempre he empleado H^2SO^4 N/1. Inmediatamente después de añadirse los 5 c. c. del ácido sobre la prueba problema, apa-

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

rece un precipitado blanquecino en fondo azul, que desaparece por agitación y un moderado reposo de 5 a 10 minutos, pero, agitando siempre. He comprobado que el éxito de la titulación está en el control exacto de este tiempo de reposo, ya que si se deja un tiempo prolongado, como de 20 minutos por ejemplo, es seguro que habrá una sobretitulación. Para facilitar la agitación durante la titulación, es preferible utilizar fiolas de 100 c. c. con las que se realiza la agitación con toda comodidad, sin el riesgo de perder solución problema, como cuando se emplea tubos de prueba, apesar de ser grandes, ya que quedan pequeñas cantidades en los tapones empleados.

El límite de la titulación es marcadamente manifiesto, ya que su viraje del azul intenso pasa por una gama bien perceptible hasta el incoloro; es preferible hacer caer gota a gota la solución de tiosulfato antes del fin del dosaje y agitar constantemente.

Los cálculos realizados después de la titulación son muy sencillos, utilizando el cuadro patrón elaborado por **Somogyi.**

Veamos, como ejemplo, los cálculos que se hicieron para determinar la amilasa en la primera muestra de sangre:

Número de c. c. de tiosulfato gastados en la prueba problema 39.1
Número de c. c. de tiosulfato gastados en la prueba control 36
Número de c. c. de tiosulfato gastados para la prueba en blanco 33.5

Restando:

39.1 —
33.5

5.6 c. c. de tiosulfato gastado por la glucosa y amilasa del problema.

Restando para la prueba de control tenemos:

36.0 —
33.5

2.5 c. c. de tiosulfato gastado por la glucosa del control.

Cantidad de miligramos de glucosa correspondiente a los 5.6 c. c. del problema según cuadro ..... 183 —
Cantidad de miligramos de glucosa correspondiente a 2.5 c. c. de la prueba de control 87

96

Cantidad en miligramos de glucosa correspondiente a la amilasa 96

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

DETERMINACION DE AMILASA EN SUJETOS APARENTEMENTE SANOS

Los resultados obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo para encontrar el índice amilasémico de sujetos aparentemente sanos, se indican a continuación:

Número		N° de c. c. gastados de hiposulfito	Diferencia del N° c. c. de hiposulfito	Cantidad miligrms. glucosa	Miligramos amilasa
	Problema . . .	39.1	5.6	183	
1	Control	36	2.5	87	
	Blanco	33.5			96
	Problema . . .	38.7	5.2	171	
2	Control	35.8	2.3	81	
	Blanco	33.5			90
	Problema . . .	33.6	3.6	121	
3	Control	31.6	1.6	58	
	Blanco	30			56
	Problema . . .	34.4	4.4	146	
4	Control	32.6	2.6	90	
	Blanco	30			63
	Problema . . .	38.4	7.0	226	
5	Control	35.2	3.8	127	
	Blanco	31.4			99
	Problema . . .	37.2	5.8	189	
6	Control	34.9	3.5	118	
	Blanco	31.4			71
	Problema . . .	39.9	6.5	211	
7	Control	36.4	3.0	102	
	Blanco	33.4			99
	Problema . . .	38.3	4.9	161	
8	Control	35.7	2.3	78	
	Blanco	33.4			83
	Problema . . .	36.6	5.1	168	
9	Control	34.3	2.8	96	
	Blanco	31.5			72
	Problema . . .	34.6	3.1	106	
10	Control	32.5	1.0	42	
	Blanco	31.5			64
	Problema . . .	38.2	5.2	171	
11	Control	36.2	3.2	109	
	Blanco	33			62
	Problema . . .	37.1	4.1	137	
12	Control	35.8	2.8	96	
	Blanco	33			41

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

Número		Nº de c. c. gastados de hiposulfito	Diferencia del Nº c. c. de hiposulfito	Cantidad miligrms. glucosa	Miligramos amilasa
	Problema . . .	37.8	6.3	205	
13	Control	34.1	2.6	90	
	Blanco	31.5			115
	Problema . . .	35.9	4.4	146	
14	Control	33.8	2.5	81	
	Blanco	31.5			65
	Problema . . .	36.5	3.7	124	
15	Control	35.3	2.5	97	
	Blanco	32.8			37
	Problema . . .	37.2	4.4	146	
16	Control	34.9	2.1	74	
	Blanco	32.8			72
	Problema . . .	34.7	3.9	130	
17	Control	33.2	2.4	84	
	Blanco	30.8			46
	Problema . . .	35.3	4.5	149	
18	Control	33.6	2.8	96	
	Blanco	30.8			53
	Problema . . .	36.5	4.6	152	
19	Control	35.1	3.2	109	
	Blanco	31.9			43
	Problema . . .	37.3	5.4	177	
20	Control	34.9	3	102	
	Blanco	31.9			75

