La Crónica Médica

APARTADO 2563 — LIMA - PERU

COMITE DE REDACCION

CARLOS A. BAMBAREN
Director

REDACTORES

EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO
LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — JOSE MARROQUIN
ERNESTO EGO-AGUIRRE — JORGE AVENDAÑO HUBNER,
LUIS QUIROGA QUIÑONES — HUMBERTO PORTILLO
GUILLERMO KUON CABELLO

Año 66. - Núm. 1030 — **Abril 1949**

Sumario

Delito de incesto por el Dr. V. Manuel Tarazona, pág. 49

Apuntes sobre la geografía médica del Departamento de Tacna por el Dr. Guillermo Kuon Cabello, pág. 52

Prensa médica.—Menorragias de la pubertad por el Dr. Pedro Pons.—Penicilina y Gonococia. Los comienzos de la penicilinoresistencia por los Drs. C. Huriez y M. Desurmont, pág. 56

Bibliografía.—Tratado de química normal y patológica de la sangre por el Dr. Leonidas Corona, pág. 62

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

AUREOMICINA

EL ANTIBIOTICO VERSATIL— PRODUCTO DE LA INVESTIGACION LEDERLE

Nunca, en la historia de la medicina, ha existido un producto que tan súbitamente deje a un lado todo producto rival, y se imponga en el corto espacio de un año, como lo ha hecho la aureomicina. Todos los médicos la aclaman como un antibiótico de valor comprobado, esencial en el tratamiento de las infecciones siguientes:

★ Amibiasis ★ Brucelosis
★ Endocarditis bacteriana subaguda resistente a la penicilina
★ Fiebre botonosa ★ Fiebre de la garrapata africana
★ Fiebre punteada de las Montañas Rocosas
★ Fiebre Q ★ Granuloma inguinal
★ Infecciones debidas a H. Influenzae
★ Infecciones Gram-negativas
(incluyendo las causadas por el grupo coli-aerógenes)
★ Infecciones Gram-positivas
(incluyendo las estreptocócicas, estafilocócicas y neumocócicas)
★ Infecciones oftálmicas debidas a bacterias o a organismos parecidos a los virus
★ Linfogranuloma venéreo ★ Neumonía primaria atípica
★ Peritonitis ★ Psitacosis (enfermedad de los loros)
★ Pústula Rickettsiósica ★ Septicemia bacteroide
★ Sinusitis ★ Tifus ★ Tularemia

LA AUREOMICINA SE VENDE EN LAS FORMAS SIGUIENTES—

AUREOMICINA S. CH. (Polvo dispersible de sabor a chocolate): Frascos de 25 dosis
CAPSULAS: Frascos de 25, 50 mg. cada una; frascos de 8 y 16, 250 mg. cada una
OFTALMICO: Frascos de 25 mg. con gotero
TROCISCOS: Frascos de 25, 15 mg. cada uno
UNGÜENTO: Tubos de 28,4 gm. (30 mg. de aureomicina)
INTRAVENOSO: Frascos con 100 mg. de aureomicina

Lederle
LABORATORIES DIVISION
AMERICAN Cyanamid COMPANY
30 Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

LA QUIMICA SUIZA S. A. — LIMA

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

Delito de incesto

Por el Dr. **V. MANUEL TARAZONA**

Doctrina y Legislación.—La noción de espacio-tiempo, ha hecho que las relaciones sexuales entre consanguíneos y afines, de hecho natural o tolerable en los pueblos antiguos y en las castas reales, se convierta en hecho repudiado por la moral y las buenas costumbres, culminando este rechaso al considerarlo como delito de carácter sexual, incriminado por la ley. Mas, todas las legislaciones no consideran a las relaciones sexuales entre parientes como delito típico, es decir, como figura delictiva independiente, sino agravante de otros delitos.

Las directivas modernas en materia de legislación penal, inspiradas por los principios científicos de la Eugenesia y reforzados por una nueva moral sexual, aconsejan, particularizan y tipifican el delito de Incesto y reclaman un lugar especial en la hermenéutica penal. Efectivamente, las relaciones sexuales realizadas entre consanguíneos o afines, atentan contra las buenas costumbres, contra la organización de la familia y contra la salud de la prole.

El Incesto puede realizarse con anuencia o con violencia, real o presunta. También puede efectuarse entre consanguíneos en línea recta o colaterales; y entre afines en línea recta, y, por último en agravio de menores o mayores de edad.

El Incesto atenta contra la libertad sexual, cuando se realiza con violencia, acusando en este caso el actor mayor peligrosidad, porque atestigua una desviación psicosexual irresistible, propia de personalidad psicopática.

Este delito ha dado lugar en los últimos tiempos a numerosos estudios, analizadores de la personalidad del actor y del mecanismo de la actividad delictiva. Conviene, por lo tanto, exponer, aunque sea en forma breve, estas investigaciones de evidente valor, porque se fundan en el conocimiento de la realidad y en la interpretación de un fenómeno socio-jurídico que produce la más encendida condenación.

En trabajo publicado por **Darcy de Mendonca Uchoa,** de Sao Paulo, (Brasil), puede encontrarse una síntesis del estado actual de los conocimientos sobre el delito de Incesto, del que se toma la información que sigue, dejando constancia que el autor brasileño ha realizado tarea merecedora de elogiosos comentarios.

El incesto es tema que aparece en la mitología griega y en la literatura antigua, pero donde se le condena severamente es en el Antiguo Testamento, al describir **Exequiel** las abominables costumbres de Jerusalén. Pero no obstante que el Incesto es tabú en los pueblos primitivos, sin embargo, en muchos otros de avanzado grado de civiliza-

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

ción, no se demostró horror a este delito y aún sobrevive, según **Bryan Hoag** y **Huntington Williams**, en las familias reales de Hawai. **Westermarck** que ha estudiado como ninguno el matrimonio en los diversos pueblos, sostiene que a la endogamia de raza se antepone la exogamia y que esta doble regla parece un hecho universal en la humanidad. **Durkeim** sostiene que la mentalidad totémica, predominante en los pueblos primitivos, es el origen de las reglas de conducta en general y de la conducta sexual en particular. En cambio **Mc Lennan, Spencer,** etc. consideran la exogamia como independiente del totemismo y en relación con hábitos semejantes a los de la guerra, al infanticidio de las hijas, etc. Pero quien ha sostenido con más énfasis el origen totémico de la exogamia ha sido **Sigmund Freud,** quien afirma que en los lugares donde el totem está en vigor, existe la ley que dispone que los miembros del mismo totem no deben entrar en relaciones sexuales, y por lo tanto no deben casarse entre sí. La violación de esta ley, determinaba puniciones con severos castigos, inclusive la pena de muerte en algunos pueblos **(Frazer)**.

