

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. 1031

Mayo 1949

Sumario

- El impedimento de enfermedad y el certificado de nupcial en los recientes proyectos legislativos argentinos por el Dr. Enrique Díaz Guijarra, pág. 65
- Plan de acción sanitaria contra el tifus exantemático en el Perú por el Dr. José Marroquín, pág. 72
- El hombre dentro de la comunidad y la doctrina médico-social por el Dr. Carlos A. de la Puente, pág. 76
- Tratamiento de bronquitis y bronconeumonías, secuelas del sarampión por el Dr. Teodoro Binder, pág. 80
- Prensa Médica.—Reumatismo y Artritis por el Dr. P. Mathieu-Weil, pág. 81
- Declaración de Caracas sobre la salud del niño, pág. 83

Universidad Nac. May. de S. Marcos

Ingresado el

OCT 21 1959

BIBLIOTECA CENTRAL

Lima-Perú



CRISTALES DE ACIDO FOLICO

Folvite
Acido Fólico

Durante los últimos años *Lederle* se ha dedicado al estudio de las carencias nutritivas. Dichas investigaciones han dado resultados sobresalientes en el campo de las anemias macrocíticas de origen nutricional. *Lederle* dió el primer paso hacia la conquista de esta afección, hace varias décadas, al perfeccionar un extracto hepático para administración intramuscular. Más recientemente el conjunto de investigadores de *Lederle* y *Cyanamid*

logró aislar y sintetizar el ácido fólico, el que ha demostrado ser específico para las anemias macrocíticas del esprúe, de la infancia y del embarazo, y las de origen gastrointestinal y pelagroso. El Acido Fólico FOLVITE *Lederle* se ofrece a la profesión médica en varias formas: tabletas, solución y elixir; combinado con sulfato ferroso o extracto hepático; e incorporado en fórmulas plurivitámicas.

*Reg. Ofc. Pat. E. U. A.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.



El impedimento de enfermedad y el certificado prenupcial en los recientes proyectos legislativos argentinos

Por el Dr. ENRIQUE DIAZ DE GUIJARRO

I

1. La iniciación del período legislativo de 1949 se ha caracterizado por la presentación simultánea de varios proyectos que inciden sobre la ley 12331, de profilaxis de las enfermedades venéreas vigente en la República Argentina. El principal de ellos, por razón de su fuente, es el enviado por el Poder Ejecutivo de la Nación, con mensaje del 19 de abril de 1949, que tuvo entrada en el Senado en la sesión del 11 de mayo; luego, los proyectos de los diputados Humberto Messina y Félix J. Liceaga, presentados, ambos, en la sesión del 10 de mayo, y cuyos planes son distintos, pues el primero es de carácter general y crea el Instituto de Higiene Social, mientras que el segundo se dirige únicamente a la reforma del Art. 13 de la mentada ley 12.331, y, por último, los anteproyectos elaborados por la Sociedad Argentina de Eugenesia y elevados a la Cámara de Diputados el 24 de marzo, con los cuales se desea resolver los diversos aspectos que comprende la ley 12.331, cuya diversidad de materias se considera que debe ser objeto de regulación orgánica y separada en cuatro cuerpos legales: El primer anteproyecto se destina a la profilaxis sanitaria contra las enfermedades venéreas y paravenéreas; el segundo, a la educación sexual-eugénica; el tercero, al certificado prenupcial, al impedimento de enfermedad y a las causales nosológicas de nulidad de matrimonio y de divorcio; y el cuarto, a la represión de los delitos de contaminación venérea, rufianismo, proxenetismo y trata de meretrices y homosexuales.

2. Todas las iniciativas coinciden en la afirmación del sistema de la ley 12.331 en punto a certificado prenupcial y, aún más, procuran su perfeccionamiento. Contrastan, pues, con el proyecto presentado hace tres años por los senadores Ramella y Tascheret, cuya única disposición derogaba el artículo 13 de la ley 12.331, es decir, suprimía la exigencia del certificado prenupcial.

Tales proyectos demuestran la creciente intensidad de la corriente eugénica y su influencia en el ordenamiento legal del matrimonio. Se trata, por fortuna, de una orientación definida que va en constante aumento —como tuvimos ocasión de señalar en nuestra obra "Matrimonio y Eugenesia. El Impedimento Matrimonial de Enfermedad" y en posteriores trabajos relacionados con el mismo tema— y que se mantiene

con diversas iniciativas, planteadas en bien diferentes países de América, como en el Brasil, en Cuba, en Honduras, etcétera.

3. Si causa satisfacción el acrecentamiento de opiniones en torno a las aplicaciones normativas de la doctrina eugenésica, en cambio es desalentador observar cómo falla la forma de encarar esa regulación legal, por las diferencias de técnica legislativa en que se incurre, como hemos marcado en anteriores oportunidades y que, de nuevo, debemos señalar en el inmediato examen valorativo que realizaremos con respecto a los proyectos del Poder Ejecutivo y de los diputados Messina y Liceaga.

Es necesario que, de una vez por todas, se enfoque el problema de la legislación eugenésica en la plenitud de sus aspectos jurídicos y médicos. Con notoria frecuencia se discute la prevalencia del elemento médico sobre el jurídico; y ésta es la principal causa de la deficiencia de los ordenamientos legales. No es cuestión de decidir si la Eugenesia, en sí misma, es una disciplina integral o parcial, según el punto de vista de acuerdo con el cual se la considere. Lo único que, en este momento, nos interesa destacar es que, aunque se aceptare que su esencia es médica, su proyección legal requiere la correspondiente técnica jurídica, porque de lo contrario sus efectos se verán perturbados y aún contradichos por la falta de correlación entre las finalidades perseguidas y los medios legales que se acuerden para lograrlas. El examen prenupcial, por ejemplo, necesita un cabal emplazamiento dentro de la ley que regule el matrimonio: No basta que sólo se lo establezca como elemento de la profilaxis de determinadas enfermedades, porque con respecto a las mismas representa la finalidad propuesta, pues su realización no se obtendrá en su plenitud mientras no se halle incorporado, con todas sus repercusiones, en la normativa matrimonial. Veamos, pues, cuál es el criterio con que los recientes proyectos abordan este aspecto, al que nos limitaremos porque constituye el elemento común de las diversas iniciativas, algunas de las cuales comprenden materias de gran amplitud y trascendencia en el orden eugenésico.

II

4. El proyecto del Poder Ejecutivo de la Nación se desarrolla sobre la base del mantenimiento de la ley 12.331 y sus disposiciones; consiste en reformas totales y parciales de diversos artículos de aquélla.

En cuanto nos interesa, el proyecto sustituye el Art. 13, para el cual propone esta nueva redacción:

“Toda persona que quiera contraer matrimonio debe someterse a examen médico previo, en la forma y condiciones que determine la autoridad sanitaria. Dicho examen, que será practicado gratuitamente, tendrá por objeto establecer si el contrayente padece enfermedad venérea en período de contagio y se limitará, con respecto a la mujer, a las pruebas serológicas”.

“Solamente serán autorizadas a contraer matrimonio las personas que resultaren aptas, las que deberán exhibir el correspondiente certificado que así lo acredite”.

5. Este precepto es muy superior al del vigente Art. 13, como se demuestra con su mera recordación: “Las autoridades sanitarias deberán propiciar y facilitar la realización de exámenes médicos prenupciales. Los jefes de los servicios médicos nacionales y los médicos que

las autoridades sanitarias determinen, estarán facultados para expedir certificados a los futuros contrayentes que los soliciten. Estos certificados, que deberán expedirse gratuitamente, serán obligatorios para los varones que hayan de contraer matrimonio. No podrán contraer matrimonio las personas afectadas de enfermedades venéreas en período de contagio”.

Ha desaparecido, como se observa, la imprecisa redacción del texto en vigor. Lo que en éste parece la implantación de un régimen voluntario —“las autoridades sanitarias deberán propiciar y facilitar la realización de exámenes médicos prenupciales”—, se convierte, en el proyecto del Poder Ejecutivo, en una fórmula definida y positiva sobre el sometimiento obligatorio al examen médico previo al connubio. Y esto, que surge de los términos iniciales de la norma, se acentúa en su segundo párrafo, cuando dice que “solamente serán autorizadas a contraer matrimonio las personas que resultaren aptas, las que deberán exhibir el correspondiente certificado que así lo acredite”.