Según los resultados anteriores, la amilasemia en sujetos aparentemente sanos, que viven en Lima, oscila entre 37 y 115 unidades de amilasa sanguínea, siendo la media aritmética de 76 unidades. No es posible explicar la amplitud de esta oscilación, porque desconocí el régimen alimenticio de los sujetos que proporcionaron sangre para las investigaciones, y tampoco averigüé sus antecedentes, sexo, edad, raza y otros elementos biotipológicos que pueden intervenir en la explicación del índice amilasémico que presentan.

CONCLUSIONES

1.—La amilasa se encuentra normalmente en la sangre, experimentando variaciones en su concentración, por influjo de algunos estados morbosos.

2.—Las variaciones del índice amilasémico según los diferentes países, resultaría del régimen alimenticio, del influjo de factores fisiológicos y de las condiciones en que se realizó el dosaje.

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

3.—Se ha empleado el micrométodo sacarogénico de **Somogyi** para determinar la amilasemia, porque es el que ofrece en la actualidad mejores elementos de exactitud.

4.—Después de determinar la amilasa en el plasma sanguíneo de veinte personas aparentemente sanas que residían en Lima, encuentro que su índice oscila entre 37 y 115 unidades.

BIBLIOGRAFIA

Anderson J. Ansel.—**Enzymes and their role in Wheat Technology.**—Vol. I. págs. 7-14.—New York, 1946.

Bauman Louis and Whipple Allen O.—The diagnostic value of pancreatic function tests in 47 surgical treated case.—"The American Journal of the medical sciences".—Vol. 207, pág. 281.—Philadelphia, 1944.

Candela José Luis.—La exploración funcional del páncreas en la pancreatitis.—"Medicina".—Año XV.—Pág. 64.—Madrid, 1947.

Camerón A. T.—**Manual de Bioquímica.**—2ª edición.—Págs. 49-99.—Barcelona, 1944.

Castellano Temístocles y Grinstein Moisés.—**Los valores normales y patológicos más aceptados en la interpretación de los resultados del laboratorio.**—2ª edición.—Pág. 58.—Buenos Aires, 1946.

Geddes W. F.—The amylases of wheat and their significance in milling and baking technology. **"Advances in Enzymology and related subjects of Biochemistry".**—Vol. VI.—Págs. 415-421.—New York, 1946.

Giral José.—**Fermentos.**—1ª edición.—México, 1939.

Goyena Raúl y Cipolla Eduardo.—Valor clínico de la determinación de la amilasa sanguínea.—"Anales de Instituto Modelo de Clínica Médica".—Págs. 24-39.—Buenos Aires, 1943.

Gradwohl R. B. H. M. D.—**Clinical laboratory methods and diagnosis.**—3ª edición.—Vol. I.—Págs. 285-288.—San Luis, 1946.

Harrow Benjamín.—**Tratado y prácticas de Bioquímica.**—Págs. 102-103.—Traducción de la 3ª edición inglesa.—México, 1946.

Hopkins R. H.—The actions of the amylases.—**"Advances in Enzymology and related subjects of Biochemistry".**—Vol. VI.—Págs. 389-421.—New York, 1946.

Kolmer John A.—**Diagnóstico clínico por los análisis de laboratorio.**—Traducción de la 1ª edición.—Vol. I.—Págs. 158-159.—México, 1945.

Mc Corkle H. and Goldman Leon.—The clinical significance of the serum amylase test in the diagnosis of acute pancreatitis.—"Surgery, Gynecology and obstetrics".—Vol. 74.—Pág. 439.—Chicago, 1942.

Meyer E. y Lenhartz H.—**Análisis clínicos.**—Traducción de la 11ª edición alemana.—2ª edición.—Págs. 256-257.—Madrid, 1936.