Algunos autores como **Havellock Ellis, Westermarck** y **Forel** admiten que la aversión para relaciones sexuales, se origina como consecuencia de la vida en común desde la infancia, por repugnancia instintiva o innata o adquirida; pero si esto fuese cierto no se necesitaría que la reforzasen leyes tan severas; de donde tendría que inferirse que existe un instinto natural que impele al Incesto y que si la ley reprime este instinto como a tantos otros instintos naturales, es porque los hombres civilizados llegaron a la conclusión que la satisfacción de estos instintos sería perjudicial a la comunidad.

Para **Bloch** la repugnancia al Incesto resulta del desenvolvimiento gradual de observarse sus consecuencias nocivas; para **Tobben** es producto cultural; para **Marcuse** y **Krafft Ebing** es fenómeno puramente debido a la civilización; para **E. Bulfen** existen múltiples factores que reune con el nombre de complejo histórico psicológico; para **Seligman** existiría una barrera contra el Incesto; para **Weber** el Incesto es condenable por tener la degeneración de los descendientes, impedimento de impudicia dentro de la familia y la necesidad de evitar que se aglomeren grandes fortunas; para **Flaminio Favero,** se trataría de impedimento moral de pureza de costumbres. Para los psicoanalistas el complejo de Edipo es consustancial con el hombre, por tratarse de impulsos incestuosos que aparecen desde la infancia y que se reprimiría con relativa facilidad en la higidez mental.

Freud dice que la prohibición del Incesto resulta de la conciencia de culpa de los hijos por el asesinato primitivo del padre o jefe omnipotente, invejado y temido. El horror al Incesto, que es la expresión negativa de la exogamia, se basaría, según **Freud,** en la voluntad del padre, que continuaría después de su eliminación. Explica así su intenso contenido afectivo y la imposibilidad de hallar un fundamento racional, en una palabra, su carácter sagrado.

Esta enumeración de opiniones, permite a afirmar a **Darcy de Mendonza Uchoa,** que el terror supersticioso de la psiquis primitiva al Incesto, es algo diverso de la actitud del civilizado y de los modernos códigos penales frente al hecho estudiado y que esta condenación esconde el núcleo afectivo que se circunscribe entre los postulados morales de defensa de la familia santificada casi en nombre de la institución familiar y de la religión.

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

El artículo 603 del Código Penal español de 1928, es de tal naturaleza que es necesario reproducirlo íntegramente: "El incesto será castigado: 1º—El de ascendiente con sus descendientes, con la pena de seis meses a seis años de prisión a los primeros, y el grado mínimo, a los segundos. 2º—El de afines en línea recta y el de hermanos, ya sean hermanos, ya uterinos, ya consanguíneos, con la de dos meses y un día a un año de prisión".

Con las mismas penas, respectivamente, serán castigadas las relaciones impúdicas, entre las personas expresadas en los títulos anteriores.

Si los hechos comprendidos en este artículo tuvieran lugar con escándalo público, se impondrá la pena en su grado máximo.

Al comentar el Código, **Jiménez de Asúa** no dice nada sobre la redacción de esta disposición que sólo tiene el mérito de considerar el Incesto como un delito aparte, pero estructurado con desconocimiento de la técnica y sistemática jurídicas.

El Código Penal argentino coloca al Incesto como circunstancia calificativa en el delito de violación, al decir el Artículo 122, que son calificaciones de dicho delito cuando el hecho se cometiera, por un ascendiente, descendiente, afin en línea recta o hermano de la víctima, sin distinguir entre parentezco legítimo o ilegítimo. **Eusebio Gómez** dice que: "aunque nuestra ley no reprime el Incesto, justo es que se le considere como agravante de la violación, por lo que es innegable la mayor peligrosidad que el agente revela, cuando a la violencia que este delito implica, une el abuso de la situación en que se encuentra, respecto de la víctima, por razón del parentezco existente".

El Código de defensa social del Estado de Veracruz—Llave de 1944, establece en el Art. 217 que se impondrá seis años de prisión, a los ascendientes que tengan cópula con sus descendientes; aplicándose esta misma sanción en caso de cópula entre parientes colaterales consanguíneos, comprendidos hasta el tercer grado.

El Proyecto de Código Penal de **José Peco** establece incriminación al que tuviere acceso carnal con ascendientes, descendientes, hermanos o medio hermanos, imponiéndole privación de libertad de uno a cinco años. a excepción de los menores de quince años, que no tendrán sanción alguna (Art. 201).

Crítica.—El delito de Incesto es figura penal, que se menciona como delito propio o como circunstancia calificativa de otros delitos. **Augusto Forel** dice: "Que el horror y la repugnancia, que en general inspiran al hombre, las relaciones sexuales entre hermanos y hermanas, y sobre todo entre padres e hijos, continuará siendo la mejor protección contra el incesto".

José Peco hace esta pregunta en la exposición de motivos de su proyecto de Código Penal. ¿A qué clase de delitos pertenece el Incesto? Responde que a los delitos contra la familia, según el Código Penal Italiano y el colombiano; a los delitos contra las buenas costumbres, según el Código Penal chileno; a los delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia, según el Código Penal uruguayo, y a los delitos contra la familia, dentro del rubro general de delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia, según el Código de Defensa social de Cuba.

Respecto a la calificación del dolo específico, hay dos corrientes doctrinarias: una que exige la conjunción carnal para que exista delito

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

(legislación suiza); y otra que exige escándalo público (Italia y Uruguay). El requisito de escándalo público dice **José Peco,** tiene explicación, porque concilia la protección de la familia, con el peligro de las acusaciones falsas.

Es indispensable para que exista el delito de Incesto, que efectivamente se realice la cópula y no actos libidinosos, que caerían dentro de la sanción a los delitos contra las buenas costumbres. Según el maestro argentino, el Incesto debe sancionarse más para evitar la degeneración de la raza, que para castigar la inmoralidad. No hay duda que las razones eugénicas tienen gran importancia para justificar la punición de este delito y que debe hacerse trabajo constructivo para llevar a cabo la profilaxia del Incesto, ya que estos delincuentes son sujetos peligrosos por su psicopatología.

Aceptando el concepto del profesor español **Emilio Mira López** que los actos normales y anormales, de sentido social o antisocial, obedecen a idénticos mecanismos psicológicos, siendo igualmente valorizados y susceptibles de comprensión por el Psicólogo, aunque no por los jueces, es posible afirmar que la prevención del Incesto puede realizarse si se fortifica la esfera moral del individuo por el desarrollo del super yo y se aniquilan las circunstancias externas delictógenas.