6. Pero más que el carácter de ese enunciado, asume notoria importancia su ampliación a la mujer, con lo cual se retorna al alcance del proyecto que fué inmediato antecedente de la ley 12.331 —que redactara el Dr. Tiburcio Padilla—, en el cual no se distinguía con respecto al sexo de los contrayentes.

Debemos recordar que la falta de exigencia del certificado prenupcial en cuanto a la mujer, de acuerdo con la ley 12.331, no alcanza a la aptitud para el connubio, puesto que la parte final del ya transcrito Art. 13 dispone que “no podrán contraer matrimonio las personas afectadas de enfermedades venéreas en período de contagio”, lo cual prueba que tal prohibición es genérica y reviste una amplitud mayor que el certificado en sí mismo, el que sólo cabe considerar como una preconstitución de prueba de la aptitud nupcial en cuanto al hombre.

En la reforma que propone el Poder Ejecutivo se unifican ambos conceptos, con lo cual se perfecciona la técnica legislativa y se satisface la absoluta necesidad de que el certificado médico se requiera tanto al hombre como la mujer. Señalamos que Castiglione, de San Pablo, en “Examen Prenupcial”, se pronuncia en contra del certificado médico con respecto a la mujer, aunque no con carácter definitivo, pues se declara partidario de la exigencia para ambos contrayentes, si bien entiende que, dentro de una cuidada implantación del certificado prenupcial, debe imponérselo en primer término sólo al hombre y, en una posterior etapa, consumada ya la evolución cultural consiguiente, a la mujer. Esta opinión, que expone el eugenista brasileño con motivo de los proyectos que se encuentran a estudio de la Cámara de Diputados de su país, justifica el actual propósito de extenderlo a la mujer, entre nosotros, pues ya está superado el período inicial. Y esto sin contar con la conveniencia de la medida.

7. La circunstancia de que el proyecto del Poder Ejecutivo parta de la ley 12.331 y se concrete a plantear su modificación parcial, hace que haya descuidado, por completo, sus proyecciones sobre el ordenamiento específico de las nupcias, es decir, su correlación con la ley de matrimonio civil.

Quedan subsistentes, por lo tanto, los problemas relativos a la configuración del impedimento de enfermedad en sí mismo, como también las consiguientes cuestiones sobre invalidez del matrimonio y naturaleza de la nulidad. Al respecto, hemos sostenido que media nulidad

absoluta, criterio sobre el cual continúa la discordancia doctrinaria, pues mientras Rébora sostiene lo contrario, Spota señala la incapacidad legal para casarse en que se encuentran quienes padecen de lepra o de enfermedad venérea en período de contagio.

La discordancia señalada y los diversos antecedentes que al respecto enunciamos cuando desenvolvimos el punto, ponen aún más en evidencia la gravedad de la omisión en que ha incurrido el proyecto. Es de desear, por lo tanto, que cuando se lo considere por las Cámaras se subsane tal deficiencia.

III

8. El proyecto de ley del diputado Liceaga es sumamente sencillo y, como el del Poder Ejecutivo, se basa en la ley 12.331, aunque con muy restringida repercusión sobre ésta, pues se limita a extender el Art. 13 a las mujeres. No varía la redacción de esa norma y se reduce a agregar las palabras "y mujeres" después de "varones". De modo que le son aplicables las observaciones hechas al proyecto del P. E., más la crítica que anteriormente formulamos con respecto a la imprecisa y vacilante redacción del precepto.

IV

9. Alcanza especial desarrollo el proyecto del diputado Messina, que contiene varias disposiciones sobre la regulación del certificado prenupcial, a saber:

"Art. 19.—Las personas que padezcan de una enfermedad venérea en peligro de contagio no podrán contraer matrimonio.

"Art. 20.—Las autoridades deberán propiciar y facilitar la realización de los exámenes médicos-serológicos que permitan obtener a ambos cónyuges el certificado de salud prenupcial. Estos certificados obligatorios serán expedidos gratuitamente.

"21.—Los jefes del Registro Civil no autorizarán la celebración del matrimonio si ambos contrayentes no poseen el certificado de salud prenupcial otorgado por la autoridad competente.

"Art. 22.—Los jefes de los servicios médicos nacionales y los médicos que las autoridades sanitarias determinen estarán facultados para expedir los certificados a los futuros contrayentes que los solicitaren.

"Los médicos que no cumplieren con los fines propuestos por la presente ley o dieren certificados sin previa revisión, serán pasibles de las penas previstas en el artículo 203 del Código Penal.

"Art. 23.—El jefe de Registro Civil que no diere cumplimiento a lo exigido por el artículo 21 sufrirá las sanciones previstas por el artículo 136 del Código Civil.

"Art. 24.—No se exigirá exhibición del certificado prenupcial en los casos siguientes:

"a) En los matrimonios celebrados "in artículo mortis";

"b) En los casos de violación, rapto o estupro y la mujer hubiere quedado embarazada a consecuencia del delito;

"c) En todos aquellos matrimonios que, sin que se haya cometido ninguno de los delitos anteriores, los contrayentes procedan al matrimonio para legitimar la prole ya nacida o concebida.

"Art. 25.—Las personas comprendidas dentro de los incisos b) y c) del artículo anterior se hallan obligadas, dentro de un plazo de 30 días a obtener el certificado prenupcial, y en caso de resultar enfermas a tratarse ellas y sus hijos.

"Igual obligación tendrán las personas del inciso a) que sobreviven al peligro de muerte.

"Art. 26.—Las personas que no dieren cumplimiento a lo dispuesto por el artículo anterior, serán pasibles de una multa de \$ 100 hasta \$1000 moneda nacional, según el caso".

10. Aunque este proyecto tampoco tiene en vista la necesaria correlación con la ley de matrimonio civil y las consecuencias que deben verse como natural efecto del impedimento de enfermedad, es muy superior a los reseñados anteriormente, por cuanto desenvuelve el mecanismo del otorgamiento del certificado prenupcial y contempla las hipótesis en que no se exigirá el mismo, todo después de haber reiterado la parte final del actual Art. 13 de la ley 12.331, que no otra cosa representa su Art. 19, que es donde se halla, en realidad, la configuración del impedimento de enfermedad.

En cuanto a la técnica legislativa, cabe agregar la deficiencia en que incurre el Art. 20, que repite los términos iniciales del vigente Art. 13, sobre que las autoridades "deberán propiciar y facilitar la realización de los exámenes". Este lenguaje vuelve a dar sensación de que se trata de algo voluntario, para cuyo cumplimiento y observancia debe llamarse por vía de una labor orientada a ese fin y a cargo de las autoridades. Pero no es así, desde que se exige la presentación del certificado, porque sin él los jefes del Registro Civil —como reza el Art. 21— "no autorizarán la celebración del matrimonio", requisito formal que se suma a la enunciación del impedimento, producida por el mentado Art. 19.

11. La parte más interesante del proyecto del diputado Messina se encuentra en los Arts. 24 y 25, relativos a los casos en que se exime del certificado prenupcial y que abarcan supuestos dispares en cuanto a su entidad, pues mientras el primero se refiere a los matrimonios celebrados "in articulo mortis" —sobre lo cual no hay discrepancia, aún en el presente—, los otros versan sobre el matrimonio de quienes desean legalizar un concubinato preexistente o legitimar la prole ya nacida o concebida, como también reparar un delito contra la honestidad, situaciones más que arduas y con respecto a las cuales hemos sostenido que no pueden constituir motivo de exención.

Por cierto, las excepciones del Art. 24 están destinadas a contemplar los graves problemas interpretativos que ha originado, sobre todo en el orden administrativo, la interpretación del Art. 13, ley 12.331, y que se revelaran tanto en los decretos reglamentarios dictados por algunas provincias como en las "normas a seguir para el otorgamiento de certificados prenupciales", que dictara el Presidente del Departamento Nacional de Higiene, en abril 30/943 y que rectificara, parcialmente, la resolución de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, de dic. 30/946. Esta última resolución suprimió, con muy acertado criterio, la excepción administrativa que, por vía de las mencionadas "normas", se había implantado para liberar del certificado prenupcial cuando preexistía un concubinato. En su oportunidad, destacamos cuán feliz fué esa rectificación.

No nos detenemos a replicar la improcedencia de la liberación del certificado prenupcial cuando las nupcias tienen por antecedente un concubinato o por fin la reparación de un delito contra la honestidad, porque ya nos hemos ocupado largamente del tema en anteriores oportunidades.