Meyers Victor C., Free Alfred H. and Rosinski Ethelreda E.—Studies on animal diastases.—The determination of diastase (amilase) in blood.—"Journal of Biological Chemistry".—Vol. 154.—Págs. 39-48.—Chicago, 1944.

Rondoni P.—**Compendio de Bioquímica con aplicación a la Patología y al diagnóstico.**—4ª edición.—Págs. 185 y 457.—Buenos Aires, 1939.

Ruiz Santos.—**Fermentos.**—Págs. 104-129.—Madrid, 1944.

Somogyi Michael.—Diastatic activity of human blood.—"Archives of Internal Medicine".—Vol. 67.—Pág. 665.—Chicago, 1941.

Trelles Rogelio A.—**Manual para el Médico en sus relaciones con el laboratorio químico.**—Págs. 35-36.—Buenos Aires, 1946.

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

Carta médica peruana

En la Primera Convención Médica Peruana reunida en Lima en los días 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28 de Junio de 1947, se aprobó la siguiente declaración que se denomina **Carta Médica Peruana:**

I

La Convención considera que toda persona tiene derecho a vivir en salud, en cualquier lugar donde se radique del territorio nacional.

Que para garantizar este derecho a la vida sana, la Familia debe contar con elementos y condiciones de existencia; por un trabajo suficientemente remunerado y de acuerdo con las necesidades familiares; con viviendas salubres y baratas; con alimentación equilibrada y económica; con instrucción general y con garantía de saneamiento de la región urbana o rural donde habite.

II

La Convención considera que la sanidad pública debe ser función primordial, intrínseca del Estado.

Que para que se cumpla con esta misión fundamental, es necesario un personal sanitario y auxiliar suficiente, aumento de los recursos destinados a tal labor; locales, equipos e instalaciones técnicas modernas; planes definidos que abarquen un determinado tiempo para su ejecución; todo concordado con las realidades biosociales, y los factores geográficos, climáticos y étnicos que existen en las diversas zonas de la República.

III

La Convención considera que el régimen de seguridad social obligatoria es un sistema benéfico para la promoción de la salud y del bienestar de la población, en particular para aquellos grupos de recursos limitados.

Que para perfeccionar este régimen deben ser modificadas las actuales disposiciones vigentes, incorporando los principios de la prevención médica, ampliando su radio al medio familiar, elevando técnicamente las tasas y tributaciones destinadas a la seguridad social y dando a los médicos participación en los organismos directores de los servicios de asistencia, sin desconocer los principios de la libre relación paciente-médico.

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

IV

La Convención considera que la enseñanza médica debe ser ampliada a fin de que el país cuente con el número de médicos que reclama su progreso sanitario y social.

Que para que esta ampliación sea posible hay que dotar de mayores recursos a la Facultad de Medicina de Lima; y aún crear en otras zonas del país, nuevas Escuelas Médicas dentro de las exigencias modernas que demanda este tipo de centros docentes.

Que hay, así mismo, que proteger la labor pedagógica médica garantizando la estabilidad de la función, los métodos de vida y de perfeccionamiento de quienes se dedican a ella.

Que es útil alejar toda influencia extraña en esta enseñanza que ha de inspirarse en las grandes necesidades de la República y en los cánones propios de la Medicina.

Que en caso de crearse otras Escuelas para esta enseñanza se les coordine para prevenir la anarquía doctrinaria de los médicos peruanos.

V

La Convención considera que en las funciones de la sanidad pública y de la asistencia, la lucha contra las epidemias que grasan de preferencia en el país —paludismo, tuberculosis, fiebre tifoidea, coqueluche, bocio y otras más— constituye una labor urgente y a la que hay que dar prioridad en la acción inmediata del Estado.

Que para hacer más intensa y efectiva esta acción es indispensable dedicar mayores recursos que los actuales, un personal más numeroso, equipos modernos y técnicas rigurosas que hagan efectiva la obra de reducirlas y aún de erradicarlas del país.

VI

La Convención considera que la cooperación del capital privado en la obra pública de promover la salud es de primera importancia y por ello hace un llamamiento a los hombres de fortuna del país para que cooperen con el Estado y las instituciones oficiales en los planes de sanidad que se implanten para redimir al Perú de su insalubridad.

Que para que esta labor, que por doquiera ha dado resultados importantes, sea fecunda, hay que armonizar las iniciativas privadas de la industria, de la agricultura, de la minería y del comercio con los planes de acción médicos a fin de prevenir dobles empleos y pérdida de energías y de medios materiales.