Apuntes sobre la geografía médica del Departamento de Tacna

Por el Dr. GUILLERMO KUON CABELLO

(Conclusión)

Paludismo.—Endemo-epidemia en los valles de Sama, Locumba e Ilabaya. Es curioso observar, que el valle de Caplina, es uno de los pocos valles costeños exceptuados de la enfermedad. Esto, tiene vinculación con el régimen hidrográfico de Tacna. La escasez de agua en sus ríos, no da lugar a la formación de charcos o pantanos donde se críe el mosquito. Sin embargo, hay dos lugares cercanos a Tacna, en los que se comprobó el zancudo transmisor y el cuadro clínico del paludismo. Son: Calientes hacia la cabecera del valle (últimamente traté un caso autóctono de Tocuco, cabecera de Calientes). Se explica esto, recordando que Calientes se halla en una quebrada; que su régimen hídrico es de mayor caudal, y que, la formación de pantanos favorece la multiplicación de zancudos, condición que no hay en el resto del valle Caplina. Algo semejante acontece en la Yarada, a orillas del mar, donde hay aguas de filtración. Por lo demás, el Dr. **Enrique Villalobos,** Jefe del Departamento Antimalárico de Salubridad, estudió acuciosamente las

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

condiciones de malarigenismo de Tacna y sus valles, comprobando estas aserciones.

En Tacna, habrían variedades de mosquitos pertenecientes al género cúlex y anopheles, comprendiendo el mismo valle Caplina. Por que en algunos lugares son transmisores y en otros no, encuentra su explicación en el régimen hidrográfico anotado. Hay que tener presente, si se llega a realizar irrigación, este problema sanitario. Hay que dejar constancia, que por la Dedetización, en la campaña antimalárica que por ley se realiza, lá curva estacional de paludismo parece haber disminuído en 1948. Como se sabe, una condición del malarigenismo, es que, por el régimen de los ríos de nuestra costa, que aumenta su caudal en verano, la incidencia mayor suele ocurrir posteriormente a las avenidas, cuando quedan los remansos de agua. Esta mayor incidencia corresponde, pues, a los meses de marzo a mayo.

Otras enfermedades parasitarias.—Las parasitosis intestinales son de insignificante frecuencia. Los vermes intestinales, tan frecuentes en otros lugares del Perú, no lo son en Tacna. Es posible que tenga vinculación con el mismo régimen hídrico.

No hay quiste hidatídico en la región. El ganado es escaso.

Mal del Pinto, Caraté o Ccara.—En el grupo de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, involucro al Mal del Pinto, Caraté o Ccara. Se admite, desde tiempo atrás, la existencia de una zona pintógena en el distrito de Sama, presentándose la mayoría de casos en Coruca y Sama Grande. Muchos creen, que también en Las Yaras y Yalata existe, aunque la anamnesis de los casos, hace presumir que tuvieron alguna estadía en Coruca. El germen es un espiroquete **(Espiroquete herrejoni o espiroquete caratei)**; hay muchas lagunas acerca de la forma de transmisión del mal. Se ha observado, que el mal, se encuentra cerca de las corrientes de agua, lo que hizo admitir durante mucho tiempo la teoría del origen hídrico. Se ha comprobado, que los lugares pintógenos tienen una temperatura que no baja de 15º, ni excede de 30º. Comienza al nivel del mar, y no excede de los 1,500 metros. El mal del Pinto está ubicado en ciertas zonas circunscritas, con peculiaridades geográficas y climáticas especiales, pero que no han sido perfectamente aclaradas. En agosto de 1946, tuvo larga estada en el lugar, el Prof. **Pedro Weiss,** Catedrático de la Facultad de Medicina de Lima, siéndonos posible seguir muy de cerca sus trabajos. Comprobó **Weiss,** que el valle de Sama es pintógeno, existiendo la peculiaridad de zona circunscrita. El máximo de densidad de los casos, se halla en Coruca a los 900 metros sobre el nivel del mar. Es una quebrada cálida, en que concurren circunstancias de mala higiene de la vivienda y alimentación escasa. El río Sama, es un tanto salobre, circunstancia que se encuentra en algunos lugares de México, que ha sido uno de los países que mejor ha descrito "El Pinto". Casos aislados se hallaron en Yalata y Cuilona. De siete casos que estaban en Tacna, seis procedían de Coruca, y uno del valle de Lluta (Arica). Otros casos procedentes de la ciudad de Tacna, Moquegua y Locumbe, resultaron con vitíligo. Se encontró en Coruca, el mosquito llamado "jején", al que se atribuye propiedades de vector, sin que esto sea perfectamente confirmado.

Esta sería una de las pocas afecciones exóticas existentes en el departamento, aunque no exclusiva, pues también existe en otros lugares del Perú.

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

Grupo II. Cáncer.—Existen diversas formas de cáncer con localización en distintos órganos. No tiene nada de característico en el lugar.

Grupo III.....Enfermedades reumáticas, nutrición, glándulas de secreción interna y otras.

Reumatismo articular agudo.—La Enfermedad de Bouillaud, no es frecuente en Tacna. Como es sabido, en Chile tiene gran frecuencia. Hay en Tacna, frecuencia de amigdalitis, pero no ha sido posible confirmar secuelas reumáticas. En trabajo nuestro ("Amigdalitis y Enfermedad Reumática"), que en parte reportamos al "Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia", hicimos notar esta circunstancia. **Escardó y Anaya y Bolívar Delgado Correa,** de la Facultad de Medicina de Montevideo, creen en la influencia de los climas templados y húmedos y fríos en la mayor incidencia de la enfermedad, lo que favorecería la mejor pululación de los gérmenes que la originan. El clima de Tacna, no ofrece esta particularidad.

En cambio, existen diversas artralgias y artropatías o formas de reumatismo crónico, que involucrándose en el grupo, no corresponden exactamente al reumatismo articular agudo o "enfermedad reumática" propiamente dicha, que existe, pero con poca frecuencia.

Gota.—No hay.

Diabetes.—No mayor frecuencia que en otros lugares.

Avitaminosis.—Cuadros de desnutrición y sub-vitaminosis en diferentes edades, principalmente en niños. No se aprecian cuadros típicos de escorbuto, beri-beri, raquitismo, que cada vez son más escasos. Con todo, la población atraviesa por una etapa de sub-alimentación.

Glándulas de secreción interna.—No hay gran frecuencia de endocrinopatías.

Tacna, no es zona de bocio endémico.

Grupo IV.—Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos. Raras.

No se han descrito casos de "eritremia de las alturas o Enfermedad de Monge".

Anemias secundarias.

Leucemias escasas.—Hemos visto dos casos de leucemia mieloide aguda.

Mononucleosis infecciosa.—Un caso diagnosticado en una niña de 5 años.

Enfermedad de Hodgkin.—Rara. Vi un caso.

Grupo V. Envenenamientos crónicos e intoxicaciones.—El uso del alcohol es grande. Coca: se consume en relativa abundancia en la sierra tacneña. El habitante propo ide Tacna, no usa coca. No hay toxicomanías para la morfina, cocaína y otras drogas heroicas.