V

12. Cuando la Sociedad Argentina de Eugenesia preparó los anteproyectos que elevó a la Cámara de Diputados, con petición de que se derogara la ley 12.331, estructuró el anteproyecto correspondiente al certificado prenupcial y al impedimento de enfermedad en forma tal que respondiera exclusivamente a su privativa y natural función en el ordenamiento jurídico de las nupcias. Por eso, todo su texto se correlaciona con la ley de matrimonio civil y las normas propuestas se insertan en ese cuerpo legal, por medio de las intercalaciones adecuadas, como en seguida se verá:

“Art. 1º—Deróganse los Arts. 13 (tercero y cuarto párrafos) y 16 (párrafos segundo y tercero) de la ley 12.331”

“Art. 2º—Substitúyese el inciso 7º del Art. 9º de la ley 2393, por el siguiente:

“7º—La enfermedad crónica, contagiosa y/o hereditaria, como las venéreas, la lepra, la tuberculosis, la epilepsia, la insuficiencia mental, la demencia y la imbecilidad. La inhabilidad nupcial desaparecerá cuando haya pasado el período de contagio, en los casos pertinentes, y siempre que no exista riesgo para la descendencia”.

“Art. 3º—Agrégase al Art. 19 de la ley 2393, el siguiente inciso:

“4º—Certificado médico prenupcial, extendido por autoridades médicas de organismos estatales o por profesionales especialmente autorizados, el cual expresará categóricamente que no se padece de ninguna de las dolencias enunciadas en el inciso 7 del Art. 9º. El certificado será válido por 7 días y contendrá todos los datos de identificación de la persona para la cual se otorga”.

“Art. 4º—Agrégase al Art. 40 de la ley 2393 el siguiente inciso:

“5º—Constancia de haberse presentado los certificados médicos prenupciales correspondientes a cada uno de los contrayentes. Dichos certificados deberán quedar archivados bajo el mismo número del acta respectiva”.

“Art. 5º—Agrégase al Art. 42 de la ley 2393 el siguiente inciso:

“11º—Transcripción de los certificados médicos prenupciales correspondientes a cada uno de los contrayentes”.

“Art. 6º—Agrégase al Art. 46 de la ley 2393: “En este caso no se exigirá el certificado médico prenupcial a ninguno de los contrayentes”.

“Art. 7º—Agrégase al Art. 67 de la ley 2393 el siguiente inciso:

“8º—La revelación, adquisición o transmisión de las enfermedades venéreas, la lepra y el alcoholismo”.

“Art. 8º—Modifícase el Art. 84 de la ley 2393 en la siguiente forma:

“Es absolutamente nulo el matrimonio celebrado con alguno de los impedimentos establecidos en los incisos 1º, 2º, 3º, 5º, 6º y 7º del Art. 9. En el caso del inciso 7º del Art. 9º, siempre que subsista la posibilidad de contagio y el riesgo para la descendencia. Su nulidad solamente podrá ser demandada por el cónyuge que ignoró la existencia del

U. S. Vitamin Corporation

NEW YORK
E. U. A.

SE CONGRATULA EN PARTICIPAR AL DISTINGUIDO
CUERPO MEDICO

que se encuentra en venta en todas las Farmacias su nueva
especialidad farmacéutica

Viminal

Compuesto con proteínas totales y aminoácidos derivados de
hidrolizados proteínicos de:

CARNE DE RES — CASEINA — LACTALBUMINA
LEVADURA — VITAMINAS Y MINERALES

FORMULA

Cada 30 gramos o sea 3 cucharadas proveen:

Proteínas	12.50	grs.
Carbohidratos	13.26	„
Hierro	85	mgs.
Calcio	175	„
Fósforo	250	„
Vitamina A	5000	U. I.
Vitamina D	500	„
Vitamina B-1 (1665 U. I.)	5	mgs.
Vitamina B-2	3	„
Clorhidrato de Piridoxina	1	„
Pantotenato de Calcio-d	3	„
Niacinamida	30	„
Vitamina C-(1000 U. I.)	50	„
Inositol	5	„
Colina	10	„

VIMINAL SUMINISTRA EN FORMA EQUILIBRADA:

¡Aminoácidos esenciales!

¡Todas las Vitaminas importantes!

Los minerales principales para la formación de sangre y del
esqueleto: Calcio, fósforo y hierro.

¡CON UN SABOR EXCEPCIONALMENTE AGRADABLE!

Literatura y muestras a solicitud

AGENTES Y DEPOSITARIOS EXCLUSIVOS

Establecimientos Leonard S. A.

AV. URUGUAY Nº 514

**PARTICIPAMOS AL CUERPO MEDICO, QUE ESTAN EN VENTA
EN LAS FARMACIAS**

Aminofilina

(TABLETAS DE 0.10 Y 0.20 CENTIGRAMOS)

Amfetamina

(TABLETAS DE 10 MILIGRAMOS)

Acido Fólico

(TABLETAS DE 5 MILIGRAMOS)

Rutina

(TABLETAS DE 20 MILIGRAMOS)

**Muestras y literatura de éstos y otros productos farmacéuticos en
el Departamento Médico.**

Laboratorio Maldonado S. A.

AVENIDA COLOMBIA 295

TELEFONOS 37544 Y 37545

LIMA—PERU

impedimento y por los que hubieran podido oponerse a la celebración del matrimonio”.

“Art. 9º—Derógase el inciso 2º del Art. 85 de la ley 2393.

“Art. 10º—Añádase como “in fine” del Art. 87 de la ley 2393:

“Cuando medie el impedimento del inciso 7º del Art. 9º, siempre se considerará la unión como matrimonio putativo de buena fé con respecto a los hijos, aunque uno de los contrayentes o ambos conocieran el impedimento”.

“Art. 11º—Los jefes, oficiales públicos y demás funcionarios responsables de los Registros Civiles, que autorizaren la celebración de un matrimonio, sin exigir previamente el certificado prenupcial previsto en el inciso 4º del Art. 19º de la ley 2393, serán sancionados con multa administrativa de cien a mil pesos.

“En caso de reincidencia, se dispondrá su exoneración”.

13. Con respecto al anteproyecto precedente, sólo podemos decir que satisface las exigencias de técnica legislativa por las cuales hemos luchado con intensidad desde tiempo atrás; como también que nos honra la acogida que esa sociedad ha dispensado a las “Bases eugenésicas para la legislación del matrimonio” que presentamos a la “Primera Jornada Peruana de Eugenesia” —cumplida en Lima, 1939— y al “Segundo Congreso Nacional de Facultades de Derecho” —celebrado en Potosí, en 1940— certámenes que las aceptaron con ligerísimas variantes; y asimismo, en cuanto a la técnica, al procedimiento de concordancia normativa que propusimos en la ponencia sometida al “Segundo Congreso de Derecho Civil”, celebrado en la República Argentina, con respecto a la adecuación del proyecto de reformas del Código a las leyes 11.359 y 12.331.

Tales ideas tienen, ahora, la autoridad que les confiere su formulación por la “Sociedad Argentina de Eugenesia”, cuyos requerimientos deberían ser tenidos en cuenta por los legisladores al considerar los proyectos del Poder Ejecutivo y de los diputados Messina y Liceaga, a fin de lograr una correcta sistemática legislativa.

Plan de acción sanitaria contra el tifus exantemático en el Perú

Por el Dr. **JOSE MARROQUIN.**

Jefe de la Oficina de Control de las Unidades Sanitarias de la Dirección General de Salud Pública.

El Perú tiene un problema sanitario secular: el tifus exantemático, cuya incidencia por los informes de los médicos sanitarios puede estimarse en 1,548 casos en un promedio anual (1), repartidos en la siguiente proporción (por 100,000 habitantes) en los Departamentos de la República:

Cusco	87	°/0000	Ayacucho	30	°/0000	Moquegua	15	°/0000
Junín	44	"	Amazonas	29	"	Ancash	14	"
Tacna	43	"	Arequipa	24	"	Cajamarca	6	"
Apurímac	39	"	Huancaveli-		"	La Libertad	2	"
Puno	38	"	ca	18	"	Lima	1	"
Pasco	33	"	Huánuco	18	"			

La **Campaña Sanitaria contra el Tifus Exantemático en el Perú** debe hacerse tomando en consideración tres conceptos: 1) Existencia del tifus exantemático clásico, transmitido por piojos; 2) La dedetización es el medio más eficaz contra el piojo, y 3) La distribución geográfica del tifus está circunscrita a las poblaciones aborígenes de las regiones andinas (por encima de los 2,000 metros de altitud), en su mayor parte en los Departamentos de Cusco, Puno, Apurímac y Junín.