Que esta cooperación privada representará un poderoso estímulo a la obra pública de promover la salud del pueblo.

VII

La Convención considera fundamental para que la salud reine en el Perú, la implantación de la educación sanitaria del pueblo.

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

Que para que esta labor educadora sea fructífera hay que inspirarla en las técnicas modernas que buscan la corrección de los malos hábitos de la población en el Perú, el alcoholismo y el cocaismo; la educación desde la escuela primaria, el objetivo que cada individuo se convierta en el defensor de su propia salud.

VIII

La Convención considera que el trabajo de los médicos, en cualquier cargo que desempeñen, debe ser debidamente estimado y justicieramente retribuído a fin de garantizar la dedicación a las labores profesionales, previniendo la dispersión de las mismas.

Que toca al Estado dar el primer paso en este sentido estableciendo una escala de haberes que esté concorde con las necesidades de los médicos a su servicio, tome en cuenta el tiempo de los mismos, la naturaleza de ellos, el lugar de residencia y otras consideraciones más. Asimismo debe cubrir los riesgos profesionales incrementando las seguridades de cesantía, invalidez y montepío de que actualmente disfrutan.

Que las entidades particulares que empleen médicos para sus servidores y empleados, establezcan asimismo idénticas seguridades para el trabajo profesional.

La Convención al formular esta Carta Médica, y al convertirse en Federación Médica Peruana, resuelve que se le aplique debidamente como la función preferente que toca a la Federación llevar a buen término.

Y augura que de la ejecución de estos postulados que formula, deriven la prosperidad vital de la Nación y el adelanto sanitario del pueblo, en forma que el Perú esté a tono con las exigencias de la época nuestra.

Prensa médica española

A. Fernández Cruz.—**Doctrina sobre la administración endovenosa de proteínas. Estudio de su significado en la actual patología y terapéutica.**—"MEDICINA" (España).—Año XV, Nº 2, Febrero de 1947.

El autor hace una síntesis de la importancia de las albúminas en el organismo; se refiere luego a las hipótesis que estuvieron en boga sobre su formación, antes de llegar a exponer la

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

conclusión actual de que la fracción serina se forma en el hígado, el fibrinógeno en todo el sistema retículo-endotelial y por lo tanto también en el hígado y las globulinas en las células plasmáticas de la médula ósea, según ha contribuído a demostrarlo el hematólogo español Más y Magro.

Luego hace referencia a las necesidades orgánicas de proteínas según su peso, estado de salud o enfermedad, trabajo, etc., para revisar después el déficit proteico alimenticio, condicionado por tantos factores, pero principalmente por el hambre colectivo de las guerras. Hace un resumen de los cuadros clínicos por hipoproteinemias, y afirma que en el fondo, la muerte cuando llega, lo hace por el mecanismo de la disenzimatosis o afermencia y revisa en oposición, los casos en que el sujeto no metaboliza los aminoácidos que resultan de su alimentación, que son los llamados "errores congénitos del metabolismo proteico" como la cistinuria, la alcaptonuria, la tiroxinosis, la fenilcetonuria y la creatinuria.

Se refiere, al final, a la pérdida de proteínas en los quemados y en otros procesos que enumera, en el hambre colectivo europeo y en algunas enfermedades como las cirrosis hepáticas, donde la administración endovenosa de proteínas bajo la forma de hidrolizados enzimáticos (libres de todo vestigio de proteosas o peptonas que imposibilitarían su administración) ha dado grandes resultados, hasta el punto que ya ha sido incorporada a la terapéutica corriente.

Dr. L. QUIROGA QUIÑONES.

Morante Calafat.—**El foco tonsilar y edades de la vida.**—"MEDICINA ESPAÑOLA".—Nº 85.—Tomo XV.—Marzo 1946.

El autor se felicita del criterio que empieza a prevalecer entre los médicos en el sentido de la no extirpación como reacción a la sistemática ablación a que se ha estado sometiendo a las amígdalas.

El autor hace el trabajo justificando su afirmación de que las amígdalas no son órganos inútiles, las que sólo deben eliminarse bajo la acción de ciertas alteraciones.

Para ello, previo examen de su embriogénesis, hace un estudio de la amígdala en la niñez, en la pubertad, en la adultez y en la vejez.

Luego, hace un estudio sobre los factores determinantes de la fisiopatología de la tonsila, afirmando que sus enfermedades son producto de varios factores, como son:

1º. Embriológico; 2º. Factor anatómico; 3º. Factor evolutivo; 4º. Factor personalidad, todos los que analiza detenidamente.