Enfermedades profesionales.—Esto no es casi problema en Tacna, por ausencia de industrias, minas en explotación, etc.

Hay que estudiar los efectos del polvo de Azufre en el organismo humano.

Grupo VI. Sistema nervioso y órganos de los sentidos.—Diversas enfermedades del sistema nervioso, sin características especiales en la región.

Las hemorragias cerebrales, principalmente de causas arterioesclerósica o sifilítica son de relativa frecuencia.

La epilepsia es cuadro común.

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

La espasmofilia del niño es de escasa frecuencia.

Otitis supuradas de etiología gripal frecuentes.

Grupo VII. Enfermedades del aparato circulatorio.—Las cardiopatías registradas son en frecuencia mayor, debidas a la edad o a la sífilis. La cardiopatía reumática es escasa.

Arterioesclerosis e hipertensión arterial son de gran frecuencia.

Otras enfermedades cardíacas o vasculares no tienen nada típico.

Grupo VIII. Enfermedades del aparato respiratorio.—Seguramente algo tiene que ver el clima húmedo y las bruscas variaciones climáticas, en la frecuencia durante todo el año, con exacerbación en cambios de estación, de las rinitis, pólipos nasales, adenoiditis, bronquitis; asma; neumonías, bronconeumonías; pleuresías, tuberculosis y congestiones pulmonares.

Los escolares padecen con frecuencia adenoiditis o amigdalitis desde los 5 a los 14 años, en que retrogradan las amígdalas en la mayoría de casos, sin intervención quirúrgica.

La humedad ambiente y baja de presión atmosférica, desencadenan hemoptisis en serie, en los tuberculosos.

Este grupo de enfermedades, es el que motiva mayores consultas durante todo el año.

Grupo IX. Enfermedades del aparato digestivo.—La caries es frecuente. Admira la buena dentadura del indígena en comparación a la del mestizo o criollo costeño.

Ulcera del estómago poco frecuente.

Gastro enteritis, toxicosis, distrofias alimenticias o por infección en niños, muy frecuente. Origina junto con las enfermedades respiratorias la mayor mortalidad en estas edades. Respecto a la influencia climática, hicimos notar la gran incidencia de trastornos agudos del aparato digestivo del lactante, concomitante con los cambios climáticos bruscos, a lo que denominamos el "shok climático".

Apendicitis de relativa frecuencia.

Cirrosis hepática vinculada en su mayor parte al alcoholismo.

Colecistitis y colelitiasis y otras hepatopatías, de mayor frecuencia que las enfermedades del estómago.

Peritonitis tuberculosa, mayor frecuencia que de otras etiologías.

Grupo X. Aparato urinario y genital.—Nefritis a frigore poco frecuente. Generalmente por infecciones. Escasas.

Cistitis generalmente gonocócicas, aunque hay de otros tipos. Nada característico.

Adenoma prostático.—Frecuencia semejante a todas partes.

Genitales masculinos.—Estas enfermedades tienen frecuencia corriente.

Genitales femeninos.—Enferman con mayor frecuencia que el hombre.

Abortos muy frecuentes.

Grupo XI. Enfermedades del embarazo, parto y estado puerperal. La mayor parte de partos atendidos por empíricas. No se conoce bien, índices de enfermedades puerperales, ni mortalidad materna por estas causas. En la sierra, existen métodos primitivos de asistencia del parto.

Grupo XII. Piel y tejido celular.—Frecuencia de enfermedades alérgicas.

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

Frecuencia de enfermedades parasitarias de la piel en el medio escolar (sarna, impétigo, eczema).

Grupos XIII y XIV. Huesos, órganos de locomoción, vicios congénitos.—No se han estudiado en el medio escolar, lo que tendría gran importancia.

Grupo XV. Enfermedades de la primera infancia.—Ictericia del recién nacido. Distrofias constitucionales. Atelectasias, no de frecuencia anormal.

No se discrimina bien en las estadísticas las muertes de los no natos, de los muertos recién nacidos.

Grupo XVI.—Sin importancia.

Grupo XVII. Muertes violentas y accidentes.—Homicidios frecuentes en la sierra tacneña. No usan armas de fuego, ni es frecuente el envenenamiento. Usan medios naturales (piedras, sogas, etc.) El suicidio es raro en el Departamento. Los accidentes son más frecuentes (traumatismos por caídas, tráfico, etc.)

Este grupo merece estudio sociológico especial. Deben existir factores no estudiados que inducen al crimen en Tarata, y en la serranía en general.

En el presente estudio, he señalado, verdad que, someramente, cuanto se preesntó en nuestra práctica profesional. He tratado de presentar en cuadro de conjunto, este aspecto de la realidad tacneña.

Prensa médica

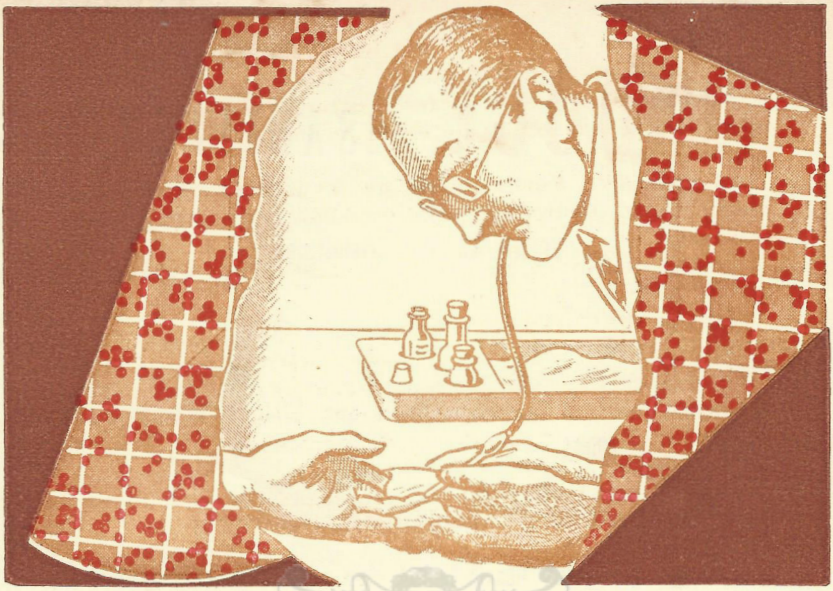
MENORRAGIAS DE LA PUBERTAD.—Por el doctor **A. Pedro Pons.**—"Medicina Clínica", 9, 213.—Madrid 1947.

Conocidas desde antiguo, se identifican con las denominadas hemorragias esenciales. Fué mérito de Schroeder establecer, en 1920, el concepto de metropatía hemorrágica y llamar la atención acerca de la génesis hormonal de las menometrorragias esenciales, anticipándose con ello a las investigaciones de Zondeck y otros autores.