De acuerdo con estos conceptos, la lucha contra el tifus exantemático en el Perú debe comprender: 1) Un plan de acción inmediato y 2) Campaña permanente de investigación, erradicación y control, mediante el establecimiento de un Departamento, Instituto, Servicio o Comisión del Tifo.

El **Plan de Acción Inmediato** se reduciría a la dedetización de las poblaciones con tifus exantemático; labor que se encargaría a los médicos sanitarios y a su personal auxiliar y el que fuera necesario contratar con fines específicos para esta campaña.

El **Aspecto Económico de este Plan**, comprendería: 1) Adquisición de polvos de DDT, al 5 o 10%, de acuerdo con las poblaciones por dedetizar y de que se gasta aproximadamente de 25 a 50 grs. de polvo de DDT por cada persona; 2) Adquisición de pulverizadores (bombas de mano o compresoras de aire); 3) Contratación de un personal de desparasitación por DDT; el cual, incluso, no requiere de gran técnica, pero sí de dominar las lenguas nativas (quechua o aimara, según las regiones); 4) Adquisición de vacuna antitifo-exantemática, para utilizarla en el personal que intervenga en la campaña y en personas allegadas, y 5) Adquisición de cloromicetina, para el tratamiento de esta enfermedad.

(1)—El número de casos es indudablemente mayor, ya que el promedio anual de mortalidad por tifus exantemático consignado en el Extracto Estadístico del Perú es de 1,443.

El Departamento, Instituto, Servicio o Comisión del Tifo, se encargaría del estudio de esta enfermedad en el Perú (Tifus exantemático clásico y murino u otras rickettsiasis; para delimitar la localización de esta enfermedad en el territorio; para investigar la incidencia por años y meses y para determinar los índices de morbilidad y letalidad por esta enfermedad) y de su campaña de erradicación y control, mediante el establecimiento de puestos de dedetización en pleno medio rural, de locales de aseo (con sistemas apropiados de duchas, rasuramiento de cabello y canje de ropa limpia) y de centros de higiene (encargados de la educación y divulgación sanitaria por afiches, cartillas, alto parlantes, cinematógrafo, etc.).

Por una encuesta exhaustiva al personal de médicos sanitarios de la República, debidamente depurada, se ha establecido los siguientes focos tifógenos en nuestro territorio, por distritos:

DEPARTAMENTOS	PROVINCIAS	DISTRITOS
La Libertad.	Huamachuco. Otusco. Stgo. de Chuco.	Huamachuco. Usquil, Salpo y Otusco. Cáchicadán, Santiago de Chuco.
Lima.	Yauyos. Canta. Cajatambo. Huarochirí. Chancay.	Lérida, Laraos, Tomás y Alis. San Buenaventura, Sumbilca, Lapián y Canta. Andajes, Oyón, Caujul y Cajatambo. Huarochirí y San Damián. Sayán y Checra.
Ayacucho.	Ayacucho. Huanta. Cangallo. La Mar. Victor Fajardo. Parinacochas.	Ayacucho, Carmen Alto y Socosvinchos. Huanta y Huamanguilla. Cangallo, Chuschi y Paras. San Miguel y Tambo. Apongo y Hualla. Pararca y Coracora.
Cuzco.	Acomayo. Anta. Calca. Canas. Canchis. Chumbivilcas. Convención. Cuzco. Espinar. Paruro. Paucartambo. Quispicanchis.	Acomayo, Acopía, Acos, Pomacanchi, Rondocán y Sangarára. Anta, Pucyura, Chinchaypujio, Huaroncondo, Limatambo, Mollepatá y Zurite. Calca, Lares y Pisacc. Yanaoca, Túpac Amaru, Checca, Langul, Layo, Pampamarca y Quehue. Sicuani, Combapata, Checaupe, Maranganí, Pitumarca, San Pablo, San Pedro y Tinta. Santo Tomás, Ccapacmarca, Colquemarca, CHamarca, Livitaca, Llusco, Veville. Huayopata, Ocobamba, Vilcabamba. Cuzco, San Gerónimo, San Sebastián, Poroy, Ceorca, Saylla, Yauri, Condoroma, Coporaque, Ocoruro, Pallpata, Pichigua. Paruro, Achca, Capí, Colcha, Huanoquite y Omacha. Paucartambo, Calca, Colquepata y Chilibamba. Urcos, Lucre, Cusipata, Andahuailillas, Ccatca, Marcapata, Ocongate, Oropesa, Quiquijana y Ocongate.



DEPARTAMENTOS	PROVINCIAS	DISTRITOS
	Urubamba.	Urubamba, Machupichu, Chincheros, Ollantaytambo, Huaillabamba, Yucay y Maras.
Apurímac.	Abancay.	Lirca, Curahuasi, Huanipara, Lambuama y Pichirhua.
	Aimaraes.	Chalhuanca, Colcabamba (Cap. Tintay), Cotaruse (Cap. Caraibamba), Chapiamarca, Safayca, Tapairihua (Cap. Yanaca) y Toraya.
	Grao.	Chuquibambilla, Mamara, Cotabambas, Coylurqui, Gamarra (Cap. Palpacachi), Haqaira, Huayllati, Mara, Tambobamba y Vilcabamba.
	Andahuaylas.	Huancarama, San Gerónimo, Talavera, Chincheros, Andahuaylas, Andarapa, Cocharcas, Chiara, Huancaray, Kishuara, Pacobamba, Pampachiri, San Antonio de Cachi y Turpo.
	Antabamba.	Antabamba, Huaquirca, Oropesa, Pachaconas, Sabaino y Mollebamba.
Arequipa.	Arequipa.	Arequipa, Socabaya, Poesi, Quequeña, Sabandía, Sachaca, Caima, Yanahuara, Characato, Paucarpata y Yura.
	Castilla.	Aplao.
	Cailloma.	Cabanaconde, Lluta, Callati, Chivay, Yanque y Achoma.
	La Unión. Caravelí.	Tomepampa. Caravelí.
Moquegua.	Mariscal Nieto. Sánchez Cerro.	Carumas. Ubinas, Ichuña, Omate, Matalaque y Puquina.
Tacna.	Tarata.	Tarata, Tarucachi, Estique, Ticaco Candarave, Hunaura y Estancia Pampahuyune del Mauere.
Cajamarca.	Cajamarca.	Cajamarca.
	Chota.	Chota, Tacabamba, Llama y Huambos.
	Cutervo.	Cutervo, Querocotillo y Súcota.
	Hualgayoc.	Hualgayoc.
	Celendín. Contumásá.	Celendín. Contumásá.
Ancash.	Aija.	Aija, Cochapeti, La Merced y Malvas.
	Bolognesi.	Chiquián, Huasta, Acas, Aquia y Cajacay.
	Carhuás.	Carhuás, Marcará, Pariahuanca, Yungar, Anta, Ataquero, Amashca, Toma y Acopampa.
	Corongo.	Corongo, Bambas, Cuzca, Aco y Yanac.
	Huarás.	Independencia, Restauración, Jangas, Cotaparaco, Pampas Grande, Recuay, Pira, Ticapampa, Olleros, Tapacocha y La Libertad.
	Huaylas.	Pueblo Libre, Pamparomás y Hacienda Santa Cruz.
	Huari.	Huari, Chacas, San Luis, Yauya y Uco.



MEDICACION
ANTI-HISTAMINICA

NEO-ALERGAN

(METOXIBENCIL DIMETIL AMINO PIRIDINA)

INDICACIONES

URTICARIA • DERMATOSIS

ALERGIA GASTROINTESTINAL

RINITIS • PRURITO

ASMA

Instituto Sanitas  *Sociedad Peruana*

NUMEROSAS EXPERIENCIAS PRUEBAN
LA CONSTANTE EFICACIA DE:

NEO-ALERGAN

“SANITAS”

- **NEO-ALERGAN ES EFECTIVO.** En el tratamiento de urticaria aguda, prurito, urticaria crónica, rinitis vasomotora, catarro común, se obtienen resultados favorables en más del 70 %, de los casos.
- **NEO-ALERGAN ES UTIL.** En el tratamiento de pacientes con reacciones alérgicas a la Penicilina y diabéticos con sensibilidad a la insulina, es posible continuar con la terapia mediante el empleo de este poderoso anti-histamínico.
- **NEO-ALERGAN NO ES TOXICO.** Las reacciones colaterales son mínimas; no produce cefaleas, mareos, vértigos, etc. como otros anti-histamínicos.
- **NEO-ALERGAN ES DE AMPLIA TOLERANCIA.** Se pueden emplear dosis elevadas de este producto debido a su perfecta tolerancia y a la ausencia de efectos secundarios. Dosis de 2 grageas cuatro veces al día son perfectamente toleradas, pudiendo llegarse a dosis mayores cuando fueren necesarias,
- **NEO-ALERGAN SE PRESENTA EN GRAGEAS.** Cada gragea contiene 50 mgrs. de Metoxibencil dimetil amino piridina o 2786 R. P., el anti-histamínico de mayor acción y menor toxicidad. Frasco de 25 grageas.