Luego pasa en revista las indicaciones actuales que pueden servir de base para la eliminación tonsilar: a) volumen; b) anginas recidivantes; c) multicripticidad, para finalizar haciendo un extenso estudio de los casos en que hay duda para

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

la intervención en relación a la edad del enfermo, a pesar de la existencia de los factores anteriores indicativos.

Dr. L. QUIROGA QUIÑONES.

Ramón de Urioste y Fernando Civeira.—**Ensayo de vacunación curativa de la tuberculosis con inyecciones intracutáneas de B. C. G.**—"MEDICINA" (España).—Año XV, Nº 2, Febrero de 1947.

Los autores hacen un estudio de 16 enfermos cuyo protocolo insertan y llegan a las siguientes conclusiones:

1º.—En ninguno de los enfermos se observó influencia evolutiva sobre sus lesiones.

2º.—El curso de ellos, seguido sobre la base de su estado general, peso, velocidad de sedimentación, baciloscopia y radiología, tampoco fué modificado en ningún sentido por la vacuna, para terminar afirmando que la aplicación intracutánea del B. C. G. no tiene acción favorable ni desfavorable, sobre la evolución de la tuberculosis en general, resultados que concuerdan con los obtenidos en animales, (cobayos) por Négre y Bretey.

Dr. L. QUIROGA QUIÑONES.

Noticias

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SERVICIO SOCIAL.— Conmemorando el décimo aniversario de fundación de la Escuela de Servicio Social del Perú, se celebró el Primer Congreso Nacional de Servicio Social, del 3 al 9 de Noviembre del año en curso.

Fueron finalidades esenciales de este Congreso: a) Hacer un recuento de la extensión y de las particularidades que el Servicio Social ha adquirido en el país y de sus necesidades más urgentes al cumplirse la primera década de fundada la Escuela; b) Despertar interés nacional por el Servicio Social, y obtener la mayor comprensión de la obra básica para la nacionalidad que significa la introducción del Servicio Social en las diversas empresas, tanto públicas como privadas; c) Tomar acuerdos y llegar a conclusiones basadas en la realidad social del país y que puedan servir de guía en la realización del trabajo social, de conformidad con los postulados del Servicio Social.

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

Los relatos oficiales fueron las siguientes:

Servicio Social en la protección materno infantil.
Servicio Social escolar.
Servicio Social en el campo médico.
Servicio Social criminológico.

Los co-relatos al tema Servicio Social en la protección materno infantil, fueron los que siguen:

1°.—Hogares substitutos y Servicio Social.
2°.—El Servicio Social en la protección de la madre abandonada.
3°.—Clínicas de orientación de la niñez y Servicio Social.
4°.—Servicio Social en los centros materno infantiles.
5°.—Educación familiar y Servicio Social.

Los co-relatos al tema "Servicio Social escolar", fueron:

1°.—Servicio Social en las instituciones de educación preescolar.
2°.—Servicio Social en las escuelas primarias.
3°.—Servicio Social en la educación Secundaria.
4°.—El Servicio Social en la educación Superior.
5°.—Servicio Social en las Escuelas Especiales (Deficientes mentales y sensoriales).

Los co-relatos al tema "Servicio Social en el campo médico", fueron:

1°.—Servicio Social en los Centros de Medicina Preventiva.
2°.—Servicio Social en la campaña antituberculosa.
3°.—Servicio Social en la campaña antivenérea.
4°.—Servicio Social psiquiátrico.
5°.—El Servicio Social en las prestaciones médicas del Seguro Social.

Los co-relatos al tema "Servicio Social criminológico", fueron:

1°.—Servicio Social del penado.
2°.—Servicio Social del tutelado.
3°.—Servicio Social del reo liberado.
4°.—Servicio Social y estado peligroso sin delito.
5°.—Servicio Social y prevención de la delincuencia.

Los siguientes problemas sociales se estudiaron en el Congreso:

1).—El fortalecimiento de la vida familiar como objetivo básico de la asistencia social;
2).—Necesidad del establecimiento del Servicio Social Familiar integral y de la coordinación del trabajo social;
3).—Problemas sociales derivados de la tuberculosis y de la vivienda inadecuada y necesidad de la ayuda económica dentro del hogar.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
BIBLIOTECA CENTRAL
Lima-Perú