Clínica.—La crisis puberal ofrece una coyuntura favorable a la manifestación de las diátesis hemorrágicas. La aparición de intensas hemorragias genitales coincidentes con la instauración de la menarquia, es síntoma común, pero no significa identidad de naturaleza en el proceso. Desde un comienzo surge una diferencia fundamental deducida de la cifra de las plaquetas, que permite escindir en dos grupos el estudio clínico de estas pacientes. Un grupo de ellas evoluciona con cifras normales de plaquetas, mientras que el otro ofrece guarismos tan bajos que entran de lleno en los límites críticos que asignó Frank a la púrpura trombopénica.

A. **Menorragias sin trombopenia.**—La primera y única manifestación consiste en una hemorragia catamenial de extraordinaria intensi-

Universidad del Norte Digital Repository



Respuesta reticulocitaria intensa e inmediata

con

VIDOCE

(VITAMINA B12 CRISTALIZADA)

Instituto Sanitas — *Sociedad Peruana*

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

VIDOCE "SANITAS"

VITAMINA B_{12} Cristalizada

Constituye el mayor adelanto en la terapéutica de las anemias.

Las experiencias clínicas han demostrado que VIDOCE ejerce una intensa acción hematopoyética en el tratamiento de:

- ANEMIA PERNICIOSA (no complicada)
- ANEMIA PERNICIOSA con complicaciones neurológicas
- ANEMIA PERNICIOSA, en pacientes sensibilizados a preparaciones hepáticas.
- ANEMIA MACROCITICA NUTRICIONAL, debido a deficiencias de vitamina B_{12}.
- ANEMIA MEGALOBLASTICA DE LA INFANCIA (en ciertos casos).
- SPRUE (tropical y no tropical).

VIDOCE SANITAS posee significativas ventajas:

- Es un producto puro, cristalino, de muy alta actividad hematopoyética.
- Es efectivo en dosis muy bajas, debido a su potente acción.
- Es perfectamente tolerado en todas las edades, no presentando ninguna reacción tóxica.
- Es de eficacia inmediatamente comprobable, por la pronta reacción reticulocitaria en pacientes con anemia perniciosa.

VIDOCE se presenta en ampollas de 1 cc. conteniendo 15 microgramos de vitamina B_{12} cristalizada. Se emplea por vía subcutánea o intramuscular.

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

dad y prolongación, conducente a una anemia aguda capaz de poner en peligro la vida de la paciente. No siempre coincide con la presentación de la primera menstruación, ocurriendo a veces en el curso de las siguientes y siempre dentro del primer año de la menarquía. Huelga decir que la exploración genital es negativa, no siendo empero infrecuente comprobar cierto grado de hipoplasia uterina.

Los fenómenos de anemia aguda son remarcables, situando por lo común a las pacientes en grados extremos de hipoglobulia; las cifras comprendidos entre 1,000,000 y 1,500,000 de hematíes son hallazgos frecuentes. El color pálido, a veces ligeramente amarillento y el estado de colapso, delatan la intensidad de la pérdida hemática. La intensidad de la hemorragia y su prosecución obligan a repetidas transfusiones de sangre, que no alcanzan a cohibirlas, pero que son imprescindibles para el sostenimiento del equilibrio circulatorio. Los edemas son frecuentes, apareciendo a nivel de la cara y extremidades inferiores; pueden también presentarse derrames en serosas.

Los órganos hematopoyéticos no revelan, por lo común, ninguna anomalía a la exploración física. Sin embargo, en algún caso se halla a la palpación, discreta hipertrofia ganglionar más o menos generalizada y ligera esplenomegalia de carácter fugaz.

Existe frecuentemente febrícula y adinamia profunda, a veces ligera sordera y en algún caso albuminuria discreta.

Los exámenes de laboratorio traducen anemia intensa, con valor globular igual a la unidad o ligeramente elevado en las fases agudas. La cifra de leucocitos es normal o ligeramente elevada. Un dato fundamental es la cifra de plaquetas: su número puede ser algo elevado, normal o ligeramente descendido, oscilando las cifras entre 170.000 y 300.000 elementos por milímetro cúbico, de forma y diámetro normales y bien aglutinadas. El tiempo de coagulación cae dentro de los límites fisiológicos; a veces acortado. El coágulo se retrae normalmente. El signo del lazo es constantemente negativo. La prueba de Duke ofrece valores normales o ligeramente alargados.

Existe a veces un ligerísimo síndrome hemolítico, sin traducción clínica, limitado su hallazgo a los datos que proporciona el laboratorio; viene expresado por disminución poco marcada de la resistencia globular y a veces alargamiento de la curva de hemólisis; bilirrubinemia comprendida entre 0,6 y 1 u.; van den Berg positivo y urobilinuria.

Los datos que proporciona la acidez del jugo gástrico son de interés; por lo común, la cifra de ClH libre es normal o elevada, menos disminuída.

Deben ser remarcados los antecedentes personales y familiares, siendo estos últimos muy expresivos. Algunas pacientes refieren epistaxis o leves gingivorragias provocadas mecánicamente por el empleo del cepillo dental. En la mayoría de los casos destaca en la anamnesis familiar la existencia de epistaxis en el padre, en varios de los hermanos, especialmente los varones, y algunas veces aparición de manchas de Bauer en la madre.

El curso evolutivo de esta variedad de menorragia puberal sin trombopenia es muchas veces breve, limitándose el accidente hemorrágico a los primeros meses que siguen a la menarquia. A dicho accidente suceden con frecuencia períodos de dos o tres meses de amenorrea. La reaparición catamenial puede ser normal. En algunas pacientes surgen

Universidad Ricardo Palma de América

nuevas menometrorragias al cabo de uno o dos años, o anualmente con cierta periodicidad, no alcanzando la duración del proceso más allá del tercer año después de la menarquia.

El pronóstico de todos estos casos es generalmente favorable.

B. **Menorragias trombopénicas.**—Ningún rasgo clínico acusado separa esta variedad de las no trombopénicas. La menorragia aparece coincidente con la primera regla o con las inmediatas, alcanzando la pérdida sanguínea igual intensidad. La cifra de hematíes desciende entre 1 y 2 millones. El dato que define constantemente esta variedad es el notable descenso de plaquetas, por debajo de los límites de la tolerancia (menos de 30.000 plaquetas) persistiendo, aunque menos acentuada, hasta después de cesar las hemorragias. Son frecuentes las alteraciones de forma y dimensión de los trombocitos. La cifra de trombocitos queda camúnmente debajo de la normal, carácter secundario pero que posee cierto valor distintivo con la variedad anterior.

La punción esternal revela eritropoyesis normal, a veces ligero aumento de los mielocitos, apareciendo los megacariocitos en cantidad normal, pese a la extremada escasez de las plaquetas en la sangre. Pueden observarse megacariocitos con anomalías morfológicas.