DEPARTAMENTOS	PROVINCIAS	DISTRITOS
	Pallasca.	Cabana, Pampas, Pallasca, Tauca, Llapo, Lacabamba y Huandoval.
	Pomabamba.	Pomabamba, Parobamba, Piscobamba, Quinuabamba, Llumpa y Sicsibamba.
	Yungay.	Yungay, Yanama y Cascapara.
Junín.	Jauja.	Apata, Masma y Huancaní.
	Huancayo.	Huancayo, Pucará, Huayucachi, Sapa-llanga, San Gerónimo, Sicaya, Is-cos, Ahuac y Carhuacallanga.
	Yauli.	Yauli, Oroya.
	Junín.	Junín, Carhuamayo y Ulcumayo.
	Tarma.	Tarma, Cajas y Chancha.
Pasco.	Daniel Carrión.	Tupuc.
	Pasco.	Paucartambo, Huailay, Cerro de Pasco, Huachón, Huariaca y Ninacaca.
Huancavelica.	Acobamba.	Caja, Marcas, Paucara, Pomacocha y Antabamba.
	Angaraes.	Lircay, Congalla y Julcamarca.
	Castrovirreyna.	Castrovirreyna, Pilpichaca, Chupamar-ca, Cocas, Capillas, Huacños, Hual-tará, Ocoyo, Tantaré, Aurahua y Córdova.
	Huancavelica.	Acoria, Huancavelica, Mariscal Cáceres (capital La Mejorada), Iscuchaca, Conalca, Pilchaca, Vilca, Cuenca, Moya, y Huando.
	Tayacaja.	Mayoc, Anco, Acostambo, Pampas, Sal-cabamba, Colcabamba y Surcubam-ba.
Amazonas.	Chachapoyas.	Chachapoyas, Levanto, Soloco, Huan-cas, Granada, Olleros, Chilibuín, A-sunción y San Pedro.
	Luya.	Luya, Lámud y Longuita.
	Bongará.	San Pablo.
Huánuco.	Huánuco.	Margos, Chaulán, Acomayo, Chichao y Churubamba.
	Ambo.	Huácar y Caina.
	Pachitea.	Panao, Chaglla, Muña y Molino.
	Dos de Mayo.	La Unión, Jesús, Jivia, Baños, Obas, Chavinillo, Rondos, Chupán, Chu-quis y Huallanca.
	Huamán.	Llata, Miraflores, Chacabamba, Chavín de Pariarca, Tantamayo y Jacas Grande.
	Marañón.	Huacrachuco, Huacaybamba y Caján.
Puno.	Asángaro.	Achaya, Arapa, Asángaro, Asillo, Cami-naca, Chupa, Muñani, Potoni, Pu-puja, Putina, Samán, San Antón, San José, Salinas y Tirapata.
	Carabaya.	Macusani y Crucero.
	Chuquito.	Desaguadero, Huacullani, Ilave, Juli, Pizacoma, Pomata, Santa Rosa, Yun-guyo y Zepita.
	Huancané.	Huancané, Cojata, Conima, Inchupalla, Moho, Pusi, Rosaspata, Taraco y Vilquechico.

DEPARTAMENTOS	PROVINCIAS	DISTRITOS
	Lampa.	Cabanillas, Calapuja, Lampa, Nicasio, Ocuvi, Palca, Pucará, Santa Lucía y Villa-Villa.
	Melgar.	Antauta, Ayaviri, Cupi, Llalli, Macarí, Nuñoa, Orurillo, Santa Rosa y Umachiri.
	Puno.	Puno, Acora, Atuncolla, Capachica, Coata, Chucuito, Huata, Paucarcolla, Pichacani, San Antonio de Esquilache, Tiquillaca y Vilque.
	Sandia.	Ananea.
	San Román.	Cabana, Caracoto y Jullaca.

Se hallan exentos de tifus exantemático los Departamentos de Tumbes, Piura, Lambayeque, Ica, Madre de Dios, San Martín y Loreto. Se halla exenta, igualmente, la costa peruana (hasta una altura aproximada de 2,000 metros) y toda la región de la selva; por consiguiente, está localizada esta enfermedad en la región andina del territorio peruano.

Si es verdad que la presencia del tifus está condicionada por la mejor vida del piojo en las regiones de altitud y en las épocas frías del año, también es cierto que estos factores determinan mayormente la vida y el desarrollo del germen del tifus exantemático epidémico. Igualmente, factores climáticos, etnológicos, sanitarios y sociales, determinan la mayor incidencia del tifus en los Departamentos del Cusco, Puno, Junín, Ayacucho y Apurímac (491, 246, 122 y 109 casos en un promedio anual, respectivamente); mientras Ancash (con numerosos focos tifógenos), Cajamarca, Tacna, La Libertad y Moquegua, sólo arrojan en promedio anual 67, 32, 9 y 5 casos respectivamente; por lo que la lista que antecede sólo indica calidad y no cantidad, vale decir, presencia de casos autóctonos de tifus exantemático epidémico mas no de número de enfermos.

El hombre dentro de la comunidad y la doctrina médico-social

Por el Dr. CARLOS A. DE LA PUENTE.

La enfermedad es proceso biológico, no sólo anterior al hombre, sino tan antiguo como la vida misma, porque la enfermedad constituye el principal atributo de ésta. La salud y la enfermedad no expresan otra cosa que una relación intercambiable entre los componentes del cuerpo y entre éste y el medio en que actúa.

Como fenómeno biológico, la causa de la enfermedad se busca generalmente dentro del marco de la naturaleza, pero, en el hombre la enfermedad asume otra dimensión, puesto que en los seres humanos,

no ocurre como expresión de naturaleza pura, sino que recibe el influjo de la actividad social que la modifica y del medio que tal actividad crea y desarrolla. "La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en vasta escala". Así lo dijo el gran médico alemán **Rudolph Virchow**, quien desde 1848 echó las bases de una doctrina médico-social que hoy subsiste y que se ha engrandecido en el correr de 100 años, gracias a la lucha tenaz contra el escepticismo y la estulticia.

El mundo tiene organización compleja, tanto en lo político como en lo económico y en lo social. La medicina, como dice **Carlos Enrique Paz Soldán**, es una ecuación, en la que intervienen los términos de ella, la Biología, la Mesología y la Sociología, para establecer los factores morbígenos que inciden sobre el hombre y sobre el grupo. El concepto de medicina social nace como un problema derivado del industrialismo y fundamentalmente se apoya sobre dos columnas idénticas en tamaño y solidez, la medicina y las ciencias sociales.

Su órbita de influencia comprende tres aspectos esenciales: el que considera a la salud en relación con la comunidad; el que estudia la salud como valor social; y, el que se refiere a la política sanitaria. En el primer caso, la medicina social investiga la organización de las instituciones; los movimientos de los grandes y pequeños grupos humanos; su condición étnica y racial y su estado económico-social. En cuanto a la salud, como valor social, se entiende que es el estudio de la vida tal como ésta se desenvuelve en las distintas clases, para el mejor planteamiento de la asistencia, nutrición y educación sanitaria. Finalmente, la política social, estaría encaminada hacia el estudio de una legislación que signifique seguridad y bienestar sociales. Tal, en suma, los objetivos centrales de la medicina social. En visión retrospectiva, la historia dice que de las humeantes cenizas de la Revolución francesa saltó una chispa que encendió el movimiento alemán. Los berlineses se amotinaron en las calles y levantaron barricadas. En una de éstas que bloqueaba la Frederich Strasse, estaba quien había de ser el fundador de la medicina social, **Rudolph Virchow**, en plena lucha. Meses más tarde fundaba su revista "La Reforma Médica", en la que decía: "He cambiado el fusil por la pluma y creo que a partir de ahora no soy un hombre a medias, sino que tengo un sentido integral de lo que debe ser, puestó que mi credo médico se ha confundido con mi credo político y social". Estas declaraciones, cobran una importancia histórica en los labios de un hombre que acababa de luchar en las calles. Ya, en una carta a su padre, **Virchow** decía: "A menudo me decepcionan las gentes, pero no la época". Sus contemporáneos, como **Neumann**, que formaba una escuela, decía: "que la sociedad estaba en el deber de proteger y asegurar la salud de todos sus miembros", al mismo tiempo que **Virchow**, desde el atalaya de su gran periódico proclamaba: "Un estado democrático desea que todos los ciudadanos gocen de bienestar y de igualdad en sus derechos. Pero no basta con que el Estado promueva los medios que tiendan a mantener la salud y la educación; si el Estado sólo las limita a sus necesidades básicas, no cumplirá con asistir a todos y a cada uno, para que los ciudadanos hagan de su vida una saludable existencia. En consecuencia, como primer principio se atenderá a la salud del pueblo considerándolo asunto de capital importancia; y, como segundo, establecerá que la medicina, en

su condición de ciencia social, deberá investigar las condiciones sociales y económicas que afectan la salud de las colectividades”.

Los médicos que confrontan a diario tan tremendas realidades, creen que un gran número de enfermedades que impide el goce de la vida, no obedecen exclusivamente a causas naturales. La pobreza, el hambre y la miseria, si no identifican a la muerte en todo su negro contenido, son, sin embargo, compañeras inseparables del prejuicio, ignorancia y superchería, de cuya fuente sombría surgen las enfermedades que matan prematuramente.

El término “Salud Pública” está indicando su absoluto sentido político. Si la enfermedad constituye la expresión de una vida individual, bajo condiciones desfavorables, las epidemias representan la mayor amenaza para la vida de las poblaciones. ¿Cómo no se ha de pensar, entonces, en los factores económicos, cuando vemos los efectos que producen la depresión en los negocios, la desocupación, y el avance de legiones de hombres, desde todos los rincones de un país, hacia las grandes ciudades en busca de trabajo? ¿Cómo se deberán resolver estos problemas que afectan nuestra etnia, enfocándolos desde el ángulo económico y del grupo, si no es por medio de la medicina social? ¿Acaso son exclusivamente responsables de las epidemias y flagelos humanos, el factor bacteriano? Será simplemente atributo y culpa del bacilo de Koch que nuestra población arroje los más elevados índices de morbilidad y pague el más alto tributo de la peste blanca; o, es que debemos volver los ojos hacia el medio en que el hombre vive, a la actividad social que desarrolla y al standard de vida de que dispone? El médico sociólogo deberá tener como laboratorio la calle, donde cada transeúnte puede ser un tubo de cultivo y cada ómnibus una gran colonia de gérmenes en estufa. El médico sociólogo deberá mirar la vida de los hombres en los talleres y en las fábricas, donde se trabaja la riqueza y, finalmente, en el hogar donde cada cual realiza su destino. Engolfarse frente a un microscopio y pensar que el único origen de tantos males arranca del campo microbiológico, es ponerse de espaldas a **Virchow** y sólo tener delante a **Behring** y a **Pasteur**.

Volviendo ahora sobre aquella famosa revolución en Alemania, cabe señalar un hecho muy interesante: que habiendo sido ésta sofocada, el periódico de Virchow dejó de salir; pero, en su último editorial, comparando la situación que confrontaba su patria en aquella época con la difícil situación de Moisés al sacar a los israelitas del Egipto, escribía: “Nosotros deberemos seguir vagando en el desierto pero, también, peleando. Nuestra tarea es esencialmente educativa y está encaminada a preparar a los hombres para que libren la gran batalla por la humanidad. Ya no debemos esperar nada del Estado y, por lo tanto, toda publicación resulta innecesaria. Entre los médicos, aquellos que tengan capacidad para seguir estudiando, no necesitarán ya de nuevos guías para seguir adelante; mientras los indolentes y estólicos serán renuentes é insensibles a la razón. Debemos realizar obra educativa acerca de los problemas sanitarios y sobre lo que significa ganarse el sustento, formando para ello una legión de maestros que por todos los caminos de la tierra prediquen las normas fundamentales de la higiene para ganar la victoria final. Creo haber desarrollado los grandes principios. Y aún sin la existencia inmediata de los organismos que se necesitan, abrigo la esperanza de que esta doctrina médico-social al-



Desprovistos

de las vitaminas hidrosolubles por la fiebre, sudor excesivo, diuréticose ingesta forzada de flúidos, la mayoría de los pacientes requieren la fórmula básica propuesta por Jolliffe¹ y suministrada por Squibb como

Vibásica

MARCA REG.

Cada tableta contiene 10 mg. de tiamina; 5 mg. de riboflavina; 150 mg. de niacinamida y 150 mg. de ácido ascórbico.

UN PRODUCTO **SQUIBB**

1. Jolliffe, N., y Smith, J.J.: Med. Clin. N. Am. 27:567.

AV. AREQUIPA 1492. — LIMA. — TELEFONO 38238

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

En el tratamiento de las Infecciones Paranasales

refuerce la primera línea defensiva de la Naturaleza . . . con

ARGYROL

el Descongestivo Bacteriostático sin reacción desfavorable

El objetivo del médico es el restablecimiento de la función normal de los conductos nasales; cosa doblemente difícil con el empleo de agentes vasoconstrictores cuya acción suele ir seguida de la congestión compensatriz y crear un círculo vicioso.

Evite el círculo vicioso . . . con ARGYROL

El ARGYROL es el agente de elección natural del práctico, porque su triple acción detergente, demulcente y bacteriostática favorece el mecanismo defensivo natural sin afectar la fisiología normal de las membranas.

Triple acción del ARGYROL:

1. El ARGYROL descongestiona — sin irritar las membranas ni lesionar las ciliias.
2. El ARGYROL tiene una potente acción bacteriostática — pero es atóxico para los tejidos.
3. El ARGYROL deterge y estimula la secreción — lo cual refuerza la primera línea defensiva de la Naturaleza.

Triple terapia paranasal:

1. por el meato nasal . . . instilaciones de ARGYROL al 20:100 por el conducto nasolagrimal.
2. por los conductos nasales . . . solución de ARGYROL al 10:100 aplicada en gotas.
3. por las fosas nasales . . . tapones empapados en una solución de ARGYROL al 10:100.

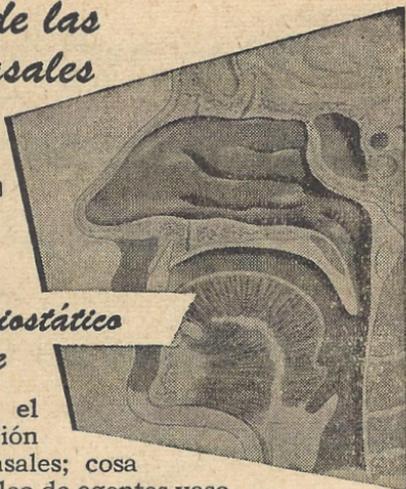
ARGYROL

el antiséptico fisiológico de acción amplia y sostenida

Preparado únicamente por
A. C. BARNES COMPANY
New Brunswick, N. J., EE. UU. A.

47-3

El nombre ARGYROL es una marca de fábrica registrada, propiedad exclusiva de la A. C. Barnes Company.



canzará un día todo su apogeo. Cada hora que transcurra nos hallará ocupados en trabajar por estos principios y listos para defenderlos. Nuestra causa permanecerá invariable aunque el campo de la actividad sea distinto”.

Virchow anunciaba, desde 1848, una doctrina que se mantiene vigente y su pensamiento filosófico alumbrará todas las asambleas y congresos que sobre la medicina social se promuevan en el futuro.

La higiene no es una simple teoría sobre la salud y el bienestar: es Filosofía, es Ciencia, es Arte, puesta al servicio de la felicidad humana, de la familia, de la sociedad y del Estado. Por eso el célebre médico alemán la presentó en cuatro ramas: higiene moral, social, alimenticia y policial, comprendiendo, la primera la moral, la vida intelectual, la educación y religión. En su aspecto social comprende el estudio de la población, las corrientes migratorias, el matrimonio, el trabajo, las causas, efectos y forma en que la pobreza se presenta, la intervención de la caridad y de las instituciones asistenciales. En cuanto a la alimentación, abarca, además de la nutrición, el cuidado de la piel, el vestido, el aliño y el arreglo personal, la gimnasia, los viajes, la fragilidad de los grupos, el reposo y el sueño, la reproducción de los seres, su habitación y clima. Finalmente, la llamada higiene policial, presupone la existencia de instrumentos legales para ejercer control sobre la calidad de los alimentos, la especulación, acaparamiento, sabotaje, y condiciones del alojamiento, etc. Estas ideas permanecieron desconocidas durante mucho tiempo. **Petenkoffer** las dió a conocer sólo en 1873 y, desde entonces hasta el presente, en el correr de varios lustros, hombres como **Struck**, **Alfred Grotjahn**, han publicado libros, destacando la trascendencia de la medicina como ciencia social.

En 1904 **Grotjahn** impuso su pensamiento en una serie de congresos y asambleas, viniendo a ser, en buena cuenta, el continuador de la escuela de **Rudolph Virchow**, que presenta al hombre como entidad bio-social, que reclama del Estado la más prolija atención.

A todos, cualquiera que sea la latitud geográfica donde se encuentren, les interesa conocer esta doctrina, porque ella abarca el amplio panorama de la vida humana en función de trabajo.

Defendiendo la salud de los productores y de los consumidores, que en suma constituyen la colectividad, se asegura la más grande conquista social.

Los seguros sociales, colocados paralelamente a los ciclos de la vida humana, constituyen una cadena de recursos asistenciales cuya proyección se refleja en los beneficios recíprocos que guardan los organismos estatales frente a los grupos humanos. Para afianzar los efectos que se derivan de tales recursos, necesitan dos factores esenciales: la intervención del Estado, mediante su buena administración; y, en lo económico, el aporte del capital, de acuerdo a su capacidad tributaria. De otro modo, romper el equilibrio entre el capital y el trabajo, recargando al primero de obligaciones y exonerando al segundo en su rendimiento, es navegar siguiendo el impulso de los vientos, sin brújula ni compás o sea que la política social estaría abandonada a los azahares del destino e irremisiblemente desorientada en sus fines primordiales.

Por esto al Estado le interesará en el futuro no el hombre aisladamente, sino dentro de la sociedad conyugal para que en la procrea-

ción se perpetúe la especie y la sanidad frente a la madre y al hijo, formen los tres puntos que geoméricamente establecen la posición de un triángulo y que al girar en el proceso de la historia, describa el círculo de su inmortalidad.

Tratamiento de bronquitis y bronco-neumonías, secuelas del sarampión

Por el Dr. **TEODORO BINDER**

Llama la atención del médico, recién llegado de Europa, acostumbrado, —como él que escribe estas líneas—, al desenvolvimiento típico, que toman las enfermedades infecciosas de la infancia allá, el curso enteramente diferente de dichas enfermedades en Suramérica.

Inicié mis actividades de médico en setiembre de 1948, en la Provincia de Oxapampa, cuando en noviembre estalló una epidemia de Sarampión. Entre 60 pacientes, más o menos, que yo traté hubo 92% de lactantes y niños pequeños, 8% de niños en edad escolar y adultos. La mortalidad fué de 5%, más o menos.

Hace tres semanas se presentó de nuevo la epidemia, sin alcanzar hasta ahora las cifras del año pasado. He tenido hasta el 23 de marzo de 1949, 12 casos, 3 con éxito letal (una madre con sus dos hijitos).

Todos los casos de sarampión tuvieron graves complicaciones de bronquitis, en la mayoría bronco-neumonías. Contra el estado inicial típico de la enfermedad en Europa, caracterizado por ascenso de temperatura y síntomas catarrales —conjuntivitis, rinitis, faringitis, laringitis y bronquitis leve—, la infección empezó aquí, en la mayoría de los casos, con temperatura elevada, postración y bronquitis o bronco-neumonía inicial grave. En algunos casos se desarrollaron las complicaciones pulmonares en el momento de la erupción o al desaparecer el brote. En 10 casos observé que una tuberculosis pulmonar latente, entró en actividad a consecuencia del sarampión.

Mi propio hijo de 4 años de edad cayó, también en noviembre, enfermo de sarampión. La enfermedad tuvo para él un curso mucho más pronunciado de lo que podía esperarse, al contraer la misma enfermedad en Europa un niño tan sano como él. Al aparecer el exantema se instaló una grave bronquitis.

No puedo todavía decir nada definitivo, sobre las causas del curso grave y a menudo poco favorable de esta complicación del sarampión. Me parece, sin embargo, evidente que, —aparte de factores específicos de naturaleza epidemiológica, el mal estado general de la nutrición, de la población de esta provincia, tiene mucho que ver aquí. La tuberculosis es enfermedad endémica, muy difundida. Además, 90% de las muestras de heces examinadas por mí, (analicé hasa la fecha alrededor de 2,000) revelaron huevos de *Anquilostoma duodenalis* (*Necator americanus*), 98% huevos de *Ascarides lumbricoides*, 99% huevos de

Tricocéfalo dispar. Las infecciones intestinales (sobre todo amebiasis, pero también muy frecuente la disentería bacilar) se presentan a la observación diaria.

La cifra de hemoglobina en la mayoría de los casos examinados oscila entre 40 y 50% y no pocas veces hay 30%. Es obvio, que esto significa disminución de la resistencia contra infecciones en general. Si se considera además la nutrición unilateral, las condiciones de la vivienda, miserable y antihigiénica, entonces puede asombrar, tal vez, que la mortalidad durante las epidemias no alcance mayores proporciones.

La terapéutica que seguí contra el Sarampión complicado por bronquitis y bronco-neumonía, fué: 1) Penicilina. 2) Sulfatiazol. 3) Dimetil-benzoil-sulfanilamida. 4) Sulfanilamido-dimetil-pirimidin.

La Penicilina no tuvo efecto alguno sobre las complicaciones iniciales o tardías. El Sulfatiazol y la dimetil-benzol-sulfanilamida dieron poco o ningún resultado. Al contrario, tuvo acción asombrosamente rápida, —salvando vidas, que en tres casos ya había creído perdidas— la combinación del Dimetil-pirimidin con sulfanilamida (Diazil). La mejoría se presentó por lo general después de 12 a 36 horas; aunque la disminución del sintoma fiebre se efectuó más lentamente que en el tratamiento con Sulfanilamida de las Neumonías producidas por neumococos, mejoró, sin embargo, rápidamente, la respiración, desapareciendo el aleteo nasal, y los pacientes se sintieron aliviados.

De 25 enfermos, que traté con Sulfanilamido-dimetil-pirimidin (Diazil), no tuve ningún caso mortal, si bien reservé este medicamento únicamente para el tratamiento de los casos graves, ya que sólo disponía de pequeña cantidad. Los casos letales pueden distribuirse entre los que quedaron sin tratarse; los que fueron tratados con Penicilina o los dos que recibieron Sulfanilamida.

La dosis que se administró fué de 0.15 gr. por kg. de peso a los lactantes y niños pequeños; niños de edad escolar recibieron —después de una dosis inicial de 2 - 3 tabletas de 0.5 gr.— 1, 1½ tabl. c/4 hs.; los adultos tomaron, después de la dosis inicial de 2 a 3 gr. 2 tabl. c/4hs. Con esta dosis se siguió hasta llegar a la apirexia. No hubo nunca reacciones indeseables; siendo excelente la tolerancia.

Opino que la Sulfanilamido-dimetil-pirimidina tiene efecto curativo, casi seguro, en el sarampión agravado por bronquitis y bronco-neumonía. Recomiendo, por lo tanto, este tratamiento en casos iguales o similares.

Prensa Médica

REUMATISMO Y ARTRITIS por P. Mathieu Weil.—“La Presse Médicale”.—París, enero 4, 1947.

Pese a los progresos indiscutibles que en las últimas décadas ha hecho la reumatología, subsiste una equívoca terminología. Una de las más graves es, quizá, la confusión que se establece entre los términos reumatismo y artritis. En Francia se habla corrientemente de reuma-

tismo blenorragico, de poliartritis evolutiva, de espondiloartritis y, para oponer unas a otras ciertas formas de reumatismo, se ha reintroducido, en los últimos años, el término **artrosis**. Más sabios, los ingleses hablan de artritis reumática, es decir, artritis poseyendo la apariencia de reumatismo. Los americanos emplean por el contrario, y con acepciones diferentes según tal o cual autor, las palabras artritis degenerativas o artritis hipertróficas.

Si en el terreno estrictamente anatómico esas expresiones son evidentemente justificables, resultan malas desde el punto de vista clínico y terapéutico en que nosotros, médicos, debemos ubicarnos constantemente, pues incitan a la confusión y por consiguiente el error.

El término artritis implica un proceso estrictamente articular. Y no cabe la menor duda de que el reumatismo jamás lo es. No sólo representa una enfermedad sino que, en rigor de verdad, sus manifestaciones sobre el aparato locomotor implican casi siempre, si no siempre, ataques a la articulación y a los tejidos que la rodean: todo reumatismo articular, es igualmente, un reumatismo periarticular.

El término artritis implica una topografía parcelar que el reumatismo no posee. Artritis es una afección localizada que, en principio, permanece como tal. El reumatismo, al contrario, es por sí mismo una enfermedad extensiva, sea primitivamente o en potencia; característica esencial que le confiere toda su gravedad.

La artritis es una enfermedad de etiología precisa, evidente en la mayoría sino en la totalidad de los casos; el reumatismo, en cambio, es un estado cuyas causas no son nunca unívocas por cuanto, contrariamente a lo que ocurre con las artritis, las causas no provienen de afuera, sino que proceden de la constitución, de la personalidad misma del sujeto. Existen artritis traumáticas y artritis infecciosas. No existe, hablando con propiedad, reumatismo traumático y no existe verdaderamente un reumatismo infeccioso. Con ello se significa una enfermedad que poseyendo el carácter progresivo, extensivo, evolutivo del reumatismo, revele, como la artritis, la presencia y la multiplicación de un germen en el interior de la articulación. Cierto que el bacilo de Koch y el gonococo, pueden atacar varias articulaciones: pero en tal caso se podrá, se deberá hablar de multiartritis o de poliartritis. Tales poliartritis no deberán, empero, ser confundidas, ni en su evolución ni en su terapéutica, con el reumatismo, afección en la cual no se puede decir, hasta hoy, que se ha puesto en evidencia en el líquido articular o sinovial el germen causal. Como bien ha expresado Tzanck existen menos "seudoreumatismos infecciosos" que "reumatismos seudoinfecciosos". Si la causa de un reumatismo puede atribuirse a una infección, ésta interviene según una modalidad diferente, sin parecido con la simple acción de un germen que penetra en una articulación para proliferar allí.

La artritis es un proceso simple, localizado, que no tiene en sí misma ninguna tendencia a la extensión; el reumatismo es un proceso complejo, difuso, que posee una substancial tendencia expansiva, que le confiere, por otra parte, toda su gravedad.

Una infección puede, ciertamente, adoptar la apariencia del reumatismo antes de localizarse en una articulación y de caracterizarse como artritis. Así la infección gonocócica puede, durante la fase septicémica, dar lugar a manifestaciones dolorosas de aspecto reumático que,

en un segundo tiempo, se fijarán sobre una coyuntura determinada. Pero si bien en este momento el gonococo actúa por presencia "in situ", ¿es igualmente cierto que ha ocurrido lo mismo durante el primer período? ¿Se ha comprobado la presencia del germen en las articulaciones, en aquel entonces?

Inversamente, y es esta opinión que parece indiscutible, hay procesos traumáticos particularmente en la espalda pero también en la rodilla y en el tobillo, constituir punto de partida de un reumatismo evolutivo. Así una enferma que se deslizaba por la escalera y que asió bruscamente al pasamano, vió instalarse en la espalda una artritis o, más exactamente quizá, una periartritis reumática. Pero debido a la entrada en juego y en forma preponderante de la constitución del sujeto, la afección, poco a poco, se generalizó adquiriendo la apariencia de un verdadero reumatismo. Otro sujeto convalesciente de una herida que durante muchos meses lo inmovilizó dolorosamente en el lecho, después de sus primeros pasos penosamente realizados con el sostén de muletas, vió aparecer, a nivel de la espalda, un proceso de artritis o periartritis que se extendió y a continuación tomó el carácter de reumatismo evolutivo. En estos casos el proceso es complejo. Resulta evidente que el fenómeno traumático inicial no ha jugado más que un papel desencadenante.

Es cierto que la distinción inicial entre una artritis y un reumatismo, cuando éste no interesa más que una sola articulación, es, con frecuencia, delicado. Pero esa situación resulta corriente en medicina, donde el arte del médico se ve obligado, a menudo, a sospechar y poner en evidencia procesos antes de que hayan adquirido toda su expresión. Si existen dificultades no bastan para justificar la confusión.

Por otra parte ella genera errores graves en lo que hace al pronóstico y a la terapéutica.

Es que tanto la artritis como el reumatismo poseen su propio pronóstico. Y a su vez el reumatismo exige métodos terapéuticos que no deberían ser confundidos con los de la artritis. La crisoterapia, cuyo valor no puede desdeñarse en los reumatismos evolutivos, no es el tratamiento de las verdaderas artritis. E, inversamente, la artrotomía, la sinovectomía, preciosas como resultan en ciertas artritis infecciosas, deben ser eliminadas de la terapéutica del reumatismo, por lo menos en tanto subsista el proceso inflamatorio y evolutivo.

Al confundir las dos palabras se tiende a confundir dos terapéuticas, con gran daño para la medicina y lo que es peor, para los enfermos.

Declaración de Caracas sobre la salud del niño

1º—Todo niño tiene derecho al mejor cuidado posible de su salud. Los padres y tutores serán instruídos en los deberes que a ese respecto les corresponden y recibirán los elementos conducentes a aquel fin. El Estado y las Instituciones particulares proveerán esos medios en los casos necesarios, ordenando la organización eficiente de las instituciones que realicen esos programas y procurando el debido adiestramien-

to del personal médico, sanitario, social y auxiliar. Con este fin las Facultades de Medicina y demás institutos formadores de personal, deberían intensificar y ampliar la enseñanza de la Puericultura y la Pediatría.

2º—Se protegerá la salud del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia por medio de exámenes periódicos. Su vigilancia y asistencia médica se practicarán por personal técnico especializado de médicos pediatras, puericultores, odontólogos y auxiliares.

3º—Se cuidará del nacimiento del niño en forma completa, incluyendo atención prenatal, natal y post natal, con el objeto de asegurar a la madre, embarazo y parto normales y al niño las mayores seguridades para su salud ulterior. El niño prematuro será objeto de cuidado especial.

4º—Durante la edad pre-escolar se atenderá al niño para que llegue en las mejores condiciones posibles a la edad escolar. Durante esta última, su salud será constantemente vigilada. Los establecimientos escolares llenarán los requisitos necesarios de iluminación y ventilación, dispondrán de los equipos adecuados y personal especializado se ocupará de la educación sanitaria, la que incluirá la recreación física y mental.

5º—Se asegurará la buena nutrición del niño, facilitándole los elementos adecuados, para que disponga de alimentos, leche y agua puras. Tanto en la escuela como en las instituciones sanitarias y de asistencia social, se organizarán clases de nutrición para niños, en la forma más eficiente.

6º—Se ejercerá protección específica contra las enfermedades transmisibles según las características regionales. A este respecto se establecerá la vacunación temprana contra la viruela, difteria y tos convulsa, y si fuera necesario contra la tifoidea y otras infecciones; se organizará la prevención de las parasitosis y la lucha contra los insectos transmisores. Los servicios de saneamiento general, alejamiento o tratamiento de aguas servidas y basuras, completarían esta protección.

7º—Se protegerá al niño contra las enfermedades mentales y físicas, procurando que la higiene mental integre los programas de protección infantil. Los niños deficientes mentales y los que constituyen especiales problemas sociales, deberán recibir el tratamiento adecuado para la recuperación de su equilibrio perdido, bajo el amparo de la sociedad y no considerados como seres nocivos a ella.

8º—Los niños lisiados, ciegos, sordos, mudos, reumáticos, etc., o que padezcan de cualquier impedimento físico, deberán ser tratados convenientemente desde el punto de vista médico y educativo para hacerlos seres útiles a la colectividad.

9º—Para todo niño y en toda edad deben seguirse las normas que indican las autoridades científicas con el objeto de prevenir la tuberculosis por los medios aconsejados por los especialistas. Igual preocupación existirá con respecto al problema de la sífilis, lepra, etc.

10º—Deberán, en suma, tomarse todas las medidas necesarias para asegurar a todo niño de las Américas, cualquiera que sea su raza, color o credo, las mejores condiciones de salud, basadas en una higiene general apropiada, buena vivienda, alimentación, sol, aire, limpieza y abrigo necesarios, con el objeto de que pueda aprovechar todas las oportunidades que le permitan desarrollar una vida sana, feliz y pacífica.