Las pruebas diagnósticas se completan con el análisis del coágulo, que se forma en tiempo normal o subnormal, pero nunca demuestra retardo. Un carácter fundamental es el coágulo poco o nada retráctil.

El signo del lazo es positivo y el tiempo de sangría notablemente alargado.

La cantidad de ClH libre en el jugo gástrico es normal.

Los antecedentes familiares carecen de importancia, no hallándose comúnmente hemorragias diatésicas en los progenitores ni hermanos. En contraste, la anamnesis de la enferma descubre la existencia de epistaxis, púrpura, accidentes hemorrágicos mucosos y viscerales, a partir de los 5 años y sufridos intermitentemente.

La aparición de la menarquia da ocasión para un nuevo brote de la disposición hemorragípara preexistente, pero a la vez es motivo del cambio topográfico de las manifestaciones; además, cesan las epitaxis y la púrpura cutáneomucosa cuando aparecen las menorragias.

Esta menorragia trombopénica no es sino la manifestación actual de una antigua diátesis, identificada con la enfermedad de Werlhof. La aparición de la menarquia no hace sino cambiar el órgano de expresión del proceso, debiendo calificarse como la forma uterina de la enfermedad de Werlhof.

La duración de esta variedad es más larga que la precedente, más susceptible de recaídas, no limitándose estrictamente a la primera fase de la menarquia, sino que se prolonga con intervalos de latencia, durante varios años, siendo susceptible de accidentes de gravedad, tal como hemorragias meníngeas, que cambian el aspecto pronóstico de esta trombopenia esencial calificada con el sobrenombre de benigna.

Patogenia.—Ambas variedades de menorragias reconocen una influencia común: la presentación de la crisis puberal. En consecuencia, es difícil no relacionarlas con factores endocrinos determinantes, especialmente hipófisoováricos. La influencia de la glándula genital femenina en las hemodistrofias y en la función normal de la hematopoyesis no debe pasar sin comentario. Conocidos los antiguos trabajos de Ricca-Barberis (1912) acerca de la honda clorótica catamenial, debemos mencionar la opinión de Naegeli acerca de la existencia de trombopenias

de origen ovárico. Las ideas de este último autor se basan en gran parte en las observaciones de Bagy (1925), que sostuvo el frecuente origen ovárico de la enfermedad de Werlhof. Más recientemente, Goldburgh y Gowley (1940) emiten la opinión de que las menorragias de la pubertad son consecutivas a un trastorno pluriglandular en el círculo tiroovárico y esplénico. Este último órgano ejercería una aumentada trombocitolisis o actuaría inhibiendo la función y maduración celular de la médula ósea.

Acerca de la relación entre ciclo menstrual y equilibrio trombocitario merecen citarse las aportaciones de Dreyfus, que distingue las plaquetas desde el punto de vista estructural, en cladocitos —elementos ramificados con 2-4 prolongaciones largas y lineares, normalmente predominantes (70 a 80 por ciento)— e himenocitos de forma redondeada, sin prolongaciones o con una sola de aspecto seudopódico (20-30 por ciento). En las púrpuras se invierte la fórmula, predominando estos últimos elementos. Es interesante comparar esta última característica con la evolución que sufren las plaquetas en el ciclo catamenial. En la fase premenstrual existe normalmente una fase hiperhimenocitaria, que comienza en la época de la puesta ovular.

Acentuando esta tendencia, Brink y Patrunky aceptan que la hiperfunción ovárica es capaz de producir trombopenia.

De las hormonas ováricas, la estrona ha sido incriminada como más activa, en la influencia ejercida por el ovario sobre la médula ósea. Tysolowitz y Dingemanse han logrado en el terreno experimental provocar anemia plástica, con descenso de todos los elementos de la sangre, con inyecciones reiteradas a perros, de benzoato de estradiol. Aparte esta influencia de la estrona sobre la función hemopoyética, existe su evidente acción en el endometrio, con todo lo cual no puede desconocerse ni desestimarse la importancia del factor gonadal en las menorragias de la pubertad.

Con todo, no se posee datos precisos acerca de cuál es la fracción hormonal activa en estos estados —estrona, estriol, estradiol—, pues las investigaciones clínicas acerca de la eliminación urinaria hormonal no son concordantes. Loeper, ha fracasado en la estimación de la foliculinuria, no hallando aumentada su eliminación en un caso de metrorragias ováricas. Concluye que es posible no se trate de menorragia polihormonal, en el sentido de Zondek, sino producida por una foliculina imperfecta.

Situación nosológica.—No ofrecen dificultad alguna los casos con trombopenia. La menorragia puberal representa entonces la forma genital de la enfermedad de Werlhof; no ocurre otro cambio en la enfermedad que es meramente regional, sufriendo los accidentes hemorrágicos una desviación hacia el útero; éste representa frecuentemente el órgano de expresión exclusivo.

La duración del proceso en las formas trombopénicas es casi siempre superior al de la otra variedad. La dolencia procede en forma de brotes sucesivos, prolongándose varios meses o algunos años, con períodos intercalares de remisión. Existe asimismo la posibilidad de alternancia en las manifestaciones hemorrágicas, sucediendo a las hemorragias, epistaxis, púrpura, gingivorragias y hematemesis. El pronóstico debe ser siempre reservado en atención a la posibilidad de acciden-

tes en el sistema nervioso, especialmente en forma de hemorragias subaracnoideas que pueden ser letales.

La variedad no trombopénica es de filiación más difícil. En primer lugar, cabe la aceptación de su origen puramente endocrino. La hemorragia representa la acentuación de un fenómeno fisiológico, derivado del exceso de secreción folicular. La crisis de la pubertad se expresa en estas palabras de un modo anómalo, derivado de un factor disendocrínico; la instauración de una nueva función no se logra en estos casos equilibradamente desde su comienzo, pero esta alteración hormonal no es probablemente sino el desencadenante de un trastorno preexistente, como se desprende de una cuidadosa anamnesis. Seguramente estos estados de inestabilidad hormonal son frecuentes en la pubertad, en comparación con la rareza con que ocurren las graves hemorragias uterinas. Aparte los casos en que éstas aparecen de un modo esporádico, existe en la mayoría de las pacientes antecedentes personales y familiares de interés, representados por la frecuencia de epistaxis en la infancia, como asimismo en los padres y hermanos.

Las menorragias no trombopénicas son debidas a la coincidencia de dos factores: el fundamental, consistente en una diátesis presente desde la infancia, y el accesorio y accidental que viene representado por la crisis hormonal de la pubertad.

La dificultad estriba en filiar exactamente la diátesis hemorragípara de estas pacientes. En ocasiones podría sustentarse la hipótesis de la clorosis. En esta afección, de límites tan imprecisos, la disfunción ovárica es constante, expresada frecuentemente por amenorrea y a veces por menorragias.

En otras circunstancias cabe catalogar el caso dentro de otras hemodistrofias, tanto o más imprecisas que la clorosis. En efecto, en el llamado "hemofiloide" de Mas y Magro existe factor heredofamiliar, siendo la epistaxis el síntoma más constante de esta manifestación, en la misma proporción que la hemartrosis caracteriza a la hemofilia. La hemorragia genital de aparición en la pubertad es asimismo accidente frecuente. Pero los datos de exploración son tan imprecisos en el hemofiloide, que es difícil poder catalogar dentro de él un caso concreto. En efecto, en esta hemodistrofia el número de trombocitos es normal en el diez por ciento de los casos, aumentado en el 35 por ciento y disminuído en el 55 por ciento. Las pruebas de coagulación, del lazo y tiempo de sangría son comúnmente normales, pero caben pequeños retardos de la coagulación.

La trombastenia hereditaria de Glanzman no debe invocarse por no existir la irretractibilidad del coágulo, que es el signo constante de estas diátesis.

P. E. Weil acepta que los cuadros de menorragias puberales caben dentro de la entidad que con el nombre de hemogenia ha intentado separar. Pero en esta diátesis no existe más contenido netamente precisable que la enfermedad de Werlhof.

En síntesis, la forma no trombopénica de la menorragia de las jóvenes representa la manifestación crítica de una diátesis hemorrágica sobrevenida con motivo del brote hormonal de la pubertad.

Tratamiento.—Se utilizarán diversos agentes de eficacia desigual en cada caso, pero el médico hallará siempre entre ellos uno u otro marcadamente eficaz.

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

El empleo de los hemostáticos no resuelve el problema en ningún caso. Es inútil perseverar con esta medicación, que se halla abocada constantemente al fracaso. Los hemostáticos se pueden administrar como medicamentos auxiliares, pero jamás limitarse al empleo exclusivo de ellos.

La transfusión sanguínea cumple dos objetivos. En todos los casos mejora el estado de anemia aguda, pero además en las formas trombopénicas ejerce una acción preventiva —aunque no constante— sobre la hemorragia. En las formas no trombopénicas, la transfusión con sangre de embarazada es la más recomendable, por ejercer asimismo una acción frenadora sobre la menorragia.

Las inyecciones de luteína a dosis elevadas y practicadas diariamente son eficaces. Ejercen su mayor acción en las formas polihormonales no trombopénicas.

Sin embargo, todos estos medios fracasan en buen número de casos. Entonces halla plena indicación la radioterapia. Esta puede dirigirse sobre el bazo, en sesiones de 50 r. cada dos días, combinadas si es preciso con irradiaciones estimulantes, hematopoyéticas, sobre las epífisis óseas. Su mayor eficacia la ejerce en la enfermedad de Werlhof.

Cuando la hemorragia no se cohibe y en los casos graves debe proponerse la radioterapia de los ovarios con finalidad de castración temporal. Este método terapéutico es el que consigue mayor éxito. Sin embargo, antes de proponerle, se ensaya la radioterapia sobre el bazo.

En las formas no trombopénicas, el resultado de estos procedimientos es francamente favorable y, como el proceso es de carácter accidental, el porvenir de estas enfermas queda siempre asegurado. No ocurre lo mismo en la trombopenia esencial, en que existe el peligro de recidivas ulteriores. Solamente en estas circunstancias es lícita la esplenectomía, intervención peligrosa, a pesar del descenso progresivo de mortalidad.

PENICILINA Y GONOCOCIA. LOS COMIENZOS DE LA PENICILINORRESISTENCIA.—En las formas agudas, la blenorragia es particularmente sensible a una micoterapia mínima y a dosis refractas: 100.000 unidades en doce horas fueron suficientes para curar el 94 % de los enfermos y con 200.000 unidades aplicadas en 24 horas no se registra un solo fracaso.

En las blenorragias crónicas, que habían resistido una o dos curas sulfamídicas, la misma penicilinoterapia en dosis mínimas y refractas (100.000 unidades en 12 horas) determinó 92 % de curaciones; en cambio, las blenorragias que habían resistido más de dos curaciones con sulfamidas no dieron resultados tan halagadores, aun aumentando la dosis de penicilina a 200 y 300.000 unidades. En este caso a fin de economizar un producto tan costoso se utiliza una asociación terapéutica agregando a la bacteriostasia mixta (penicilina y sulfas), choques piretógenos para exaltar el potencial defensivo del organismo, sin descuidar la destrucción de focos microbianos.

Fué así que una micopiretosulfamidoterapia, que comprendía sucesivamente la aplicación de 50.000 unidades en seis horas, un choque térmico (Dmelcos) y luego 30 gramos de tiasulfazon en 72 horas, determinaron curaciones definitivas en casos crónicos, resistentes a las

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

sulfamidas. Variando la dosis, es decir, aumentando la cantidad de penicilina hasta 200.000 unidades, se obtienen resultados brillantes en las complicaciones genitales y extragenitales tales como el reumatismo.

La penicilina ha hecho maravillas en el tratamiento de la blenorragia, permitiendo destacar la superioridad tanto desde el punto de vista social como médico de la micoterapia sobre todos los tratamientos anteriores de las gonococias; pero tal confianza corre riesgo de quedar frustrada con un peligro que amenaza comprometer los magníficos resultados obtenidos: la penicilino-resistencia. Hay casos que permanecen infectantes pese a 2,3 y aun 5 millones de unidades de penicilina empleados.

Importa, en consecuencia, conseguir que la penicilina sea aplicada correctamente, dosis adecuadas y bajo control médico. En esta forma se evitará que el empleo indiscriminado del medicamento, como la indocilidad o astucia de los pacientes, concluyan por crear una verdadera penicilino-resistencia.

El riesgo de tal posibilidad incita a reforzar, cuando se crea conveniente, la acción bacteriostática de la penicilina por la exaltación de todo el potencial defensivo del organismo por la piretoterapia, sin descuidar la destrucción de todos los focos microbianos.—(**C. Huriez** y **M. Desurmont.**—"Presse Médicale", Nº 2, 1947).

Bibliografía

TRATADO DE QUIMICA NORMAL Y PATOLOGIA DE LA SANGRE.—Por el Dr. **Leonidas Corona T.**—Un volumen de gran formato, con 1,757 páginas, 60 capítulos y 270 figuras en el texto, tres de ellas en colores.—Cuarta edición.—Empresa Editora Zig-Zag, S. A.—Santiago de Chile, 1948.

Esta obra es un modelo de concepción del problema y de exposición didáctica. Es tal vez la obra más completa publicada sobre estas materias en la bibliografía de la lengua española. Nada falta, nada sobra en ella; todo tiene su justa proporción.

El autor debe ser congratulado por el alcance y la minuciosidad de este trabajo. Impresiona el buen criterio con que se ha hecho la selección de las referencias y por la excelente manera de relacionarlas con el texto.

Ha sido escrita tanto para el médico como para el técnico en laboratorio. El plan consiste en explicar, de la manera más sencilla posible, las bases fisiológicas de los diversos métodos de laboratorio aplicables a la sangre, describiendo los más seguros y dignos de confianza.

Es obra fundamental, que honra a la producción médica chilena, y

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

en la cual el autor ha abarcado todos los problemas de la sangre con un fundamento biológico y científico, para que sirva de orientación y guía al médico especializado en estas cuestiones como al médico práctico en general, y que puede utilizarse también como obra de consulta por la abundancia y profundidad del material que encierra en sus páginas, donde se hallan todas las técnicas y las doctrinas actuales, así como las aplicaciones clínicas.

Es un libro que permite familiarizarse con los actuales problemas de química de la sangre y con la interpretación clínica de los diversos datos analíticos.

Entre los nuevos capítulos de la cuarta edición de esta obra hay que destacar los que se refieren a "La proteinemia en Clínica", "La energía radiante y su aplicación en Bioquímica", "El problema de las fosfatasas" y el de "Bioquímica-Clínica de las funciones hepáticas". Además, un grupo armónico de seis capítulos sobre "Bioquímica-Clíniça de las funciones del riñón".

He aquí los capítulos de esta monumental obra:

El volumen de la sangre en estado normal y patológico.

Rendimiento del corazón o débito cardíaco.

Propiedades físicas de la sangre.

La densidad de la sangre.

Sedimentación globular.

Reacción de la sangre. Estudio de la función ácida.

Métodos de determinación del pH sanguíneo.

Equilibrio ácido-básico de la sangre en estado normal y patológico.

Técnica de determinación de la reserva alcalina. Método volumétrico de Van Slyke.

Nociones generales sobre manometría. El aparato manométrico de Van Slyke y Neill.

Determinación manométrica del CO2 total de la sangre o del plasma. Determinación manométrica de la reserva alcalina.

La sangre considerada como sistema físico-químico. Equilibrio globulo-plasmático.

Bioquímica de los glóbulos rojos.—Indice hematimétrico y hemolisis por hipotonía.

La hemoglobina y las porfirinas.

El concepto de hemoglobina total y hemoglobina activa e inactiva. Determinación manométrica de las hemoglobinas activa y total por su capacidad de combinación con el óxido de carbono.

Derivados de la hemoglobina y sus espectros de absorción.

El ciclo respiratorio de la sangre. Mecanismos de transporte del O2 y del CO2. La anhidrasa carbónica.

Bioquímica de la eritropoyesis. El hierro y el cobre en la sangre humana. Los principios de maduración eritrocitaria.

Fisiología y bioquímica-clínica de la coagulación sanguínea.

Las proteínas del suero sanguíneo.—Propiedades generales.

La electroforesis del suero sanguíneo. Los diagramas electroforéticos y su importancia en biología, en clínica y en inmunología.

Las proteínas y la bioquímica de la inmunidad.

La proteinemia en clínica.

Intercambio de líquidos entre la sangre y el sistema lacunar. La presión oncótica de las proteínas del suero. Mecanismos de producción de edemas.

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

El problema técnico de la determinación cuantitativa de las proteínas totales y de las fracciones proteicas del suero sanguíneo.

Bioquímica-clínica de las funciones del riñón. La formación de la orina. La unidad funcional del riñón.

Regulación físico-química y hormonal de la diuresis.

Los coeficientes de depuración ureica de Van Slyke (Blood urea clearance).

La constante ureo-secretoria de Ambard.

La úrea en la sangre. Bioquímica de la ureogénesis.

Determinaciones manométricas de la úrea en la sangre y en la orina.

El ácido úrico en la sangre.

La indoxilemia (Indicanemia).

Creatina y Creatinina.

Los Aminoácidos de la Sangre (Aminoacidemia normal y patológica).

Los Péptidos en la Sangre (Polipeptidemia normal y patológica).

La Glucosa de la Sangre.

Los cuerpos cetónicos de la sangre.

La Lacticemia.

Etilalcohol en la sangre.

La Oxalemia.

Los lípidos de la sangre. Lipemia normal y patológica.

Fosfolípidos de la sangre.

El Colesterol de la sangre. La Colesterolemia.

Los ácidos biliares de la sangre.

La energía radiante y su aplicación en Bioquímica.

Substancias minerales de la sangre. Estudio de conjunto: El calcio la calcemia en estado normal y en patología.

Fósforo mineral de la sangre. Fosfatemia normal y patológica.

El problema de las fosfatasas. Las fosfatasas "ácidas" y "alcalinas" y su importancia en clínica.

El potasio de la sangre.

El magnesio en la sangre.

El bromo en la sangre.

El yodo en la sangre. La yodemia en estado normal y patológico.

Bioquímica-clínica de las funciones hepáticas. El laboratorio y el diagnóstico diferencial de las ictericias. Las pruebas funcionales del hígado.

Anexo de técnicas

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

Sedoasmine

"Lusa"

FORMULA

Clorhidrato de Efedrina	0.010 gr.
Teofilina	0.100 gr.
Cafeína	0.045 gr.
Cetilcitrato de cafeína	0.010 gr.
Extracto de belladona	0.011 gr.
Dimetilamino-antipirina	0.110 gr.
Excipiente	0.214 gr.

INDICACIONES

Asma bronquial. Espasmos bronquiales esenciales y sintomáticos. Bronquitis crónica. Bronquitis espasmódica. Enfisema obstructivo. Coriza. Fiebre de heno.

DOSIS

Adultos: 1 a 2 comprimidos, tres veces al día.

Niños: ½ a 1 comprimido, dos veces al día.

PRESENTACION

Frasco de 20 comprimidos.

Laboratorios Unidos S. A.

Av. Javier Mariátegui 1237

LIMA—PERU

Universidad del Norte Biblioteca de América

FELLOWS

JARABE COMPUESTO

Por más de sesenta años los facultativos han recetado el JARABE DE FELLOWS por su amargo y tonificante efecto sobre el tractus digestivo; para ayudar la nutrición, y para proveer limitada estimulación respiratoria y vasomotora. Preparado con el mayor esmero, el JARABE DE FELLOWS mantiene siempre su calidad incomparable.

Muestras a disposición de los Señores Médicos.

FORMULA:

Cada cucharadita (5 gramos) contiene:

Hipofosfito de Manganeso . .	Gm. 0.0090
Hipofosfito de Potasa . . .	Gm. 0.0090
Hipofosfito de Sosa	Gm. 0.0090
Hipofosfito de Calcio	Gm. 0.0220
Hierro	Gm. 0.0090
Estricnina	Gm. 0.0011

FELLOWS MEDICAL MANUFACTURING COMPANY, INC.

26 CHRISTOPHER STREET, NEW YORK 14, N. Y.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos