



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 33 BOLIVIA-SUCRE, DICIEMBRE DE 1937. Nº 66



Universidad
Andrés Bello®



FUNDACIÓN
FLAVIO
MACHICADO
VISCARRA

La digitalización de este número de la revista es el producto de la investigación doctoral llevada a cabo por el candidato a doctor, Javier Andrés Claros Chavarría, con financiamiento otorgado por la Dirección General de Investigación de la Universidad Andrés Bello de Chile. Durante este proceso, colaboraron dos instituciones: el Instituto Médico “Sucre”, propietario de las revistas, y la Fundación Flavio Machicado Viscarra, responsable de la digitalización.

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

DIRECCION:

Instituto Médico "Sucre", - Sucre. Bolivia- Calle San Alberto, N°. 8

COMITE DE REDACCION

Director: Dr. Jaime Mendoza

Colaboradores: Dres. Anastasio Paravicini, David Osio.

Julio C. Fortún.

SUMARIO

	Páginas
<i>Temas de vulgarización psiquiátrica.</i> Dr. Jaime Mendoza.	1
<i>La vacuna Friedmann contra la tuberculosis.</i> Sr. Enrique Vargas Sivila	35
<i>Delincuencia infantil.</i> Dr. Germán Orozco P.	51
<i>El Trípode Psíquico.</i> Dr. Jaime Mendoza	65
<i>Crónica</i>	81

SUCRE—BOLIVIA S. A.

EDITORIAL "CHARCAS".— SUCRE

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

DIRECCION:

Instituto Médico "Sucre", - Sucre. Bolivia- Calle San Alberto, Nº. 8

COMITE DE REDACCION

Director: Dr. Jaime Mendoza

Colaboradores: Dres. Anastasio Paravicini, David Osio.
Julio C. Fortún.

SUMARIO

	Páginas
<i>Temas de vulgarización psiquiátrica.</i> Dr. Jaime Mendoza.	1
<i>La vacuna Friedmann contra la tuberculosis.</i> Sr. Enrique Vargas Sivila	35
<i>Delincuencia infantil.</i> Dr. Germán Oroseo P.	51
<i>El Trípode Psíquico.</i> Dr. Jaime Mendoza	65
<i>Crónica</i>	81

SUCRE-BOLIVIA S. A.

EDITORIAL "CHARCAS".- SUCRE

REVISTA

DEL

INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Año XXXIV | Sucre, diciembre de 1937 | N°. 65

Temas de vulgarización psiquiátrica

Primera exposición

Solicitado por la señora Leonor Quiroga de García para dar una opinión acerca del estado mental de su esposo, Federico García Gutiérrez, internado actualmente en el hospital Viedma, de Cochabamba, lo hago en las siguientes líneas esquemáticas.

En el terreno, con frecuencia abstruso, de la psiquiatría práctica, el caso de Federico García Gutiérrez me parece de extraordinaria facilidad. No opone ningún enigma. El diagnóstico surge *a prima facie*. No hay necesidad de emprender afanosas correrías por el campo de la medicina mental, ni de usar, larga mano, de complicados recursos de laboratorio para encontrar la verdad.

Es un caso de la vulgarísima demencia precoz o esquizofrenia de Bleuler, que se revela desde la primera vista al paciente en su lecho del hospital. No me parece, pues, imposible que al Dr. César Adriázola le hubiese bastado apenas una hora, o menos, para reconocer el mal. Un estudiante hubiera llegado al mismo resultado sin mayores esfuerzos.

Por mi parte, sin necesidad—ni—gana—de meterme en el bosque tupido de las apreciaciones dogmáticas y las sutilezas alambicadas, me limitaré a anotar en forma sencilla y asequible para cada quien, algunas de las constataciones que me cupo realizar en las varias veces que observé al paciente, aprovechando de mi reciente paso por Cochabamba.

Empezaré por el examen físico.

Signo de la mano

Invitado el paciente a darme la mano, y luego de alguna resistencia (negativismo, oposición voluntaria, etcétera), acaba por tendérmela con lentitud; pero al estrecharla yo en la mía, él permanece con la suya semirígida, sin corresponder a la presión; y aun insistiendo una y otra vez, apenas si flexiona un poco los dedos con desgano y sin fuerza. En un informe del Dr. Aurelio Meleán veo que la medición de la fuerza manométrica del enfermo dió como resultado 30 en el lado derecho y 45 en el izquierdo, «sin embargo de no ser zurdo el enfermo». Yo me refiero sobre todo, al gesto. El enfermo no devuelve el a-

pretón al estrechársele la mano. Y este es un signo muy característico de los dementes precoces.

Signo de la rodilla

Es el correspondiente al reflejo rotuliano. En el primer examen encontré exaltación de dicho reflejo en ambos lados, sobre todo en el izquierdo. El paciente se dejó examinar sin oponer resistencia alguna. La exaltación continuó en los dos exámenes subsiguientes.

Anoto este signo a condición de asociarlo con el siguiente:

Signo de la planta del pie

El reflejo plantar estaba anulado en ambos lados. Pasando el canto de una moneda o la uña por los bordes plantares, no se producía la contracción defensiva de los dedos. Tampoco el signo opuesto, o sea el de Babinsky, como ya lo había notado el Dr. Adrián Trigo.

Reunidas la exaltación rotuliana, de un lado, y la inercia plantar, del otro, resulta lo que podemos llamar—un *síndrome paradójico*, harto común y casi patognomónico en ciertos casos de demencia precoz, como lo pude comprobar siendo Director de los Manicomios Nacionales de Sucre, y últimamente también en consultas particulares.

Con esta sencilla tríada sintomática, resultante del simple examen somático, ya hay bastante para sospechar en Federico García Gutiérrez un demente precoz. Con todo, añadiré algunos otros signos de fácil constatación, comprobados por mí en mis observaciones, hechas ya a solas con el enfermo o ya en presencia del personal del hospital y de los familiares del paciente.

Dermografismo. Síndrome horripilador

Restregando suavemente, o pasando el filo de la uña, en el pecho del enfermo, se produce de inmediato la reacción circulatoria, que se manifiesta por una viva coloración en las partes correspondientes.

Pseudoedema. Cianosis

Con presiones bien hechas en el dorso de las manos y pies, sobre todo en éstos, se notaba la existencia, aunque poco apreciable, de un pseudoedema en esas regiones.

Asimismo, las uñas de los pies y manos estaban un tanto cianóticas.

Estereotipias

Signo de la lengua.—Si, en forma exhortativa o imperativa, se hace que el enfermo saque la lengua fuera de la boca, queda ella indefinidamente en esa posición. Puede el examinador seguir realizando otras observaciones en el paciente, y, mientras tanto, permanece aquél con la

lengua afuera, como si tal cosa. En el caso de García, el arranque de la lengua y su reintegración a la boca, se hallaban acompañados de un ligero temblor, parecido al de los paralíticos generales. Este signo de la lengua es también muy común en los dementes precoces.

Signo del brazo.—El paciente no siempre se presta a la invitación u orden de levantar un brazo, debiendo el médico mismo colocárselo en la posición deseada, v. gr. perpendicularmente al cuerpo. Durante quince o treinta minutos, permanece el brazo así extendido y levantado, sin que el enfermo parezca fatigarse. He comprobado repetidamente esta estereotipia en García Gutiérrez (*flexibilitas cerea*, actitud de fakir o momia egipcia, etcétera),

Pereza pupilar

En mis exámenes, siempre noté en el paciente una intensa dilatación pupilar, como si estuviera bajo la acción de la atropina. Acaso contribuía a ella la penumbra de su celda. Pero aun usando de un excitante luminoso, como un fósforo, no advertí que su pupila reaccionase con la rapidez común en un caso normal. En una palabra, había pereza pupilar, que también es frecuente en la demencia precoz.

Signo de la vejiga

El paciente, según informes del personal del hospital, suele permanecer sin orinar uno o más días. En el último examen que le hice, su-

pe que todo el día anterior y la noche correspondiente, no tuvo emisiones urinarias. Observada la región vesical, en el hipogastrio, no advertí que la vejiga contuviese ningún exceso de orina. No se trataba, pues, de una retención urinaria, sino de una deficiencia renal. El emuntorio correspondiente no debe de funcionar normalmente en él. Este es otro síndrome común en los dementes precoces, y digno, ciertamente, de estudio. Por mi parte, sin hacer afirmaciones prematuras, me limito a consignar el hecho en los términos antedichos.

Congestión pulmonar

Concluí el examen somático observando que García Gutiérrez tiene expectoración sangui-nolenta, poco abundante, poco flúida, rojizo-obs-cura, ligada probablemente a un proceso pulmonar congestivo, favorecido por la posición en decúbito dorsal que desde hace mucho tiempo guarda en su lecho del hospital (*pneumonía hipostática*). Por lo demás, no se notaba reacción térmica. El pulso estaba entre 65 y 70 por minuto, en la mañana y tarde. De todos modos, me temo que el paciente concluya en una tuberculosis pulmonar.

* * *

Habiendo permanecido sólo dos días en Cochabamba, de paso a La Paz, no pude realizar largas y repetidas observaciones dentro del campo mental, como habría deseado hacerlas en el interesantísimo caso de Federico García Gutiérrez.

Mas, dicho está que no creo tampoco que ello fuese indispensable.

De ahí que en esta exposición haya dado el primer lugar a los síntomas físicos, que, de suyo, son suficientes para establecer sin dudas el diagnóstico de demencia precoz. He ido, pues, de lo físico a lo mental. En forma también sencilla y esquemática diré ahora algo de lo referente al aspecto mental.

Desde el primer momento, antes de hablar siquiera con el paciente, por la simple inspección visual de su gesto y postura, extendido en el lecho, con la facies cérea, los labios entreabiertos, la mirada vaga tras de los anteojos, el cuerpo inmóvil, ya resalta en forma nítida para el observador este síntoma cardinal, que es el subtracto básico de la demencia precoz: la indiferencia. De tal síntoma he hablado largo y tendido en otros escritos, citando algunos casos clínicos observados en el Manicomio Pacheco de Sucre, y propuesto a los estudiosos particulares puntos de vista. En Federico García Gutiérrez encuentro reproducido, en forma plástica, (psicoplasticidad de Dupré) ese síndrome tan notable, que por sí solo basta caracterizar el estado mental del esquizofrénico o demente precoz.

Mas, para proceder con método, he de valerme del esquema que, bajo el nombre de «El trípode psíquico» propuse hace trece años, entre los estudiantes de psiquiatría, en la Escuela de Medicina de Sucre, y que tuvo cierta resonancia en el extranjero. En ese esquema, asigno a los procesos psíquicos tres pisos anatómicos cerebrales, formando un signo escalonado: piso infe-

rior, o instintivo; piso medio, o afectivo; piso superior, o intelectual. Si en el enfermo García Gutiérrez ascendemos esos tres escalones—instinto, efectividad, conciencia—veremos que en todos ellos domina con mucho el síndrome indiferencia.

Instinto

El instinto de conservación parece que se va apagando irremisiblemente en el paciente. Según los datos que he recogido, pasa días enteros sin alimentarse, y aunque ellos alternan con rasgos de glotonería, eso mismo acusa una anormalidad. De ahí mismo derivanse otros síntomas de indiferencia funcional, en ciertos aparatos como el gastro-intestinal y urovesical, a que antes ya me referí. En cuanto al instinto sexual, sé que el enfermo acusa una frigidez tal que hasta ha sido calificado como asexual, lo que ciertamente es una exageración. El enfermo, pues, padece de indiferencia sexual; es decir, en él está anulado el instinto de conservación de la especie. Ya se comprende que lo propio ocurre con el instinto de sociabilidad, cuya consideración en detalle me llevaría demasiado lejos.

Afectividad

En García Gutiérrez ya no existen los procesos afectivos del hombre normal, como el amor, el odio, la impresión estética. No le interesan ni su padre, ni su madre, ni su esposa, ni su hija. De aquí podríamos arrancar una explicación de su crimen. Su padre le era ya indiferente. No

acepto llanamente que tuviese «un miedo cerval a su padre», como dicen ciertos documentos. El miedo—una de las manifestaciones afectivas más comunes en el hombre normal—se halla poco menos que ausente en el demente precoz. Hablo en tesis general. Un demente, en Sucre, una noche, en su celda, hizo una hoguera con la lana de su colchón, y allí pudo achicharrarse de no ser advertido a tiempo; pero no tenía miedo; y ya estaba semiasfixiado por el humo retenido en su calabozo hermético. Si en los dementes precoces aparecen ciertos procesos afectivos—el miedo, el furor, el odio—son accidentes episódicos, que pasan tan pronto como se presentan. Tampoco hay que creer que García Gutiérrez se afrontase a los peligros, en la guerra del Chaco, por valentía singular. Era la indiferencia del esquizofrénico.

Me abstengo de mayores consideraciones en este punto. Me extenderé, si ha menester, en otro escrito.

Sintetizó mi opinión respecto a la afectividad del paciente en la palabra «indiferencia», que resume los conceptos de desinterés, ambivalencia, el «qué me importa», etcétera.

Inteligencia

En este piso, que es el más alto de mi esquema, hallamos siempre, en el caso de García Gutiérrez, la indiferencia. Dijérase que el pensamiento se ha detenido en un recodo del camino. Y es que el demente precoz no llega a la síntesis suprema que constituye el vértice en la ascensión concienical. Y ello se explica por las le-

siones materiales existentes en la arquitectura cerebral del demente. Si el piso de la afectividad está afectado por procesos regresivos o destructivos en la región infraóptica, esos procesos pueden también afectar al piso superior en las capas molecular granular o piramidal del lóbulo frontal.

Pero no avanzaré más en este orden, ya que me he propuesto ser en lo posible entendido por el común de la gente. Bástame citar, como una muestra de la apatía intelectual de que vengo hablando, o si se quiere de la pereza o impotencia cerebral, la dificultad con que García Gutiérrez realiza—si realiza—pequeños esfuerzos mentales como el de contar de uno a diez, ya sea en castellano, que no domina bien, ya sea en francés o en inglés, que posee mejor. Entre número y número hace largas pausas, o salta cifras* y acaba por no llegar al fin. Pude también notar que a medida de avanzar en la cuenta, va repitiendo a media voz o en voz baja, los números ya contados, a la manera de un chico al que su maestro le obliga a contar automáticamente. También le es muy difícil sumar pequeñas cantidades como «two and three».

* * *

Considero lo dicho suficiente como resumen de mi opinión sobre el caso de Federico García Gutiérrez. Se trata de un demente precoz clásico. Y, haciendo una retrospectiva, en vista de algunos antecedentes que acabo de conocer, creo que ya era un demente precoz desde su adolescencia. Demente era cuando fué puesto en co-

legios de Europa y América, en los que fracasó. Demente cuando, desde Estados Unidos, escribió apenas una vez en seis meses a sus familiares. Demente cuando, de regreso a Bolivia, lo casaron, asistiendo a la ceremonia nupcial con el kepís puesto en la cabeza. Demente cuando fué llevado al Chaco, donde sus compañeros lo llamaban «el pájaro bobo». Demente cuando mató a su padre. Y demente estará cuando se cumpla—si se cumple—en él el fallo del primer tribunal que ha juzgado este tremendo caso de medicina legal.

Temas de vulgarización psiquiátrica

Segunda exposición

A la exposición—escrita de prisa, para absolver una consulta—que contiene mis primeras impresiones sobre el caso de Federico García Gutiérrez, impresiones consiguientes a los exámenes que, de paso por Cochabamba, hice en aquél, y relativas sólo a ciertos rasgos de su actual estado físico, somático y psíquico, añado hoy estas líneas, con vista de los antecedentes que he podido recoger, habiendo revisado también el respectivo expediente, en la secretaría de la Corte Suprema, en Sucre.

Antecedentes familiares

El padre de Federico García Gutiérrez fué el Dr. Natalio A. García, distinguido médico de Cochabamba.

Según los datos que conozco, tomados principalmente de los informes médico-legales de diversos colegas de aquella ciudad, el Dr. García era un hombre anormal. (1)

(1).—En París hace luengos años (1911), los doctores Vicente Echeverría y Aniceto Solares me dieron las primeras referencias que yo tuve del Dr. García, pintándolo como un hombre poco asequible, displicente, reconcentrado. Yo no lo conocí por entonces.

En el informe pericial del Dr. Wálter Galindo Q., médico forense de Cochabamba, leemos: «...el Dr. Aurelio García padre del acusado, presentaba rarezas indiscutibles de carácter. Tales, sus afectos y desafectos, que rayaban siempre en extremos y no tenían motivos explicables. Tal, asimismo, el renunciamiento absoluto que hizo de su padre y de sus hermanos, al extremo de que cuando se enterraba su padre, él se paseaba por la plaza, vestido de color».

El Dr. Aurelio Meleán, en su peritaje, confirma lo transcripto, en los siguientes términos: «Conocido de todos fué el carácter irascible, impositivo y despótico del que fué Dr. Natalio A. García. Versátil hasta la exageración, alimentó en el curso de su vida odios y rencores, muchos sin base ni fundamento; amable hasta la exageración con una persona, muy pronto cambiaba en desdén y hostilidad con la misma en el curso de días y aun de horas. El doctor García, en el sentido afectivo, demostró actitudes del todo extraordinarias; enemistad y desprecio por el padre, con alejamiento ostensible y abandono de toda consideración para con el autor de sus días...»

El Dr. César Adriázola, aunque en su informe no se extiende en este aspecto, por el respeto a la memoria del Dr. García, dice que «ha-

sino en 1914, en Berlín. Me pareció comedido, suave, simpático; aunque, al mismo tiempo, tuve una muestra de su irascibilidad. Fué en el hospital de las Artillerías. Presenciábamos juntos una gastroenterostomía. La operación duró más de dos horas. Al cabo de ellas, el Dr. García estaba tan impaciente, que taconeando en el pavimento me dijo al oído, refiriéndose al operador: «¡Este es un caballo!...» ¡Y se trataba de gran Hildebrandt!

biendo observado de cerca» el psiquismo del extinto, llegó «al convencimiento de que no era un hombre normal».

Creo innecesario añadir otros conceptos como los anteriores, que, de suyo, son más que suficientes para ilustrar este punto. Ni traeré a cuento datos, recogidos ya no entre médicos, a propósito de arranques violentos y agresivos del Dr. García, con diversas personas y en diversos lugares, que perfilan al hombre como falto de dominio sobre sus impulsos y con exceso de acometividad pasional. Bien es verdad que tales rasgos solían alternar con otros de nobleza y accesión a la generosidad, a la sinceridad, a la rectitud.

Los médicos reconocedores también reputan de anormales a dos tías del reo, hermanas del Dr. García. Dice el Dr. Galindo: «Entre los parientes colaterales, una hermana de la víctima se suicidó disparándose varios tiros de revolver, y otra hermana encontraba especial complacencia en justificar, por los medios más bizarros, el apodo que, junto con una amiga llevaban: el valor y el talento». De la segunda tía, asimismo, refiere el Dr. Meleán que era «excéntrica y varonil, diestra en el manejo de la armas». (Esta afición a las armas de fuego es digna de tenerse en cuenta, pues, como veremos adelante, se reprodujo muy característicamente en el reo, desde la niñez).

La hermana suicida del Dr. García tuvo tres hijos, uno de los cuales fué conducido desde Cochabamba al Manicomio «Pacheco» de Sucre, hace unos doce años, en el tiempo en que yo era director de ese establecimiento. Conocí, pues,

de cerca al muchacho. Era un demente precoz. Tenía monorquidia. Pasaba los días sumido en el estupor catatónico, del que apenas podía sacarlo yo imponiéndole en forma imperativa cierto género de movimientos: marcha militar, gimnasia, danzas, etcétera.

En fin, sé de otro pariente del reo por línea paterna, sacerdote, de quien, por sus extravagancias, se decía que estaba mal de la cabeza.

No conozco datos patológicos relativos a su madre y parientes maternos.

* * *

Se ve, pues, que sobre el reo pesa un fardo asaz cargado de taras ancentrales. Por su padre, pertenecía a una de esas familias de neuropatas, en las que el desarreglo mental ataca a todos los miembros, como en las enfermedades llamadas *familiares* en la neurología: tales: la enfermedad de Wilson, que afecta los cuerpos op-toestriados y presenta un mismo cuadro sindrómico en sus víctimas, y el idiotismo de Tay Sachs que anula departamentos del encéfalo, en masa, dando lugar a la ceguera amaurótica congénita.

Lo dramático del presente caso es que el Dr. García, por su parte, había también albergado en su psiquis el estigma que, andando los tiempos, causaría su muerte. El amor filial había llegado a borrarle en él. Ya por influjo del despego de su padre—don Mateo García—que no supo atenderlo en sus tiempos de estudiante en el extranjero, o ya por llevar «en latencia, hereditariamente, la desafectividad familiar», como lo

hace notar el Dr. Gabriel Arce Quiroga, lo cierto es que el Dr. García fué indiferente con el autor de sus días, aun en los momentos en que debió dominar viejas animosidades y ceder al perdón. Ya he citado uno de los rasgos que más gráficamente pintan esa indiferencia. Don Mateo había muerto. Y—dice el Dr. Meleán—, «mientras estaba el Dr. García en uno de los paseos principales, vestido con un traje llamativo, de color, jactando su indiferencia filial, el convoy del dolor familiar pasaba por la avenida vecina». Actitud peor aún que la de cierto demente precoz citado en los libros de psiquiatría, quien, cuando le avisaron que su padre había muerto, respondió: «¿Ah, sí? ¿Y han hallado un féretro a su medida?». (1).

Ahora bien: el Dr. García junto a esa falla afectiva respecto de su padre, mostraba otra no menos monstruosa respecto de su hijo; y aun de los hijos de sus hijos, y, en general, de sus descendientes.

El Dr. García no pudo ignorar que su hijo fuese un demente. Médico estudioso, dotado de vasta ilustración científica, aunque no hubiese sido especialista en psiquiatría, forzosamente debió darse cuenta de las deficiencias mentales de

(1). Dide y Guiraud, citando este caso, añaden: «Algunas veces la simpatía por la familia es reemplazada por el odio. Aparece éste en forma de impulsos bruscos de violencia y hasta de homicidio sin ninguna justificación intelectual. Los enfermos golpean a su madre, rehusan verla, arrojan con disgusto las provisiones que trae. Esta repulsión es a veces explicada por razonamientos de apariencia normal o por invenciones delirantes. Uno dice: «No quiero volver a casa de mis padres porque me siento aislado en medio de ellos; no deben quererme ya, y por eso yo tampoco los quiero».

su vástago. En Francia, en Inglaterra, en los Estados Unidos, conforme el muchacho avanzaba en edad, esas deficiencias no habían hecho sino aclararse más y más. Su vida escolar había sido una serie de fracasos. Y en el hogar, mientras estaba bajo el cuidado inmediato de sus progenitores, debieron resaltar ante los ojos del médico ciertos defectos cuya trascendencia comprendería éste muy bien, por más que su amor de padre los atenuase en gran manera. Y la prueba de que el Dr. García encontraba realmente en su hijo un deficitario mental, está en ciertas expresiones que solía usar ante sus familiares o amigos. En una carta, que figura en el proceso, dirigida a la señora Leonor Virreira de Jordán, el Dr. García escribió: «Federico está mal de la cabeza». Y el Dr. Arce Quiroga dice, también a este propósito: «Con decepción, tal vez con amargura, el Dr. García llamaba a su hijo «mi zoncito». (1).

Pues, con todos estos antecedentes, ¿qué es lo que hizo el Dr. García cuando su hijo regresó a Cochabamba, después de su larga permanencia en el extranjero?

Lanzarlo indiferentemente a uno de los actos más trascendentales en la vida del hombre y de la especie: el matrimonio.

Es decir, que al Dr. García no le importaba que aquel matrimonio trajese como resulta-

(1). La señora Raquel García del Pirsch, prima del Dr. García, en el curso del proceso declaró. «que cierto día que estaba en el consultorio del doctor, pasó por el zagüan su hijo Federico, y advirtiéndolo el padre exclamó: «¡Qué fracaso! Después de tanto dinero gastado, me ha resultado un idiota, un imbécil...»

do la supervivencia de una progenie condenada al desequilibrio mental.

Antecedentes personales

Nada he podido saber de las enfermedades que Federico tuvo de niño.

A Europa, según los datos del proceso, fué llevado muy temprano, cuando sólo contaba unos cuatro o cinco años. Estuvo primeramente en Francia, donde se inició en la vida escolar, atendido de cerca por su madre. Fué allí que, como manifestación notable de sus tendencias, se reveló su afición por las armas, muy especialmente por las de fuego.

De Francia fué trasladado el joven a Inglaterra, donde permaneció por varios años. En Londres realizó algún adelanto en los colegios donde se educaba. Y continuando siempre en su afición por las armas, llegó a hacerse notar en ella por sus profesores y camaradas.

En fin, de Inglaterra pasó a los Estados Unidos y allí estuvo hasta su regreso a Cochabamba. Hallándose en Nueva York habíase comprado un automóvil en 300 dólares, y un buen día resolvió marcharse a Los Angeles, reuniéndose al efecto con otros dos vagabundos, quienes, en el trayecto, ya cerca de su destino, lo agredieron con recios golpes en la cabeza dejándolo por muerto y llevándose el vehículo. Recogido en una pensión y curado, se estableció en Los Angeles. Propúsose estudiar allí ingeniería, fracasando en la tentativa; luego se dedicó a estudios comerciales, sin mejor éxito. Llevaba una vida de ais-

lamiento, entregado a su mundo interior, y siempre con su pasión armamentista. Su habitación—al decir de algún testigo—estaba atiborrada de armas de diversas layas. Su madre había muerto, en Cochabamba. Se sostenía con el dinero que le enviaba su padre. Por un breve lapso pudo emplearse en una agencia de revistas, pero jamás pudo persistir en algún trabajo. A esta etapa corresponden unas cartas que figuran en el expediente, escritas por Federico a su padre, en castellano; un castellano pobre en que la frase “no más” aparece con frecuencia como interpretación del *only* inglés. El tipo de escritura, como bien lo hace notar el grafólogo Bouchon, pertenece a un escolar de diez o doce años; y Federico, a la sazón, contaba con más del doble. Nada en las epístolas acusa solidez de juicio y la cultura debida a cierta edad y una educación en medios europeos o norteamericanos. En ellas, su autor apenas si se explica pasaderamente en cuanto a menesteres de dinero. Este es un tema estereotipado en su mente. También aparece otro, relacionado con el movimiento de vapores japoneses entre Los Angeles y Arica, cuando ya Federico se disponía a regresar a Bolivia. No hay ninguna alusión a sus estudios, a sus esperanzas, a sus distracciones en la urbe del Pacífico, a cuestiones de ética o estética; nada que revele una predisposición elevada en tal o cual sentido. En el aspecto familiar, sólo muy de vez en vez aparece algún concepto cariñoso para su padre y el deseo de verlo nuevamente después de luengos años de separación. En alguna de las cartas hay, asimismo, un recuerdo tierno y evocativo de su

madre, de quien dice que se había despedido cinco años atrás sin creer que el beso que le dió entonces sería el último.

A fines de 1933, Federico viajó de Los Angeles a Arica, por el Pacífico, regresando a Bolivia, según parece, con el objeto de hacer la campaña del Chaco. Ello pudo ser así; mas hay que advertir que, en Los Angeles, la Oficina de Inmigración había notificado al joven que abandonase la ciudad, tal vez porque se le consideraba un vago o por sus signos francamente dementiales, que no podían menos de llamar la atención policiaria. El Dr. García fué a alcanzar a su hijo a Arica, y, a poco, llegaban ambos a la ciudad natal.

Una vez en Cochabamba, Federico hízose notar pronto por su extraña manera de ser, por sus gustos estrambóticos. El pueblo mismo, sin necesidad de reconocimientos médicos, lo encontraba un anormal. Un testigo dice que en su conversación era apático, deficiente, poco comunicativo, sin hilación en sus ideas. Otro señala su incoherencia y dice que hacía preguntas intempestivas e incomprensibles. Otro declara: "Federico es sincero por naturaleza, incapaz de mentir aun contra sí mismo; parece una criatura de tres años en su manera de ser". Un maestro de taller refiere que una vez el joven lo había visitado y se estuvo en su tienda por varias horas, aunque él debía ya cerrarla: una forma, como tantas otras, de estupor catatónico. El Dr. Meleán señala también la exagerada timidez del joven entre las damas.

La guerra

Luego vino la etapa correspondiente a la guerra. En el reconocimiento médico respectivo, se declaró a Federico «hábil para servicios auxiliares». Los facultativos no habían sabido ver lo que era ostensible hasta para el vulgo (1). Por su parte, García no estaba satisfecho de que se le hubiese destinado sólo a servicios auxiliares, pues él quería ir a las líneas de batalla. Hacíase «oficial del ejército norteamericano». Incorporado en el boliviano, se le hizo sargento.

El matrimonio

Poco antes de ir al Chaco se casó con una dama de la sociedad de Cochabamba, por influencias, sobre todo, del Dr. García, su padre. El joven aceptó pasivamente la combinación, bien que más de una vez declararse que él no había venido a Bolivia a casarse sino a tomar parte en la guerra. A la ceremonia nupcial concurrió con traje militar y una pistola al cinto; el kepís no quiso quitárselo sino por imposición del padre; en el acto como de costumbre, estuvo mudo. «La noche de su matrimonio—dice un documento que tengo a la vista—, demostró una gran indiferencia con su esposa, no atreviéndose a acercársele siquiera. Durante todo el tiempo de su matrimo-

(1). El Dr. Price, que intervino en ese reconocimiento, ha hecho a este propósito la declaración de que los exámenes practicados en los movilizados no eran psíquicos sino físicos, y que «no duda de que los médicos que posteriormente examinaron a García, con ocasión del crimen, estuviesen en lo cierto al declararlo un anormal.»

nio, cohabitó tan sólo dos veces, es decir durante dos años y cinco meses. Jamás besó a su esposa espontáneamente .."

En el Chaco

A los cinco días de su matrimonio, partió al teatro de las operaciones. Se le incorporó en el Regimiento Chuquisaca, en servicios auxiliares. A poco empezaron a notarse sus deficiencias. Como había estado entre los civiles, andaba también entre los militares, solitario. Tenía la obsesión de estar «emboscado» y deseaba a todo trance ir a la línea de fuego. Estuvo primeramente en el sector Ballivián, en una unidad de caballería. Luego se le pasó a otra de obuses, arma que parecía más de su agrado. En ambas mostró su inutilidad. En las líneas de fuego, estuvo mas de una vez, mostrándose indiferente a los peligros: era la apatía del esquizofrénico. Anduvo así entre Ballivián, Picuiba, Irindagüe y otros puntos. Sufría de ataques epileptiformes con pérdida del conocimiento por varias horas. Evacuado por esa razón a Villa Montes, se escapó del hospital y retornó a las primeras líneas, diciendo que no había ido al Chaco para estar en el hospital sino en los combates. Se tapaba los oídos con gruesas bolas de algodón para disminuir el fragor de los estampidos. Solía irse por el monte, solo, con su máquina fotográfica. Detestaba el rancho por el uso que en él se hacía de la carne de vaca. Pasaba días enteros sin comer. Sus compañeros se mofaban de él o le tenían lástima. Se le llamaba «pájaro bobo», «el loco Gar-

cía", "gringo de Cochabamba". Se le consideraba mas bien un estorbo, ya que su tendencia al estupor, su falta de iniciativa, su ingenuidad entrababan tanto su acción personal como la de los soldados con quienes actuaba. (1).

En febrero de 1935 fué evacuado a Cochabamba. Había permanecido en la zona de operaciones, siete meses. Su salud física estaba quebrantada, y por ello concurrió al hospital militar No. 6 de aquella ciudad, por algunos meses. Y en cuanto a su salud mental, proseguía con los mismos gestos extravagantes.

"De carácter apacible—leo en un documento—, no tenía amigos. Sentía indiferencia por todo y todos los que le rodeaban. Tenía días de mutismo, así como desaparecía de la casa por tres o cuatro, llevando sus calzados viejos. Había días, tres o más, en que no tomaba alimento ninguno, y repentinamente se tornaba glotón; jamás bebía licores ni fumaba. Sufría de retención de orina. Tenía alucinaciones auditivas y visuales; por temporadas estaba con la obsesión de que lo perseguían para matarlo, y entablaba luchas con personas imaginarias, perseguía, huía. No se preocupaba de su hijita ni de su mujer durante tres

(1) Es harto elocuente, a este propósito, el siguiente certificado:

"Teniente coronel Roberto Cuéllar, ex-comandante del regimiento Chuquisaca, a petición verbal de parte interesada, certifica: Que el excombatiente Federico García formó parte de la unidad merituada en la campaña del Chaco. Que lo ha conocido personalmente en el comando, donde permaneció varias semanas, pudiendo notar en él un carácter raro y extravagante, conceptuándolo anormal. Que ha sido un estorbo en el regimiento por su absoluta ineptitud para el desempeño de la más insignificante tarea. Que era de dominio general entre todos los elementos de la nuli-

o más días, ni las hablaba. Si su esposa le hablaba, él huía. Durante las comidas, jamás se le oyó conversar; ocultaba la cara con un diario. Padecía de insomnios. Se pasaba noches íntegras sin dormir. Jamás se preocupaba de su ropa; poco le importaba estar sucio o limpio. No usaba cepillo de dientes. Frecuentemente si se le dejaba en la casa en un lugar, permanecía allí hasta el día siguiente si no se intervenía para que fuese a la mesa o a acostarse. Hacía también gesticulaciones delante de su esposa e hija, muchas veces hasta asustarlas. Alguna vez que salía a la calle con su esposa, generalmente se adelantaba, dejándola sola; sentía cansancio por haber caminado unas cuatro cuadras. Su andar es pesado, con los hombros caídos y la boca siempre entreabierta. Jamás se le ha visto una expresión ni de tristeza ni de alegría en el rostro. Tampoco se le ha visto nunca alegrarse o entristecerse por las desgracias ni por las alegrías más grandes".

He ahí, no obstante ser hecha por una pluma profana a la psiquiatría, una pintura casi maestra de la demencia precoz.

* * *

En estas condiciones vivía Federico en Cochabamba. Habíase ido a vivir con su esposa

dad que Federico García, por su temperamento solitario, taciturno y su expresión incoherente, motivaba la pulla y mofa general, habiendo sido calificado como "el pájaro bobo" y "el loco García".—Certificado que lo doy para fines de derecho.—La Paz, 29 de julio de 1937.—Firmado: Roberto Cuéllar".

fuera de la ciudad, a Queru-queru, donde ella tenía su casa, y únicamente iba a acompañar a su padre algunas noches, sabiendo que éste se hallaba muy delicado de salud.

En efecto, el Dr. García estaba enfermo de los intestinos, habiéndosele diagnosticado un cáncer del duodeno, por cuya consecuencia sufría de fuertes dolores, debiendo usar con frecuencia la morfina para calmarlos. Se había anunciado que en algún tiempo más iría a Europa, para curarse.

Y a todo esto, la situación económica del hijo se había hecho apurada. Su padre, que le pasaba antes una pensión de doscientos o trescientos pesos, se la había suspendido. Probó emplearse como dibujante en una empresa de luz y fuerza, pero al cabo de uno o dos meses debió abandonar tal actividad "por ineptitud".

Fué en tales circunstancias que el joven, apremiado por la necesidad, empezó a reclamar de su padre la parte de la herencia materna que le correspondía legalmente. Pero el Dr. García se negaba a acceder a esas reclamaciones. Y eso no porque desconociese el derecho de su hijo, sino porque comprendía—y con sobrada razón, por cierto—que aquel pobre ser, a quien él mismo calificó de imbécil e idiota, no sabría administrar por sí solo su hacienda.

Así comenzaron las disputas entre padre e hijo. En éste, el entrar en posesión de la herencia materna se fué haciendo una idea fija; algo así como una estereotipia o un tic, para hablar en términos neurológicos, o como un *leit motiv* para hablar en términos musicales. El de-

mente no había llegado aún a ese grado de indiferencia, desinterés o ambivalencia tan común en otros enfermos que así como ya no aman a sus padres, tampoco se afectan por las cuestiones de dinero. Aquello de la herencia era como un clavo incrustado en su cerebro.

Pero el Dr. García, por su parte, aun comprendiendo la enfermedad mental de su hijo, seguía tratándolo, en este asunto, como a un hombre sano. Aparecía intolerante. Se enfadaba. Le mostraba rigor. Su actitud dura y agresiva con el joven fué notada por las vecinas de la casa frontera. Una vez—según declaraciones vertidas en el proceso—, hallándose en el zaguán de la casa padre e hijo, aquél decía a este, agriamente: «Váyase, váyase», empujándolo a la calle y cerrando tras él la puerta con violencia.

Era el prólogo de la catástrofe.

El hecho

De la confesión prestada por el hechor ante la justicia, resumo los puntos siguientes:

El 26 de octubre del pasado año de 1936 al atardecer, Federico García se dirigió, de Queru-queru, lugar de su residencia, a Cochabamba con objeto de ver a su padre y reclamarle, una vez más, la herencia materna. El Dr. García estaba en su casa. El hijo lo encontró subiendo desde la biblioteca a su dormitorio, situado en el segundo piso, para acostarse, como lo hacía habitualmente por razones de salud. «Buenas tardes papá», fué la salutación del joven. «Buenas tardes», contéstole su padre, de mal talante. Lue-

go, uno tras otro ascendieron la escalera, y pasaron al dormitorio. Ya en el trayecto, Federico había dicho a su padre el objeto de su visita, a pesar de la displicencia que en este último causaba el consabido asunto. En el dormitorio, el padre comenzó a desvestirse para meterse en el lecho. El hijo, de pie junto a la parte delantera del catre, hablaba tratando de persuadir al anciano a que nombrase un intermediario para el arreglo definitivo de la cuestión. El Dr. García acabó por echar a su hijo de la alcoba con la frase acostumbrada: «Váyase, váyase», seguida de alguna interjección. Pero el joven, con la tremenda insistencia de ciertos dementes, proseguía incólume en su reclamo. Al fin, el padre, ya del todo airado, extrajo de su mesa de noche una pistola Browning con la que apuntó a su hijo, quien, temiendo ser victimado, se le abalanzó para arrebatarse el arma. Se entabló así una lucha. El demente, a su vez, sacó una pistola Colt que llevaba habitualmente en el bolsillo y golpeó con ella a su padre en la cabeza, para aturdirlo y obligarlo así a que soltara la Browning. En esto sonó el primer tiro de la Colt sin que el mismo que lo llevaba se diese cuenta. Cayó el anciano, herido en el brazo, al suelo, y allí el hijo le asestó un segundo tiro, en la cabeza. Esto lo afirma Federico García con espantosa precisión: «del segundo me acuerdo que fué ya estando tendido en el suelo mi padre». Muerto el doctor, su hijo pudo quitarle la Browning de la mano, y huyó llevándose las dos armas. Aquí hay una laguna en la memoria del hechor: no recuerda que, saliendo del dormitorio, se encontró con una sirvienta

que, alarmada por los disparos, acudía a averiguar lo que ocurría. Al verla, García le dijo: «Usted también va a morir», y le descerrajó dos tiros, que no dieron en blanco. Entre tanto, la sirvienta huyó y pudo ponerse a salvo, saliendo a un balcón desde donde pidió auxilio a la gente de la calle. El hechor, a su vez, huyó por el interior de la casa. De un depósito extrajo una escalera portátil y arrancó de paso un trozo de cordón eléctrico «de cuyo fin y objeto no me doy cuenta». Luego se encaramó a un molle y pasó por él a la casa vecina, y de ésta a la siguiente, que era la escuela «Uruguay», a la sazón desocupada. En el wáter de dicha casa dejó sus calzoncillos, porque en algún momento de la aterrante tragedia se le escaparon las materias fecales, signo importante, que por sí solo demuestra la falta de control de su psiquismo superior sobre el acto fisiológico de la defecación. Allí mismo dejó el cordón eléctrico que había arrancado sin saber por qué. De seguida entró en una habitación contigua al wáter, donde rezó. Cuando salía de ella fué visto por los policiales que andaban en su busca. Levantó las manos, como se lo ordenaron, y entregó la pistola Colt; y, espontáneamente, también la Browning. Y de la escuela Uruguay, el demente fué conducido a la prisión. (1).

(1) Estos datos, según queda dicho, están tomados de la indagatoria prestada por el acusado. La parte contraria sostiene algunos puntos de vista diferentes. Así, afirma que el Dr. García no tomó la pistola Browning de la caja de su mesa de noche, limitándose a echar a su hijo de la habitación con las palabras «Váyase, váyase», y que entonces, el joven exasperado se lanzó sobre su pa-

Conclusión

Tales son, extractados sumariamente, los datos que he acopiado revisando el farraginoso proceso a que ha dado lugar el parricidio de Federico García Gutiérrez.

Ante ellos no he hecho confirmarme en el diagnóstico de demencia precoz a que me llevaron los exámenes que, hace poco tiempo, realicé en el hechor.

Y aquí podría dar fin a estas líneas. Mas como en el expediente veo que se ha sentenciado a muerte a García tomándolo por un hombre normal, que cometió el crimen hallándose en pleno goce de sus facultades mentales, quiero hacer a este respecto las siguientes consideraciones en forma sencilla y asequible aun para los profanos a la medicina.

La demencia precoz, en la mayoría de los casos, no es una enfermedad que ataque globalmente, o, como si dijéramos en bloque, el psiquismo humano. Procede mas bien por piezas, sistemática o parcialmente, con cierta selectividad, de tal suerte que mientras ya ha anonadado ciertos departamentos del cerebro, otros siguen aún funcionando, normalmente o por lo menos con apariencias de normalidad.

Para comprender mejor este punto, será muy útil considerarlo de acuerdo con el esquema propuesto en «El trípode psíquico», a que me

dre pistola en mano y le golpeó con el mango de aquella en la cabeza, disparándole luego los dos tiros y abriendo la caja del velador para apoderarse de la Browning y huir.

referí en mi primera exposición. En dicho esquema comparo la cavidad craneal a un edificio de tres pisos donde están localizadas otras tantas fracciones de la masa encefálica, cada una de ellas con su funcionalismo peculiar: el piso inferior es la sede del instinto o inconsciencia; el medio, de la afectividad o subconsciencia; el superior, de la intelectualidad o consciencia.

He aquí la representación gráfica de un tal esquema:

III. Intelectualidad

II. Afectividad

I. Instinto

Los tres concurren, armónicamente, a la suprema síntesis que forma el psiquismo integral.

Ahora bien: el proceso patogénico de la demencia precoz, empieza casi siempre en los pisos inferiores, para llegar ya, en sus últimas etapas, al superior o intelectual.

Por eso Kraepelin, en Alemania, llamaba a la demencia precoz «la pérdida del instinto vital». Y fué también por esa sistematización en la marcha de la enfermedad que Bleuler creó el concepto de la *schizofrenia* (yo dividido), con que indicaba la invasión sucesiva del mal en los territorios mentales. Y, en fin, Chaslin, en Francia, propuso por eso el concepto de la *locura discordante*, que también indica esa dislocación psíquica que caracteriza la demencia precoz.

Por mi parte, yo suscribo la concepción

de tan insignes maestros. Sólo que, alejándome un tanto del criterio exclusivamente psicológico de Bleuler, perteneciente a la escuela de Zurich, me atengo mas bien al de Dide y Guiraud, en Francia, que dan la máxima importancia a las lesiones materiales del cerebro para explicar la sintomatología paradójica de la demencia precoz.

Dide y Guiraud, mediante comprobaciones metódicas en las autopsias, llegaron a afirmar que «la región infraóptica de los jóvenes dementes está lesionada de un modo *constante, precoz e intenso*.» Señalan con particularidad, el *locus niger*, el tálamo óptico y el cuerpo estriado. Últimamente, otros investigadores—Laignel-Lavastine, Tretiakoff y Iorgoulesco—han hallado en los cuerpos optoestriados, sobre todo en el núcleo caudado y el lenticular, lesiones notables, con degeneraciones grasosas análogas a las *placas seniles* de Redlich-Fischer. Son justamente las regiones que corresponden a los dos pisos inferiores de mi esquema—instinto y afectividad—. Dichas lesiones “son exclusivamente microscópicas y atacan electivamente el tejido neuroepitelial, con exclusión de los vasos y las meninges”. (1) Consisten en degeneraciones de los grupos celulares que llegan hasta el estado gránulo-adiposo. La neurona retrocede en su evolución. Se rompen sus dendri-

(1) Sin embargo, en autopsias que yo mandé practicar en los Manicomios Nacionales, en dementes precoces llegados hasta la vejez, encontré en más de un caso lesiones apreciables a la simple vista en los cuerpos optoestriados y el *locus niger*, formando bandeletas pardo-morenas o verdosas.

tas o fibras de asociación. Después, ya sólo es un cadáver.

Pues si aplicamos las nociones anteriores, que no hemos hecho sino esbozar meteóricamente, al caso de Federico García, ya podemos explicarnos fácilmente por qué al lado de las fallas irreparables que acusa en su psiquismo, subsisten todavía en él ciertas manifestaciones ideatorias aparentemente normales.

Tal habría pasado en el acto del delito. En efecto: alternando con los gestos estúpidos, propiamente demenciales, que el hechor ejecutó, hay otros que parecen demostrar discernimiento. Pero ello no excluye el concepto de la demencia precoz. Demencia que según digo en mi exposición anterior, había comenzado en el joven ya muchos años antes. Todo su pasado así lo demuestra. Sólo que el mal procedía en él, como en muchos enfermos, por etapas, con alternativas y hasta con paños. Porque esta enfermedad tiene tales características. Después de haber embotado o destruido zonas íntegras del cerebro, se detiene por espacio de años. Hasta se puede hablar de curación, como la llamada *curación social*. Pero es sólo una curación aparente, como la curación clínica de Bernard en la tuberculosis. Ella permite al enfermo desarrollar ciertas actividades, estereotiparse a ciertos trabajos. Pero ya no se trata de un ser *normal*. Es un *infirmé*, acudiendo al francés. O, para hablar en castellano simple, es un mutilado mental.

Y, cuando la demencia ataca al piso de la afectividad, se manifiesta uno de los aspectos más lastimosos de la enfermedad. De ahí la indife-

rencia, que constituye su meollo, y que en García se revela a primera vista. El enfermo puede todavía servirse de su piso intelectual. Quedan en su lóbulo frontal territorios indemnes. Pero el edificio está minado en sus bases. Y un día con tal o cual motivo ocasional, por la marcha ascensional de las lesiones, alcanzan éstas su *clímax*. Y el ábside caerá entonces en escombros.

Esto es lo que ya está pasando actualmente en García Gutiérrez. La extensión del daño al piso intelectual aparece hoy en él claramente. Es por ello que el ministerio público ha autorizado la traslación del demente, del hospital Viedma de Cochabamba, al Manicomio Nacional de Sucre.

Sólo que en éste punto hay que hacer una nueva aclaración. No es que la demencia de García se haya iniciado, como parece aceptarlo la parte contraria, después del hecho criminoso. No. En mi anterior exposición fuí por demás explícito a este propósito. García era un demente muchos años antes del delito. Lo había sido desde su niñez; y aún más al presentarse en él el período puberal, que en muchos dementes precoces vigoriza a la enfermedad por las transformaciones biológicas que impone al organismo.

Bien es verdad que en tales casos, el mal suele estar disimulado o latente, sin revelarse aún por el cortejo de síntomas que después formarán un cuadro espectacular. Este es el período que se llama *médico-legal* en la demencia precoz. El mal está en sus comienzos, y en ese estado puede el paciente cometer diversos actos an-

tisociales sujetos a sanción legal, siendo preciso que el ojo del experto sepa, a tiempo, despistar el mal para ilustrar a los tribunales de justicia y evitar que se produzcan gruesos errores judiciales, hasta el asesinato jurídico, como ha sucedido alguna vez.

Ocorre, en esto, en la demencia precoz, algo parecido a lo que en la demencia parálitica (o parálisis general, afección parasifilítica), que también tiene en sus inicios un período médico-legal. Cuando un demente post-luético o paráltico general, que puede ser un hombre inteligentísimo, realiza actos que, dentro de la legislación de un país, son calificados, en abstracto, como delitos y los tribunales lo condenan, ya por un mal peritaje u otras razones, considerándolo un hombre normal, cometen un grave error.

En la demencia precoz, de igual suerte, aun en la llamada *simple*, no hay, pues, que olvidar el período médico-legal aludido.

Jaime Mendoza

La vacuna Friedmann contra la Tuberculosis

Entre los múltiples métodos o sistemas empleados en la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, figura uno—sencillo y al alcance de los pueblos pobres—, el de Friedrich Franz Friedmann, consistente en el empleo de la vacuna que lleva su nombre.

La vacuna Friedmann es bien poco conocida entre nosotros, y hasta hoy —que sepamos— no ha sido ensayada por ningún profesional de la especialidad; tampoco, claro está, por la sección de Lucha contra la Tuberculosis, dada su reciente creación y la escasez de medios en que se desenvuelve.

En otros pueblos, en cambio, la vacuna Friedmann es ya motivo de alta preocupación por parte de estudiosos e investigadores, y objeto también de éxitos asombrosos, de no pocos fracasos y, consiguientemente, de luchas enconadas. Así, por lo menos, presenta este asunto el legislador argentino Dr. Augusto Bunge en la amplia documentación que acompaña a su «Proyecto de Ley de extinción de la Tuberculosis», llevado en 1934 a la Cámara argentina, y suscrito, además, por los doctores José Arce, Carlos Monacorda, Alfredo P.

Degano y Vicente E. Pomponio.

Todo el esfuerzo realizado por el Dr. Bunge para probar la eficacia de la vacuna Friedmann, se encuentra hoy reunido en un voluminoso libro de 536 apretadas páginas, bajo el título de «LA TUBERCULOSIS VENCIDA.— *Su cura y extinción por la vacuna Friedmann*» (Ed. «La Facultad», Buenos Aires, 1934) que ahora nos proponemos comentar brevemente, a manera de complemento de nuestros escritos anteriores sobre la tuberculosis en Sucre.

Y, por tanto, la información histórica y técnica del presente artículo la recogemos de la autorizada obra del nombrado Dr. Bunge.

* * *

Hacia 1903, el bacteriólogo Friedmann, de Alemania, preocupado por la muerte súbita de dos tortugas marítimas, del Zoológico de Berlín, procedió a la autopsia de ambas, a fin de constatar la causa determinante de esa coincidencia. Encontró el investigador, tuberculosis pulmonar en los dos casos, lo cual le llamó la atención sobremanera, puesto que hasta ese entonces no se conocía tal enfermedad, espontánea, en los animales de sangre fría.

Este es el “punto de partida” y el hecho histórico del descubrimiento de Friedmann. Posteriormente, el notable bacteriólogo, aisló y cultivó el agente causante de las lesiones tuberculosas de la tortuga (marítima y terrestre griega) y pudo constatar que se trataba de un *bacilo*, morfológicamente cercano del bacilo de Koch (patógeno áci-

dorresistente) y de los ácidorresistentes saprofitos, pero distinto, no obstante, de ambas especies por otras condiciones morfológicas y biológicas que le hacen *específico* de la tortuga.

Lo que, en síntesis, logró constatar Friedmann en el bacilo de la tuberculosis espontánea de la tortuga, llamado hoy día *bacilo de Friedmann*—“después de minuciosa selección de cepas por cultivos en serie” y de ensayar con bacilos procedentes de distintas variedades de tortugas marítimas y terrestres, sobre multitud de animales de laboratorio—es que su bacilo, para constituir una vacuna antituberculosa, respondía biológicamente a las exigencias de Robert Koch (citado por Bunge) que decía que “*la cuestión es encontrar un bacilo tuberculoso que no sea virulento para el hombre, que se pueda inyectar en estado vivo en sus tejidos sin producir abscesos*”, es decir, “sin ser expulsado”.

Y en efecto, Friedmann ha probado, después, que el bacilo tuberculoso de la tortuga, inoculado *vivo* en los animales de sangre caliente (mamíferos y aves) es inofensivo, atóxico, avirulento; que, bien administrado, se mantiene vivo en el organismo sin ser expulsado, sin producir absceso; que actúa, por el contrario, como antígeno del bacilo de Koch y posee acción preventiva y curativa. “Sólo puede ser patógeno—dice Bunge—en determinados animales de una cadena biológica distante de los mamíferos y de las aves actuales”.

Es decir, que el descubrimiento de Friedmann, llega a ser el ideal de la vacunación antituberculosa, de la misma manera que el descubrimiento de Eduardo Jenner, lo es de la vacunación anti-variolosa.

Pero debemos hacer notar que dichas vacunas, no son, en absoluto, *específicas* de las afecciones que combaten, sino más bien, *paraespecíficas*, ya que en ambas se trata de especies distintas de los agentes productores de la tuberculosis y de la viruela humanas, respectivamente. Friedmann toma el bacilo de la tortuga (que no produce tuberculosis en el hombre) para contrarrestar la acción del bacilo de Koch, al igual que Jenner toma «el virus en estado vivo del *cow pox*, la viruela de los vacunos», (que no determina viruela humana) para combatir la acción del agente productor de ésta.

Y algo más: la vacunación con bacilos vivos de la tuberculosis de la tortuga, tiene según Friedmann, poder inmunizante y curativo para las tres variedades del bacilo de Koch (humana, bovina y aviaria), para el *actinomicys* y para el bacilo de Hansen (sobre el que se tiene pocas experiencias). «Friedmann ha definido por ello la acción inmunizante de su bacilo como *acción específica de grupo*» (Bunge).

Después de larga experiencia en animales —siete años, y dos más de comprobación y seguridad— Friedmann se inoculó, él mismo, su vacuna para probar la inocuidad en el individuo sano.

Así, pues, la vacuna Friedmann no es más que, como él dice, «la emulsión de dichos bacilos tuberculosos vivos (de la tortuga) completamente avirulentos en el hombre» (1) y sin que, por pasajes sucesivos, pueda exaltar su virulencia.

(1) Bunge.—La Tub. Vencida, pag. 85.

Al contrario de lo que ocurre con otras vacunas antituberculosas conocidas, que consisten, ordinariamente, en preparaciones con las variedades del bacilo de Koch atenuadas en su virulencia por agentes físicos y químicos (virulencia que, en un momento, puede exaltarse y determinar una tuberculosis aguda grave), la vacuna Friedmann no ofrece peligros en su empleo, siempre, naturalmente, que se administre de acuerdo a la técnica más rigurosa y en los casos formalmente indicados.

Ello permite poner este medio de lucha contra la tuberculosis al alcance de los médicos prácticos, a tal punto que Bunge sostiene que justamente son ellos los que, en primer término, deben emplearla.

La aplicación de la vacuna Friedmann debe hacerse, de preferencia, por vía subcutánea. Se emplea también la vía bucal, o ambas en combinación simultánea. La inyección hipodérmica se practicará, previa limpieza de la región con éter, «en el pliegue entre la nalga y el gran trocánter, un poco arriba de la cabeza de éste y a 3 o 4 centímetros del mismo», por las buenas condiciones del tejido celular y por el menor peligro de choques y presiones externas.

«El éxito o el fracaso depende de la completa reabsorción del preparado. En el sitio de la inyección debe formarse un foco de infiltración, un nódulo de tamaño variable de una nuez a una manzana pequeña, que desaparece gradualmente en el transcurso de varias semanas o meses. Mientras persiste ese tejido de neoformación y durante su reabsorción gradual, la curación sigue adelante» (Bunge).

Claro es que, como llevamos dicho, en la práctica de la vacunación por el medio Friedmann debe observarse, rigurosamente, una serie de indicaciones y contraindicaciones bien establecidas por el sabio alemán y sus colaboradores de todo el mundo.

Siguiendo, pues, este método en la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, es que se ha llegado a conseguir los miles de miles de casos, perfectamente documentados, de que nos habla el Dr. Bunge, con el calor de un convencido. Es por ello también que atormentado por la injusticia que pesa sobre Friedmann, se pregunta ahora: «¿Cómo es posible que un total de *cuatro millones* de casos curados no haya conseguido difundir la buena nueva entre todos los enfermos, imponiendo universalmente este método de tratamiento?» (pag. 403).

Tampoco ha conseguido mucho la «bibliografía de más de 1,500 títulos» con que cuenta actualmente la vacuna Friedmann.

Y aquí lo admirable—¿lo admirable?—lo que Bunge destaca con caracteres verdaderamente polémicos en su información a la Cámara de su país: los intereses capitalistas creados en Alemania, alrededor de la tuberculosis, han sido principalmente los responsables de la tardanza en la difusión de la vacuna Friedmann.

Nunca, como en el caso de Friedmann, han salido a brillar, para hundir un descubrimiento, tantos ni tan estupendos medios, puestos en juego desigual y desleal,

Apesar de la experiencia de Pesteszébet, la más grande enseñanza de la eficacia de la vacuna

Friedmann, de miles y miles de historias clínicas presentadas por las más destacadas autoridades médicas y científicas del mundo, y de la opinión favorable de sabios como Ehrlich, Jessen y cien más, no se ha logrado, en efecto, imponer el uso de la vacuna Friedmann. Se ha conseguido, por el contrario, hasta el cierre de las fronteras territoriales para «el medio terapéutico incomparablemente más poderoso que todos aquellos de que disponemos hasta hoy» contra la tuberculosis (C. Pouotis, de Grecia). Tal ha ocurrido en Francia, por ejemplo, después de una fuerte campaña periodística fomentada por el rencor del nacionalismo, y de «ataques difamatorios» del propio Dr. Calmett contra Friedmann.

Todo esto, por encima de la sincera confesión —tras larga experiencia—del francés Gastón Daniel respecto de su profundo convencimiento de los excelentes resultados de la vacuna Friedmann, que, en hora solemne, llegó a exclamar: «Nada puede esperarse de los que sistemáticamente no quieren comprender. Y además, está...la nacionalidad de Friedmann. Es preferible, sin embargo, sanar a la alemana que reventar a la francesa» (pag. 227).

La campaña contra la vacuna Friedmann se desencadena, pues, en Europa, con todos los caracteres del egoísmo, por parte de los representantes de la ciencia. En Alemania, en Francia, en Italia, en Suiza, en Hungría, salta la oposición, casi limpia de razones, frente a los hechos claramente demostrados por los partidarios de la vacuna Friedmann.

Pocos descubrimientos han debido tener his-

toria tan agitada como interesante.

¡Qué de cosas se ve desfilar a través de la obra del Dr. Bunge! La calumnia, la mentira, el libelo, el insulto, la grosería, todo— ¡formidable!—en torno a un gran descubrimiento.

Y quienes así se mueven son, ciertamente, los sabios del mundo. Sabios legítimos, de auténtica sabiduría. Un Calmette, por ejemplo, de un lado, con todo su poder de sabio y de francés —más, ahora, de francés que de sabio— oponiéndose al ingreso en Francia de la vacuna alemana. De otro lado, trabajadores de reconocido valor científico —que se rompen las manos administrando el medio Friedmann y llevando, día a día, el control de la historia clínica de enfermos de carne y hueso, comprobadamente tuberculosos como ese famoso médico municipal de Pesterszébet, Eugen Szalai, que realiza una obra realmente grandiosa con la vacuna Friedmann.

Tan dura fue la campaña emprendida en Francia, y tan injustamente sostenida, que no faltaron quienes, franceses netos, acaben por defender a Friedmann con la misma violencia con que a éste se atacaba: «Prefiero ver sanar a los tuberculosos antes que satisfacer el amor propio del señor Calmette», llegó a decir el presidente de la asociación «Por la profilaxis de la tuberculosis», en Francia (pag. 227).

Y en Italia, donde después de Alemania y Hungría, se ha hecho más experiencias con la vacuna Friedmann, el Dr. Belfanti, preparador y partidario decidido de ella, tuvo que dar paso al sentimiento nacionalista de su pueblo, y dejar de auspicjarla, «Sin duda —dice Bunge— para no ser

tachado de favorecer un invento "extrangero" que compite con otros "nacionales", lo que es poco menos que traición en la Italia fascista, aunque los nacionales no valgan nada, como lo he probado a mis expensas" (pag. 214).

Y así, en todas partes.

En Alemania, por ejemplo, para combatir a Friedmann, los comerciantes, los reaccionarios, los patrioteros, los nazis, han levantado todas las armas innobles que se puede levantar: se le acusa de "judío", de "socialista" y hasta de "arribista".

Friedmann, para defenderse, tiene que ganar demandas ante los tribunales de justicia.

Pero la vacuna se abre campo. Se la experimenta cada vez más y con mayores resultados. Llega a América y encuentra partidarios. En Brasil, Uruguay y Argentina se impone. En Brasil se cuenta por miles los resultados favorables; en Uruguay existe ya un "Instituto Friedmann Antituberculoso"; en Argentina el vasto proyecto del Dr. Bunge.

Y los hechos confirman la inocuidad y la eficacia de la vacuna Friedmann; pues sucesivamente las autoridades médicas se van decidiendo por ella.

"La vacuna Friedmann es un agente curativo comprobado, inofensivo —dice Doerrenberg, citado por Bunge— por el que puede ser curada definitivamente la tuberculosis inicial, mediante una o pocas inyecciones, casi siempre sin perjuicio de la actividad habitual". Y añade de Gettkant (pag. 156): "La vacuna Friedmann es un preparado absolutamente inofensivo que *nunca* determina reacciones secundarias peligrosas".

Von Seld, que en 1932 experimentó sobre 1.000 casos y sobre su propia persona afirma que «entre los mejores» está él.

El Dr. Szalai en Pesterszébét, hasta 1933, ha vacunado a 20,000 personas y logrado hacer descender la mortalidad tuberculosa, en forma de veras admirable, en sólo diez años de labor. Antes del empleo de la vacuna Friedmann, era Pesterszébét la población húngara más azotada por la tuberculosis; hoy se encuentra en mejores condiciones que la capital, donde se invierte grandes sumas en la lucha contra la tuberculosis por los procedimientos clásicos.

Debido a estos efectos sorprendentes de la vacuna Friedmann en Pesterszébét, y a la comprobación sin réplica del Dr. Szalai; se ha propagado su uso en todo el territorio de Hungría, de tal manera que se calcula ya en «50,000 los curados, por 400 médicos que la emplean».

* * *

Así, la cuestión de la vacuna Friedmann, cobra a estas horas importancia y atención preferida por parte de los médicos que dedican sus esfuerzos a la extinción de la tuberculosis. En nuestro país en que, como ya probamos con estadísticas, el bacilo de Koch hace más estragos que en la propia Europa, entendemos que hay que dar también un lugar —y un lugar nada mezquino— a la experimentación por la vacuna Friedmann.

Afirman, quienes con autoridad pueden hacerlo, que se trata precisamente de la forma y del medio de lucha contra la tuberculosis más econó-

mico con que al presente se puede contar, dentro del régimen capitalista.

Si esto es así, a más del juicio favorable respecto de su eficacia como preventiva y curativa, la vacuna Friedmann sería, sin duda alguna, la indicada para la campaña que en Bolivia nos proponemos emprender.

Lo cual no impide que se deba también ensayar la vacunación con el medio Calmette—Guerin o cualquier otro, ¿por qué no! (1).

Pero de todas maneras, y sea cual fuere la opinión de las autoridades sanitarias del país, pensamos que —de pronto y sobre todo— debe en Bolivia realizarse una experiencia seria con la vacuna Friedmann, sin perjuicio de proseguir la organización de hospitales, dispensarios, etc., que a la fecha marchan a paso lento.

El aporte de historias clínicas, la relación minuciosa de curaciones sorprendentes en el extranjero, demuestran, de modo cautivante, los efectos evidentemente beneficiosos de la vacuna Friedmann, que, de nuestra parte, debemos experimentarlos. Aunque tuviéramos que experimentar fracasos, debemos experimentarlos. Es deber de investigadores, deber de profesionales, deber del Departamento de lucha contra la tuberculosis.

No se puede negar los efectos positivos de la vacuna Friedmann, simplemente porque otros los hayan negado. Sobre todo si de parte de eminencias europeas y americanas existen juicios y ex-

(1) En modo alguno pretendemos negar el valor de ningún preparado antituberculoso; grato nos sería, por el contrario, conocer el resultado, al menos de los principales, en el ambiente boliviano.

periencias irrefutables. Hoy la vacuna Friedmann constituye una gran realidad, para muchos, en la lucha antituberculosa, y una incógnita —acaso una sorpresa maravillosa— para nuestros médicos.

Y si Bolivia se propone luchar contra la tuberculosis, debe hacerlo por todos los medios posibles y con el empleo de la mayor cantidad posible de recursos, experimentando el mayor número de procedimientos y métodos.

Existen, al decir de Bunge, más de 1,500 publicaciones en bien de la vacuna Friedmann, con una experiencia de 4 millones de casos curados en todo el mundo. Suponemos más que suficiente el dato para que se le dedique algún tiempo de atención también en Bolivia, *o por lo menos en la capital que, en los últimos años, arroja un porcentaje aterrador de defunciones tuberculosas* (1).

Los médicos bolivianos no pueden esperar que otros resuelvan las cosas que les atañe, y que están también en sus manos y en su voluntad el resolverlas. Esperar que las experiencias se agoten en Europa o en otros centros más avisados que el nuestro, y después atenernos *enteramente* a

(1) En el primer semestre de 1937, teníamos 58 muertos por tuberculosis, o sea un promedio de 19,3 por 10,000 habitantes (38,6 anual, por 10,000 habitantes sobre una población de 30,000). En cinco meses del segundo—hasta el 30 de noviembre—tenemos 61 defunciones tuberculosas. Lo que quiere decir que sobrepasará, con mucho, nuestro cálculo provisional de 38,6 por 10,000 habitantes que, para 1937, hiciéramos en nuestro artículo "Sobre una epidemia de tuberculosis en Sucre".

En el próximo número de la Revista publicaremos el cuadro estadístico de este año, con el promedio definitivo de defunciones tuberculosas. Siempre, naturalmente, dentro de la relativa exactitud que nos merecen los diagnósticos y datos del cementerio general.

los resultados obtenidos por ellos, nos parece obrar, en un pueblo, con poca o ninguna independencia o personalidad.

Debe haber continuo movimiento hacia adelante de parte de los organismos destinados a «luchar» y vencer. La lucha de posiciones, de una sola posición (el simple tratamiento paliativo, en este caso) que con frecuencia se observa en nuestras reparticiones sanitarias, poco, bien poco o nada ha de traer como resultado práctico final...

“Es un hecho indudable que con la vacuna Friedmann no se puede hacer daño a nadie”, dice Szalai, en el libro del Dr. Bunge. Y si aceptamos esto —con todas las reservas que se quiera— quedaría planteado, de todos modos, el dilema en Bolivia: o el empleo exclusivo de los métodos corrientes que ocasionan enormes gastos; o la vacunación en masa, a bajo precio, con la vacuna Friedmann. Pero, ya sabemos lo que eroga nuestra institución de lucha contra la tuberculosis con los procedimientos ordinarios: 2 pesos bolivianos por día y por cada enfermo, para drogas y alimentación; lo que es, como decir *nada*, en relación a lo que, con estos métodos, se debe erogar; y lo que es como distraer la atención del público y embrollar la cuestión de la lucha contra la tuberculosis.

Valdría la pena, entonces, ensayar otros procedimientos indicados como más baratos y más eficaces. No habremos perdido mucho, si nada conseguimos. Pero con algo de audacia y —¡eso sí!— de experiencia bien dirigida, de técnica rigurosa, se puede obtener, al menos, una *conclusión* segura, cierta para nosotros.

Y aunque los poderes públicos se muestren

sordos y ciegos ante las realidades de la tuberculosis en Bolivia, las instituciones sanitarias tienen obligación de dirigir sus pasos por todos los caminos abiertos a la solución de este gran problema, sin esperar resultados absolutos del extranjero. Por diversas causas, siempre hay diferencias, a veces notables, —cuando se hace una buena experimentación— de una población a otra.

Entre los países americanos que ya han experimentado, y con brillantes resultados, la vacuna Friedmann, están Brasil y Uruguay. Se ha llegado a comprobar, por ejemplo, que la mayor *luminosidad* de estos pueblos, interviene, más que en Europa, en la acción inflamatoria de la vacuna usada por vía subcutánea. Pero se interpreta «la inflamación del depósito como un buen signo, demostrativo de una capacidad de reacción que se manifiesta luego en la curación». La luminosidad tendería a provocar, según Bunge, «mayor alergia en los enfermos vigorosos».

Y es en este punto en el que, desde luego, debemos fijar nuestra principal atención, toda vez que Bolivia es uno de los pueblos sudamericanos que ofrecen mayor expectativa al extranjero y observadores, por su variedad de climas y alturas, por el poder incomparable de su luz, por la fuerza de acción del «andinismo»...

La ciudad de Sucre, por ejemplo, que goza de propiedades lumínicas especiales, se prestaría para realizar esa comprobación interesante que, con la vacuna Friedmann, han hecho los médicos argentinos, brasileiros y uruguayos.

Por todo ello, concretando nuestros puntos de vista, propondríamos que se elija esta ciudad de

Sucre para experimentar los efectos de la vacuna Friedmann, en el medio boliviano, ya que además de contar con la ventaja de una población relativamente pequeña (lo que permitiría levantar, rápidamente, un censo) dispone de un Instituto Médico, de una Facultad de Medicina y de gran número de profesionales que podrían, con una buena organización, hacerse cargo de la comprobación, control y vigilancia de los efectos y resultados de la vacuna. El Departamento de Lucha contra la Tuberculosis sería, en el caso, el encargado de efectuar el plan de vacunación.

Prevía minuciosa observación clínica y radiológica, se podría comenzar por la población escolar, soldados y tuberculosos hospitalizados, efectuando la vacunación con la técnica y en los casos estrictamente indicados por el profesor Friedmann.

La elevada mortalidad por tuberculosis que acusa Sucre, al extremo de constituir una verdadera "epidemia" en los últimos años, debe motivar, finalmente, mayor atención por parte del Departamento Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, y la efectividad de una campaña como la que, sin pretensiones, nos atrevemos a proponer, guiados por las ideas y afirmaciones del libro del Dr. Augusto Bunge, el alegato más formidable que se presenta en Sud América en pro de la vacuna Friedmann. La fé que el Dr. Bunge deposita en el descubrimiento de Friedmann y en la obra de Szalai, de Pestérs zébet, nos impulsan a proponer, en nuestro país la experimentación, siquiera limitada, de esta vacuna. Siquiera de ésta ya que de ninguna —antituberculosa— se ha experimentado en Bolivia.

Sin temor diremos que el Dr. Bunge ha agotado el tema de la defensa de la vacuna Friedmann, colocándose en todos los casos, en todas las circunstancias, y resolviendo admirablemente todas las objeciones existentes e imaginadas.

De nuestra parte nos ocuparemos en próxima oportunidad, con mayor detenimiento y conocimiento, de esta vacuna Friedmann, tan apasionante por su valor terapéutico en la tuberculosis, puesto al día por el Dr. Bunge, cuya humanidad la percibimos en su espléndida magnitud.

Enrique VARGAS SIVILA

Sucre, 10 de Nbre. 1937.

DELINCUENCIA INFANTIL

Por el Dr. Germán Orosco P.

Raro parecerá, a muchos, que un médico tenga que ocuparse de un asunto de carácter más bien jurídico-social. Pero habrá que contestar, a quienes así piensan, que la obra de profilaxia de la delincuencia de menores y aún de mayores es, por hoy, de fundamento netamente médico-legal.

Por eso nos ocuparemos ahora de este tema, precisamente en momentos en que el Gobierno Nacional ha dictado un Decreto sobre protección de menores, creando un Patronato, con su reglamentación relativa. Es claro que nuestra tarea no será solamente la de enriquecer la copiosa literatura internacional que al respecto existe, y que más de una vez ha llegado a fatigar y aburrir a la opinión pública, sino que pretendemos nada menos que encarar la solución de este problema, de acuerdo a las características propias de nuestro país.

Debemos hacer notar previamente el creciente porcentaje de la delincuencia en Bolivia, sobre todo en estos últimos años que han seguido a la guerra del Chaco. Sus causas son, innegable-

mente, la perversión moral, la incultura, y sobre todo la miseria de las clases inferiores.

Y no es posible separar en sus orígenes, la delincuencia de mayores de la de menores, como suele ser tentación general. Son los hábitos, costumbres y educación adquiridas durante la niñez y la juventud, la base para el desvío en contra de la sociedad que se manifiesta en los adultos por medio de delitos reñidos con las buenas costumbres, con el orden público, con la propiedad y con la vida de los demás.

«Querer acabar con la delincuencia de mayores y dejar intocada la infantil, es podar las malas yerbas o acometer tan infructuosa labor como la de Sísifo», dice muy bien el Dr. José Antonio León Rey, Juez de Menores de Bogotá.

Y nosotros agregaremos que no es con policías, cárceles, confinamientos ni ejecuciones, que se combate mejor la criminalidad. Es atacándola en su fuente de origen —la niñez— y con el empleo de la más eficaz medida de defensa: *la educación*, que se logran los mejores resultados.

La educación suprimirá la influencia perniciosa de la calle, elevará la moral de las clases inferiores, mejorará las condiciones de vida y de alimentación en el hogar, vinculará mejor a padres e hijos, evitará que el arroyo cargue con los hijos ilegítimos, enaltecerá las virtudes de la mujer y dignificará el espíritu del hombre con el trabajo honrado. La educación, bien dirigida desde la infancia, logrará mucho más en beneficio de la sociedad, que todos los métodos de castigo que el hombre ha ideado.

La delincuencia infantil, según las estadísticas

de otros países, crece en forma alarmante y en relación directa a la falta de atención de la niñez. Los pueblos que no cuentan con instituciones que velen por el bienestar de los niños, son los pueblos en los que mejor y más campea la delincuencia.

Ya está establecido que la calle pública es un factor poderoso de la criminalidad. Esta afirmación está debidamente basada en las estadísticas de ocupación y trabajo de los delincuentes. Tenemos como ejemplo una estadística parcial colombiana: "De 1,558 comparecientes, 797 no tenían ninguna ocupación y se hallaban a merced de la calle pública; 332 eran limpiabotas y por consiguiente, pasaban su vida también en la calle pública; 236 se ocupaban de vender prensa u otras efectos, oficios que también deben realizarse en la calle pública; 94, número ya bastante más pequeño, eran albañiles; 52 zapateros; 37 lateneros y 10, estudiantes».

Suprimir la calle, como factor de delincuencia, para recoger a los vagabundos en asilos del Estado o particulares, es medida que hoy no se aconseja, especialmente en los pueblos latino-americanos, en los que existe marcada inclinación en las clases inferiores a descargarse de la obligación de mantener y educar a los hijos, merced a las instituciones de beneficencia pública.

Resultados más provechosos ha dado siempre, compeler a los padres al cumplimiento del deber que tienen de cuidar a sus hijos y de darles la debida educación, desde el momento que el abandono y la falta de vigilancia, son otros factores que conducen a los niños hacia la delincuencia. Es así cómo, en otros países, las autoridades

judiciales tienen facultad de imponer sanciones pecunarias o de arresto a los padres o personas encargadas del cuidado de los niños, cuando se comprueba en éstos faltas, o cuando el abandono y el mal ejemplo por parte de aquellos ha dado margen a tales faltas.

La acción educativa en las clases inferiores debe ser más intensiva, para tornar a los padres, de buen grado o por la fuerza, en verdaderos colaboradores de la sociedad, para suprimir de esta manera otra fuente de criminalidad, haciendo de la casa en que el niño vive, un verdadero hogar donde impere la moral, el bienestar material, la salud, el cuidado y el verdadero afecto, para evitar que la abandone tempranamente en busca de olvido a su dolor inicial de la vida, convirtiéndose en un vagabundo, o en un enfermo físico, mental o moral.

Sólo deben constituir casas en que el Estado intervenga con su obligación de asistencia social, aquellas en que se compruebe que la causa por la que el niño recurre a la calle, es la miseria, o cuando el hogar en que vive es inmoral, indeseable o importa peligro para su salud, o cuando no existe una verdadera garantía por parte de los padres o familias a cuyo cuidado se encuentre aquél.

Bien se sabe, igualmente, que la paternidad ilegítima es otra de las causas de abandono y de delito. Pero por suerte, ya existen decretos que establecen las obligaciones de los padres en estos casos, así como igualan los derechos de los hijos legítimos y naturales. Sólo hace falta ahora, proceder a que el pueblo cumpla estrictamente lo que nuestras leyes y decretos prescriben en bene-

ficio de todos los que al abrir sus ojos a la luz, vienen con la esperanza de llegar y vivir en un país en que imperen el orden, la disciplina, la moral y la justicia.

Todo esto es lo que conviene hacer para evitar el acrecentamiento de la delincuencia infantil. Pero, ¿qué deberá hacerse en favor de aquellos niños ya incorporados a las filas del delito ¿Cómo se podrá salvar a estos pequeños desviados del respeto a la ley y a la sociedad?

Este será el tema de nuestro próximo artículo, en que trataremos la manera de evitar el acrecentamiento de asilos, penitenciarías y manicomios, que significan la vergüenza de los pueblos y la inferioridad de su situación cultural y moral.

La libertad, lema sagrado de todas las civilizaciones, debe dar siempre paso a la idea noble, a la acción proficua en beneficio de la colectividad, al trabajo edificante, a la armonía y al respeto que deben guardar en sus relaciones los ciudadanos y las naciones, para lograr el mejoramiento y el engrandecimiento material y espiritual del mundo todo.

II

Declaremos, previamente, que en Bolivia no existen Jueces de Menores, ni tribunales especiales para juzgar sus faltas o delitos. Tampoco cuentan los niños delincuentes con establecimientos que los rehabiliten.

¿Que sucede, en nuestro medio, cuando un niño es sorprendido «in fraganti» en un robo, por ejemplo? Pues, que sencillamente un policial, con

más facha de fantoche que de agente del orden, lo «arrastra» como a bestia rebelde por las calles de la ciudad, propinándole de vez en cuando unos cachiporrazos, hasta hacerle llegar al local de la Policía. Allí, las autoridades inician su pron-tuario y le arrestan en locales insalubres, con-juntamente con los delincuentes adultos.

Si la falta no ha sido grave o si la ha co-metido por primera vez, es puesto en libertad el niño delincuente, con lo que se le concede la au-torización y permiso policial para la reincidencia en el delito.

Cuantas veces leemos en las crónicas policia-les de los diarios, que rateros sorprendidos en delito, regresan presos pocas horas después de ha-ber sido puestos en libertad, por haber cometido un nuevo robo.

Para aquellos niños considerados peligrosos o delincuentes verdaderos están las cárceles, donde conviven con toda gama de criminales, pues que las más de las veces, ni siquiera tienen una sec-ción especial dentro de la misma prisión.

¿No es esta la manera más eficaz de hacer que un pequeño ratero se convierta en un perfecto criminal a su salida de la cárcel? ¿No aprende allí, de los mayores, todo lo que le hacía falta para pervertir mejor su espíritu y su conciencia?

Así es cómo estamos contribuyendo, en la actualidad, a incrementar y perfeccionar la delin-cuencia infantil; y es ésta también la razón prin-cipal del aumento de la delincuencia en los últi-mos años.

Citaré un ejemplo demostrativo:

Hace apenas tres días, he tenido ocasión

de ver una caravana de unos veinte delincuentes, que era conducida por una escolta de seis soldados que llevaban pendiendo en sus hombros izquierdo y derecho unos viejos y enmohecidos fusiles. Entre los veinte, pude advertir seis niños, desaliñados, sucios y macilentos. Este espectáculo fué contemplado por toda la gente que abigarradamente esperaba, en la esquina del Cine Paris, la hora de la «tanda»: y toda esa gente vió semejante atentado a la cultura y civilización, con la más fría indiferencia. Más que el porvenir de esa pequeña caravana, parecida a las que marchaban a Siberia en la época de los Zares, le interesaba contemplar el colorido de «Los amores de una cortesana»...

Ahora que se quiere proceder a la reorganización del ramo judicial, es cuando debe pensarse en crear jueces probos, humanos e inteligentes, para estudiar, juzgar y evitar la delincuencia de los menores. Jueces que sólo entiendan de los asuntos infantiles y que, encajados dentro del conjunto de obras que tiendan a la rehabilitación de los niños, sean dignos representantes del Estado y de la sociedad, y deseen para ellos, no el castigo, sino la redención.

Existe unanimidad, en todos los países, para no proceder a la detención de menores en ningún caso, mientras, se reúnan todos los antecedentes del niño y de su familia.

En general, el arresto no debería realizarse, pero él es necesario en determinados casos. Cuando un menor ha cometido un delito grave en vía pública, que haga considerarlo individuo peligroso, se aconseja internarlo preventivamente para reunir los antecedentes suficientes. Para ello están

aconsejadas las Alcaldías u otros establecimientos especiales para menores, que llevan diferentes nombres.

Las Alcaldías son, por lo tanto, establecimientos de clasificación y de paso, donde sin embargo la permanencia de los niños suele prolongarse por varios meses, y aún años.

Este sistema debería modificarse porque gran parte de los niños abandonados carecen de un hogar sano y honesto, que encauzara sus primeros pasos por la vida. Debería desaparecer la impresión de que se trata de establecimientos penales estilo cuartel, para hacer que ellos sean más bien verdaderos hogares, que den al asilado la impresión de encontrarse en su propio hogar y no en una casa ajena, ya que ellos están ávidos, no tan sólo de pan y de techo, sino de afectos y calor de hogar. Creando en ellos el hábito al trabajo remunerado se formará una modalidad vivificadora en sus espíritus y se les dará, al mismo tiempo, la sensación de que ellos son capaces de ganar algo.

Las Alcaldías de menores son entidades oficiales, fundadas para la corrección de la infancia desvalida y delincuente. Son verdaderos reformatorios. En ellas cada pupilo está fichado, anotándose en la ficha el nombre de los padres y su nacionalidad, la información de la vida y costumbres, para llegar de este modo a los verdaderos antecedentes. Los niños a internarse van de las comisarias o directamente, por denuncia de un juez, por el *modus vivendi* de la familia que tiene al menor, quedando retenido si éste es desfavorable.

Este procedimiento está en desuso, pues la

ley de tribunales de todos los países dice que debe evitarse la detención de los niños, porque ellos niegan generalmente su hogar, carecen de él; o los padres piden que los tengan para aliviarse de obligaciones hacia ellos.

Lo ideal sería, para muchos países, la creación de campos de concentración agrícola; no siendo factible para todos, se debe procurar, al menos, que estos niños dediquen unas horas a trabajos de taller, etc.

Con esto se remplazaría el sistema que trata de castigar a los niños delincuentes por el de salvarlos, encauzándoles por el camino del bien y creando en ellos no una mentalidad de asilados o amparados por miseria, sino de capacidad de trabajo, con lo que se lograría una obra más humana y más moral.

El procedimiento correccional más acertado es el que se usa en Bélgica, país donde el Juez concurre todas las mañanas a estudiar y observar a los niños en su casa, o los lleva a un establecimiento que cuenta con una clínica anexa, en la que se hace un estudio médico-psicológico del delincuente, anotándose en un libro las condiciones en que ingresó y el resultado del examen físico.

Muchos consideran que el examen y observación médica debe realizarse en la propia casa; pero esto no es posible, porque hay que vigilar a estos niños en todo momento. Para esto es necesario internarlos en establecimientos dedicados a este objeto.

En Londres existen tres clases de establecimientos para detención de menores por contravenciones y delitos. Uno de ellos está destinado a

niñas; otro a menores de 12 años; y el tercero a los varones de más de 15 años. Además, en Londres existen clínicas bien organizadas para la observación completa del niño delincuente.

En Francia alojaban antes a los niños en una cárcel terrible; hoy los llevan a una sección especial.

En España antes el problema era más sencillo, pues una Junta Oficial de Beneficencia, a disposición del tribunal de menores, se hacía cargo de ellos; hoy en España no existe nada, desgraciadamente, sino la más completa anarquía.

En Estados Unidos de América cuentan con establecimientos-colegios; así, en Boston existen Institutos especiales encargados a una sociedad que distribuye a los niños en casas de distintos barrios, encomendando su cuidado generalmente a viudas o matrimonios sin hijos y pagándoles \$ 30 mensuales, con obligación de cuidarlos de la alimentación, de la ropa, de la observación de su conducta y presentarlos toda vez que lo requiera el Juez. Este buen sistema no se ha difundido sin embargo, en Estados Unidos, porque existen magníficos establecimientos especiales.

Es tendencia actual, desligar los establecimientos de detención provisoria, de las comisarias, para hacerlos depender más bien directamente de los tribunales de menores. Todos están de acuerdo en que se debe evitar que los niños pasen por dependencias policíarias o cárceles.

En la Argentina, la Alcaldía ha sido creada por la Policía, cuando debiera haberlo hecho la Municipalidad o una Sociedad de Beneficencia.

El ideal sería que los establecimientos correc-

cionales dependieran directamente de los tribunales, pues que así estarían los niños más en contacto con ellas,

¿Dónde deben ubicarse estas casas? Las de detención provisoria deben estar en las mismas ciudades en que actúan los tribunales; no así las colonias que deben estar fuera de ellos.

¿Qué capacidad deben tener estos establecimientos? En general, deben tener una capacidad reducida, pues no pueden ser más que «casas de pasaje» en que los niños deben permanecer nada más que el tiempo necesario para su estudio médico-psicológico y para reunir antecedentes. Estos establecimientos no deben ser destinados a la enseñanza de oficios. Su capacidad no debe pasar de 150, pues que así la observación constante de los asilados no tropieza con los inconvenientes que ofrece la concentración de cantidades mayores de niños. El tiempo de permanencia de los niños en estos establecimientos debe estar reglamentado. En Bélgica, por ejemplo, están como máximo 15 días.

¿Qué características deben tener los edificios? Deben ser amplios, sanos, ventilados, con mucha luz, con grandes aulas y talleres para probar la capacidad para tal o cual trabajo pero no para la enseñanza de un determinado oficio. Además deben tener un dormitorio especial para los recién llegados y no estudiados. Por otra parte, deben contar con un amplio patio para ejercicios físicos y para los juegos al aire libre, manera eficaz de hacer una mejor observación y estudio.

El personal superior de estos establecimientos deberá estar constituido por médicos, psicólogos

y por pedagogos, que guardarán íntima relación con el Juez de Menores, por intermedio de un cuerpo de visitadoras sociales. Ellos tendrán por misión estudiar a los niños bajo todos sus aspectos, para plantear luego el tratamiento educativo y medios que conviene a cada caso. Durante el tiempo que demanda este estudio y clasificación de los niños, el Juez de Menores podrá personalmente o valiéndose de las visitadoras, recoger los antecedentes personales, familiares y del medio en que el niño ha vivido.

«Al terminar el periodo de observación, el juez dispone de los siguientes elementos de juicio: tiene la cuestión jurídica, es decir, la falta del niño, que es la causa de los demás estudios; conoce la vida del pequeño, de su familia y el ambiente que le rodea, con todos los detalles que pueden influir en su conducta; no es un secreto su constitución física, ni el funcionamiento de sus aparatos y sentidos y relativamente se habrá podido valorar la posible influencia que el sistema endócrino haya podido tener en el obrar antisocial; se habrán realizado en el laboratorio las reacciones de Wassermann y Kahn; será imprescindible el examen coprológico y el de la nutrición y se dejarán anotadas las anomalías orgánicas y funcionales».

«De otro lado, el psicólogo habrá explorado las funciones de adquisición, de elaboración y de ejecución, y al indicar el perfil psicológico que haya obtenido, habrá señalado el derrotero que debe seguirse para alcanzar un progreso mental y para orientar profesionalmente al corrigendo. El pedagogo nos dará el grado de adelanto llevado por el niño y a la vez, con su perspicacia vocacio-

nal y de estudio, nos dará orientaciones preciosas acerca de sus tendencias, de su conciencia moral, de sus sentimientos, en especial de su afectividad, de su temperamento y de su carácter, en una palabra.

«Con estos elementos sumados, ya tendrá el juez de menores un bello panorama para apreciar, la misteriosa personalidad del niño abriráse de pronto ante la vista mostrando en dónde se ha desbordado el cauce enantes apacible de la vida infantil y al punto aplicará los remedios, porque conoce las causas: este deberá pasar las clínicas porque el tratamiento antiespecífico quitará los estigmas de una peligrosidad, al destruir la super-sensibilidad morbosa; aquel, psicoadensidiano, llegará pronto, mediante una terapéutica adecuada y acaso una intervención quirúrgica, a escalar los linderos de la normalidad; ese otro alcanzará el pleno uso de sus facultades y energías al ser tratado por medio de la opoterapia. El que parecía víctima de una aberración, encontrara su curación en la simple mudanza del medio. Y toda esa muchedumbre de niños que a primera vista eran ya esclavos de algún hábito fatal, obtendrán su liberación en la reforma y allí se verá al maravilloso florecer de una juventud ahogada por malezas que sólo el educador sabe aniquilar.

«¡Qué inmensa satisfacción habrá de experimentar el juez de menores al estudiar el caso de un niño para tomar una solución, ésta sí, salvadora, conforme la quiere la ley! ¡Cómo se va a mermar la muchedumbre de criminales en la ventura al restarle a ese ejército fatídico tantos pequeños reclutas que hoy estamos empujando con mano

despiadada hacia el campo de la ignominia!».

Así habló el Dr. León Rey, en su conferencia pronunciada en la Universidad Javeriana de Bogotá,

Si en nuestro país, hablaran de este modo todos los hombres que buenamente se interesan por la infancia anormal, prevocaríamos, con seguridad, una reacción favorable en la opinión pública y en las autoridades encargadas de la solución de éstos y tantos otros problemas de orden netamente social.

¿Cuándo llegará el día en que la República ofrezca el aspecto de un país verdaderamente civilizado?

Cuando todos los ciudadanos presten, ufanos, para esta clase de obras, igual contribución que la que dieran para el empuje destructor de la guerra. Y no pedimos mayor esfuerzo que el de entonces, porque con una seme'ante habremos levantado el país, al mismo plano o nivel en que se encuentran otros países indo-americanos, que con mayor inteligencia, supieron evitar para su historia, hecatombes que en ningún caso significan glorias.

El Trípode Psíquico (1)

Por Jaime Mendoza

I

Mirando la cavidad craneal, hacia su base, no podemos menos de llamar la atención la singular arquitectura que nos presenta.

Ella, como un edificio destinado a llenar muy especiales funciones, se halla dividida en tres departamentos osteológicos muy bien diferenciados, correspondiendo a los tres pisos descritos por los anatomistas.

Dichos pisos a contar de abajo arriba y de atrás adelante, son: 1°. el piso occipital; 2°. el piso temporal; 3°. el piso frontal.

Forman ellos dos mitades simétricas a cada lado, y en la parte interna o central se hallan reunidos por un tallo o escalera extendida desde el agujero occipital, gran pasaje con el canal raquídeo, hasta la apófisis cristagalli, pasando sucesivamente por el canal basilar, la lámina cua-

(1) En 1929 se hizo la primera edición de "El Trípode Psíquico", como suplemento de la revista del Instituto Médico «Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (t. I, No. 1, París). En 1930 se hizo la segunda, vertida al francés, en la Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (t. I, No. 1, París). Habiéndose agotado aquellas ediciones, y como diversos elementos estudiosos de dentro y fuera del país, sobre todo en la Facultad Médica de Chuquisaca, demandan este ensayo, lo reproducimos al presente. Hay, además, la razón de que el autor, en sus exposiciones acerca del parricida Federico García Gutiérrez, publicadas en este mismo número, hace repetidas alusiones a "El Trípode Psíquico", lo cual lo hará útil para los tribunales de justicia que intervienen en el caso.

drilátera, la silla turca y la lámina cribosa etmoidal. Diríase una soberbia escalinata ascendiendo entre dos series de naves laterales, y mostrando en el centro, donde está la silla turca, algo así como un solio axial desde el cual se irradian arriba, abajo y a los lados, los predichos departamentos, hallándose todo el conjunto del edificio abovedado por un dombo común.

He aquí una primera particularidad de carácter meramente óseo, pero que, por su peculiar morfología, ya nos sirve de base para construir el signo escalonado que sintetiza nuestra concepción sobre el psiquismo. Unos cuantos trazos esquemáticos de la base del endocráneo bastan para caracterizarla gráficamente (fig. 1)

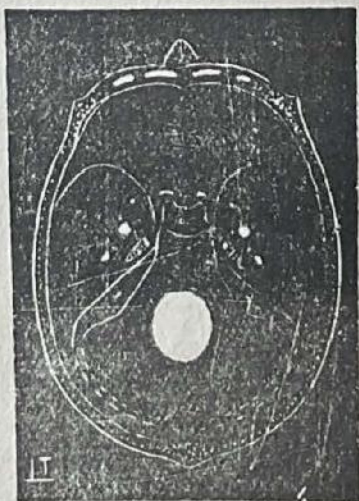


Fig. 1.

II

Bien, pues; en cada uno de los pisos que acabamos de indicar, se halla alojada una fracción correspondiente de la masa encefálica.

Es decir, empemos por dividir el encéfalo en tres segmentos para el caso. Son los siguientes; 1er. segmento: es-

tá formado por el bulbo, la protuberancia anular y el cerebelo, masa común a la que llamamos cerebro inferior o posterior; 2º. segmento: se halla constituido por los núcleos optoestriados envueltos por los lóbulos cerebrales occipital, temporal, insular e hipocámpico; lo llamamos cerebro medio o central; 3er. segmento: formado por el lóbulo frontal, al cual llamamos cerebro superior o anterior.

Esas tres porciones forman también mitades simétricas, reunidas por un eje común en el que figuran la cavidad endocranial con sus diversos ensanchamientos, y ciertos órganos anexos, tales como la epífisis, el trigono cerebral, la glándula pituitaria, etc., etc.

Esta distribución tripartita se halla, morfológicamente, muy bien acusada en la base. Así, entre el segmento inferior y el medio, se hallan la tienda del cerebelo, atrás, y la bóveda del peñasco adelante; y entre el cerebro medio y el superior, la gran escotadura de Silvio constituye, hacia la base y partes laterales, un límite arcifinio neto (figs. 2 y 3.)



Fig. 2.

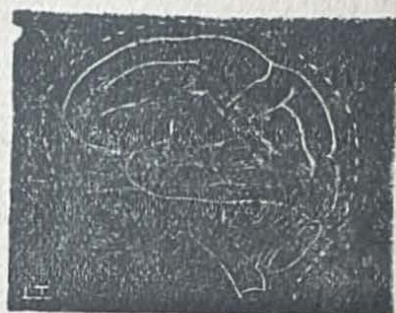


Fig. 3.

De paso, podemos señalar también ciertas características que tipifican aún más la anterior división; sólo que al proceder de este modo debemos decir que no se trata de establecer límites o aledaños infranqueables entre los segmentos indicados. Se trata simplemente de predominios, pero de predominios suficientes para caracterizar tipos. En tal virtud, podemos señalar las sistematizaciones vasculares que se notan en los territorios de la cerebral posterior, media y anterior; las de la red linfática que empiezan a manifestarse en las paredes del cráneo y se hacen más ostensibles entre las tres masas de nuestro estudio; por ejemplo, el lago silviano de la base y los flumens rolándicos laterales, entre los segmentos anterior y medio; y el lago cerebeloso superior entre el segmento medio y el inferior.

Histológicamente, bien que este punto aún no se halle debidamente dilucidado, se conocen también ciertas sistematizaciones en la cito y mielo arquitectura de los centros encefálicos que dan lugar a tipos regionales. Tal, el lóbulo prefrontal tiene un carácter que le es propio, así como lo tienen los núcleos basales en la repartición, morfología, tamaño y contextura de sus elementos celulares.

La embriología, por su parte, nos enseña que la formación encefálica primordial aparece con la constitución de tres vesículas: la inferior o rombocéfala, la media o mesencéfala y la superior o procencéfala; y de estas tres vesículas se derivan el bulbo (mielencéfalo), la protuberancia y cerebelo (metencéfalo), el cerebro intermediario (diencéfalo) y el anterior (telencéfalo).

Y, aun en el orden antropológico, es permitido inducir

que en la inmensa sucesión de los tiempos, la morfología cráneo-cerebral ha seguido en el hombre el mismo camino que estamos señalando, bajo influencias cósmicas, por procesos fisioquímicos, mecánicos, morales, etc., que apenas alcanzamos a columbrar. Así, por ejemplo, conocemos el cráneo de Neanderthal. En él no existe el hueso frontal, o se halla reducido a un mero esbozo. Y, ahora bien, si allí faltaba el frontal, tampoco existía el lóbulo cerebral correspondiente. A ese cráneo le faltaba el piso superior.

Y si desde tal tipo, nos remontásemos todavía quizás hasta las profundidades del período terciario, ¿con qué otros tipos aún más primitivos nos podríamos encontrar?

III

Hecha la distribución anatómica de la cavidad craneal en tres departamentos, y dividido su contenido, o sea el encéfalo, en los tres segmentos que hemos indicado, vamos a penetrar en el fondo medular de nuestra tesis; para lo cual distribuiremos también en forma esquemática las funciones cerebrales que integran el psiquismo global en esas tres porciones.

Pero, para ello, será necesario fijar previamente nuestro criterio al respecto.

Lo que llamamos el psiquismo global se halla formado, a nuestro juicio, por estos tres elementos fundamentales: 1º. el elemento instintivo o instinto; 2º. el elemento afectivo o afectividad; y 3º. el elemento intelectual o intelectualidad.

Estos tres elementos fundamentales los colocamos en cada uno de los pisos de nuestro esquema, a saber: en el primer piso u occipital, el instinto; en el medio o temporoesfenoidal la afectividad; y en el superior o esfenofrontal la intelectualidad.

Ahora, puntualicemos en breves conceptos esta tesis.

El Instinto

Claro es que, para muchos pensadores, el instinto no es

un elemento psíquico, y sí mas bien es considerado como un concepto antagónico del psiquismo; pero esto nos parece un grave error.

Justamente, la base del psiquismo está, para nosotros, en el instinto.

Siendo el instinto simplemente la tendencia del hombre a vivir, esto es, a conservarse, ya sea individualmente o a prolongarse por la reproducción, natural es que, desde su aparición y conforme lo vaya permitiendo el desarrollo gradual del organismo corporal, lo empuje a servirse de todos aquellos recursos necesarios para tal finalidad. Así, el ser humano, que para vivir tiene necesidad de alimentarse, irá procediendo en consecuencia, bajo el estímulo del instinto. El niño recién nacido se aferrará al pecho de la madre por puro instinto; pero ya allí mismo estará, inmanente, todo el edificio psíquico del porvenir. En él, desde los primeros reflejos bulbares, desde los simples gestos de tactismo elemental, heraldos prístinos de la voluntad futura, irán desarrollándose las sensaciones de placer o disgusto crepusculares, las nociones todavía imprecisas del olor y del sabor del alimento, la atención, la curiosidad, la memoria rudimentaria, las primeras identificaciones ideatorias. Después, ya no sólo su boca, sino también sus manecitas —progreso enorme— se aferrarán al pecho materno. Le gustará ver a su madre, oírla, tocarla, sentirla. La amará ya. La afectividad se hará más categórica. Y, conforme avanza el niño en el desarrollo de sus circunvoluciones cerebrales, en la diferenciación celular, en la mielinización de las fibras conductoras, y conforme se vayan abriendo allí nuevos caminos, o se ensanchen los primeros, por el fenómeno de la *iteración* de Spencer, aparecerá más patente el psiquismo superior y junto con él, su manifestación más rotunda: la voluntad.

La voluntad consciente.

Estamos en el piso intelectual. El niño ya no será tan sólo instintivo o afectivo; será también intelectual. Se habrá completado la evolución.

El instinto, es pues, la base del psiquismo.

Esta facultad del instinto, según queda dicho, la loca-

lizamos en el primer piso de nuestro esquema, o sea en el inferior, como que éste es la base del edificio.

En efecto: en la masa encefálica, representada por el bulbo, la protuberancia y el cerebelo, está lo principal de las funciones instintivas de nuestro organismo. El bulbo preside la circulación, la respiración, la digestión, etc., funciones puramente instintivas. La protuberancia completa ese papel constituyendo un centro más adelantado y más próximo a los pisos suprayacentes, tal como nos lo demuestran las experiencias realizadas en los animales acerebrados y ciertos hechos anatomopatológicos en el hombre. El cerebelo, ese gran centro de la equilibración y regulación de los movimientos inconscientes, de las posturas, constituye por ello mismo, otro elemento complementario en la vida del instinto.

Y, escondido, entre esas tres masas del cerebro inferior está el cuarto ventrículo, como recóndito tabernáculo donde se apilan los núcleos de que emanan los nervios craneales destinados a intervenir en la vida del individuo y de la especie.

En una palabra, el piso del instinto, situado entre el inicio de la cavidad craneal y la terminación de la raquídea, viene a ser el elemento de transición entre la vida medular inferior, puramente refleja y la cerebral superior en que aparece el fenómeno de la consciencia.

Y aquí mismo también, sobre la vida orgánica regida por el ortosimpático, se superpone al sistema vagal o parasimpático, cuyo tronco principal lo constituyen los pneumogástricos. La cenestecia, o sea la proyección del mundo interior, ha venido a encontrar en el piso del instinto, el umbral supremo para penetrar en la vida psíquica.

Y allí están igualmente los antecesores; allí el potencial comprimido de la herencia. Y puesto que con él mismo se halla la influencia del gran cosmos que experimentaron otrora nuestros padres, resulta así que en el piso del instinto late el alma universal del pasado y el presente.

Y acaso también del porvenir.

Afectividad

El concepto de la afectividad se halla extensamente tratado en las obras de psicología y psiquiatría. No nos detendremos por lo mismo, mayormente, sobre él. Bástenos decir que, para nosotros la afectividad no es sino una modalidad de la sensibilidad moral, vale decir la determinación psíquica de la sensibilidad.

Esta función de la afectividad la hemos ubicado en el segundo peldaño de la cavidad, o sea, en el tramo correspondiente del encéfalo, esto es, en el cerebro medio. Y aquí también, nos es preciso entrar en algunos detalles.

Hemos hablado de los núcleos centrales del cerebro, llamados optoestriados que, anatómicamente, ocupan el centro mismo de los hemisferios cerebrales y, en gran parte, se hallan envueltos por el grueso del cerebro sensorial hacia atrás y los lados, y por el cerebro intelectual hacia adelante. Son como la almendra del fruto, envuelta por la pulpa. Y ellos, por su lada interno, (tálamos y núcleo caudado) convergen hacia una tríplice cavidad. Ellos, de igual modo que, en el piso inferior, bulbo, protuberancia y cerebelo con sus pedúnculos, rodean al cuarto ventrículo, también circundan al tercer ventrículo y a los laterales. Nuevo y recóndito tabernáculo. Y allí también, como en el piso del cuarto ventrículo se enfilaban los núcleos de los cuerpos craneales, se hallan igualmente otros núcleos extraños, los más todavía enigmáticos, como los tubérculos mamilares, el ganglio de la habénula, el ganglio interpeduncular, la hipófisis donde Descartes situaba el alma, y la hipófisis, pequeña glándula, cuyas funciones enormes empiezan a conocerse.

Desgraciadamente, aún no se ha establecido claramente el papel individual de los núcleos optoestriados. Apenas si algo sabemos del síndrome talámico de Dejerine, de la enfermedad de Wilson, de la correa de Huntington, etc. etc. Para los más de los fisiólogos, esos núcleos son grandes vías de paso de la sensibilidad y poderosos centros reflejos.

Para nosotros son verdaderos centros psíquicos. Son lo que podríamos llamar el corazón del cerebro. Son el eje de nuestra afectividad. Ellos añaden al ciclo del instinto nuevos elementos que informan la vida mental y le dan color. Allí nuestras emociones encuentran su centro propio, se elaboran, se condensan y se revelan en el rostro, aun antes de que se manifieste el cerebro superior.

*
* *

Y añadamos todavía a este propósito otro concepto, por mucho que pudiera ser considerado como sobrado prematuro y audaz: nosotros consideramos la afectividad no sólo una función nervioso-sensitiva, sino también esencialmente endócrina. Es decir, para nosotros, la afectividad, en cualquiera de sus formas,—dolor, alegría, cólera, miedo, etc., etc.,—se halla siempre caracterizada por ciertas secreciones humorales que dan un tono particular a nuestros sentimientos e ideas, y en veces nos conducen hasta estados tremendos de intoxicación.

Y el centro propio de esas manifestaciones está en el piso que señalamos, por mucho que después ellas se difundan por todo el organismo con el despertar de las reacciones simpáticas o parasimpáticas que la intengran. La misma cavidad central del tercer ventrículo, empotrada entre los tálamos y penetrando discretamente hacia otro pequeño divertículo—la celda hipofisaria—donde la glándula cenicienta se recuesta en la silla turca como una mujer recogida en el lecho de su alcoba, o continuándose a los lados, por los agujeros de Monro, con los ventrículos tricor-nes, allí donde el líquido céfalo-raquídeo lleva sus linfas como un manantial de vida y la tela y procesos co-roideos marcan el ritmo armonioso del cosmos, en fin esa cavidad se halla acaso abocada a los fenómenos complejos de nuestra existencia sentimental, a lo que suscita nuestras pasiones, a lo que nos hace reír o llorar, a lo q' nos da el entusiasmo por la belleza y forma nuestro temperamento y a la larga nuestro carácter.

Intelectualidad

Tampoco nos detendremos en definir este concepto que se halla largamente tratado en obras especiales, aun en las de elevada teología.

Sólo recordemos lo ya dicho de que esta manifestación psíquica superior, se halla basada en los departamentos subyacentes de que acabamos de hablar—instinto y afectividad— viniendo a ser, en cierto sentido, una forma de educación y de perfeccionamiento de ellos mismos.

Según queda dicho, localizamos esta facultad en el piso anatómico más elevado de nuestro esquema, o sea en el piso frontal.

Lo cual, por lo demás, tampoco es una novedad. Ya desde hace mucho tiempo, diversos y eximios investigadores proponían la doctrina de que el órgano propio de la inteligencia es el lóbulo frontal. Hace más de medio siglo (1870) Hitsig decía eso. Y, asimismo, asentábanlo otros autores tales como Ferrier, Wundt, Goltz, Bianchi, Flechsig, Grasset, etc.

Nosotros nos plegamos a esa tesis.

Lo que debemos considerar propiamente el pensamiento, la imaginación creadora, la concepción, la introspección, el conocimiento, y, en una palabra, la síntesis suprema de las funciones que caracterizan la inteligencia humana, se halla localizado en ese segmento de la masa encefálica que, entre todos los otros es el que más avanza hacia adelante y el que tiende también a elevarse más en altura.

El cerebro sensitivo, o lo que es lo mismo, la gran área constituida por los lóbulos occipital, temporal, parietal, olfatorio e insular, no es lo que nosotros entendemos como un centro propiamente intelectual. Claro que allí se cumplen complejos procesos asociatorios y tal nos lo dice la histología: hay allí fibras unitivas entre circunvolución y circunvolución (v. gr. las fibras arqueadas) o entre lóbulo y lóbulo (v. gr. las fibras temporo-occipitales y occipito-parietales), pero tal sistema de asociación—la asociación posterior de Flechsig—es solamente parcial, y no responde al proceso integral de la inteligencia. Este se cumple en el ló-

bulo frontal. Allí se realiza el último trabajo de síntesis y control para dar lugar a las imágenes debidamente identificadas y lúcidas que hacen la vida. Y, en tal virtud, el cerebro sensitivo viene a ser el gran colector y el reservorio de las impresiones recibidas diariamente, o de aquellas que fijó la memoria. Son el material de que se sirve el cerebro intelectual para sus fines. La misma histología nos está señalando los caminos por donde van las impresiones o imágenes del cerebro sensitivo al intelectual. Tal, por ejemplo, el fascículo de larguísimas fibras tendidas entre el polo occipital y el polo frontal (cingulum y fascículo hemisférico superior), así como entre el lóbulo temporal y el frontal.

De igual suerte, tratándose de los departamentos inferiores, fuera de las vías indirectas que los vinculan al cerebro prefrontal, tenemos los enlaces directos, tales como el pedúnculo anterior del tálamo óptico que, por el brazo anterior de la cápsula interna, liga directamente ambos pisos. Así se explica la carga afectiva que con frecuencia tienen nuestras ideas.

En cuanto al funcionamiento sinérgico de ambos hemisferios, juzgamos nosotros que tan sólo el uno es el activo y el otro, pasivo. Así, tratándose, del hombre derecho, creemos que es siempre el hemisferio izquierdo quien rige sus ideas y actos. Por ejemplo, ciertos actos efectuados por la mano izquierda, si bien debieran ser dirigidos por la zona motriz derecha, lo serán en realidad por la izquierda, sirviendo la otra tan sólo como intermediaria. Las fibras comisulares, tendidas entre ambos hemisferios (cuerpo calloso, trígono, etc.) nos explican esos resultados.

Creemos, asimismo, que en muchos casos, a pesar de que el piso intelectual se formó a expensas de los anteriores, puede independizarse de ellos, bajo el influjo de largas disciplinas y de prácticas educativas apropiadas. Hay, en efecto, diversas actividades especulativas en que ya no aparecen el instinto y la afectividad.

Más aún, tratándose del cerebro sensorial, su inmediato vecino, que le proporciona continuamente la materia prima, vamos al decir, para su dinamismo, puede también

el cerebro intelectual emanciparse de esa ayuda e influencia. Serían, por ejemplo, los casos en que nada vemos, ni oímos, ni tocamos y en los que, sin embargo, pensamos. Entonces, el cerebro frontal procede con su memoria local. Diríase que sus neuronas obran por propia iniciativa.

Mas, eso no es lo común. Lo común es el juego asociado y eurítmico, de los distintos pisos psíquicos. Y en ese juego, es el cerebro superior quien gobierna, controla, inhibe o estimula. El pone el orden en la casa. Y sólo, cuando bajo el influjo de la enfermedad u otros factores ocasionales, el piso superior se ha debilitado, aparecen en escena, sin medida ni freno, los impulsos ciegos de los pisos bajos. Entonces el mismo instinto, puede encaramarse hasta el piso intelectual, y allí proceder como único señor.

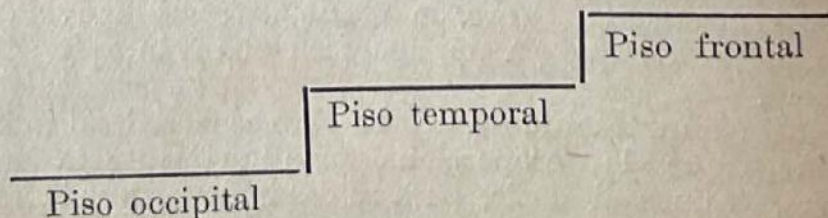
Tenemos, así integrado nuestro esquema con sus tres características fundamentales.

*
* *

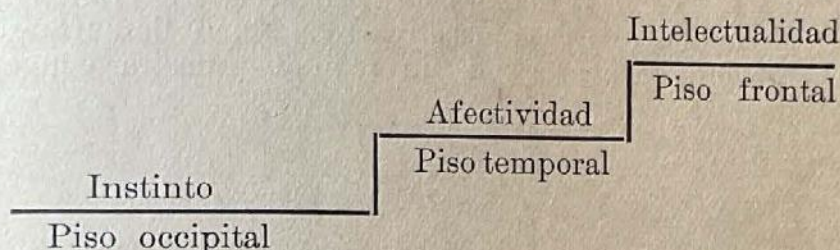
Hemos señalado primeramente los tres pisos osteológicos, occipital, temporal y frontal y allí, hemos distribuido el cerebro inferior, el medio y el superior, atribuyendo a cada una de esas porciones una función psíquica primordial: instinto, afectividad, intelectualidad.

O, de otro modo, dentro del edificio óseo, fuerte, diríase granítico, hemos puesto el contenido blando, dúctil, elástico, el cerebro; y en éste hemos colocado lo incorpóreo o espiritual, el pensamiento.

Y así, reducido a su última expresión nuestro esquema, queda trazado en el siguiente gráfico escalonado:



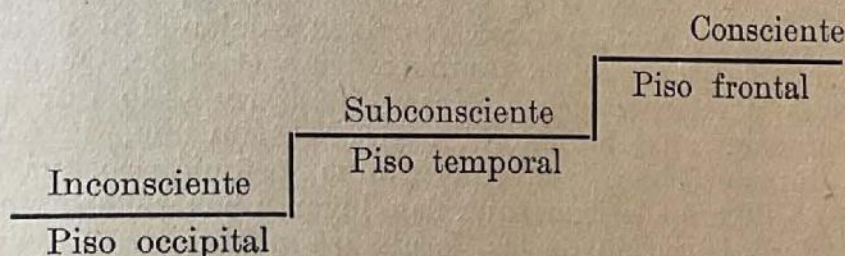
Y a cada uno de estos pisos no tendríamos sino que añadirle la respectiva función, a saber:



Y todavía, si quisiésemos traer a cuento la noción del «inconsciente», tan en boga en la hora actual, bien podríamos aplicarla también al piso inferior de nuestro esquema, es decir, al dei instinto.

Y aún sutilizando algo más sobre esta materia, bien podríamos separar del inconsciente el subconsciente, confundidos a menudo, y colocar este último concepto en el segundo, quedando así el superior para la conciencia.

De esta manera nuestro signo escalonado quedaría formulado como sigue:



Pero, ¿será tal vez esto forzar demasiado el esquema y llevar hasta muy lejos el afán localizador?

Y, por otra parte, ¿qué es el inconsciente?

Para nosotros—dicho se está—viene a ser el mismo instinto. En cambio, para otros encierra un concepto místico. Así, por ejemplo, el insigne Cajal dice: «el inconsciente es una parte de nuestra propia alma, una parte no saturada,

permítase la frase, por la materia nerviosa y que, por lo tanto, no tiene representación orgánica en ningún centro encefálico ni conexión directa con los aparatos sensoriales».

Como se ve, esta manera de pensar sobre el inconsciente, al cual en este caso nosotros más bien llamaríamos supraconsciente, se aparta en un todo de nuestra concepción.

Conclusión

Al concluir, debemos decir que este trabajo es de carácter necesariamente sumario, pues que debíamos condensar parcialmente ideas que en otra ocasión las ampliaremos en un libro.

No obstante, nuestra tesis, en lo esencial, queda planteada.

Ahora, si ella es considerada como demasiado temeraria, nada podemos decir en nuestro descargo, a no ser el que hayamos procedido no por simple intuición o imaginativamente, sino también en vista de diversos hechos. Muy conocidas son en fisiología las experiencias realizadas en los animales (perros, gatos, palomas, monos) con extracciones parciales del cerebro, v. gr. de los hemisferios, dejando los tálamos ópticos, o extrayéndolos, también y dejando al animal únicamente con el bulbo, protuberancia y cerebelo. Quedaba entonces la interpretación de los resultados, y es lo que hemos procurado hacer de nuestra parte. Asimismo, la patología humana, sobre todo en el campo psiquiátrico, ya ha revelado diversas lesiones que dan lugar a hacer ciertos ensayos de localización de las facultades psíquicas. Citemos como ejemplo la demencia precoz. Los franceses Dide y Guiraud sitúan las principales lesiones del mal en la región infra-óptica, y es sabido que lo más notable de la sintomatología esquizofrénica, en el orden mental, se refiere a la afectividad dentro del concepto de la indiferencia, el desinterés, la ambivalencia etc., etc. Nosotros también en el manicomio Pacheco de Sucre, (Bolivia) hemos constatado en dementes precoces muertos por tuberculosis, lesiones características de los núcleos optico-estriados.

*
* *

Puede también que nuestra tesis sea tachada de sobrado materialista. No negamos, sin embargo, el alma. Incluso, hemos hablado del alma cósmica, del alma universal. Pero entendemos que ese mismo elemento—alma, espíritu, fluido, psiquis o lo que sea—para obrar en nosotros, tiene que materializarse. Nuestro cerebro sería, pues, su magnífico aparato de exteriorización y objetivación. Tal nos podemos imaginar, aun metafóricamente, el alma que los antiguos colocaban en la glándula pineal, teniendo desde allí las riendas de nuestras pasiones, gobernando nuestro psiquismo. Y tal podemos hoy día nosotros, al dividir la cavidad craneal en los tres pisos indicados, figurarnos al alma, residiendo en unos y otros, construyéndolos, perfeccionándolos al través de los siglos, hasta haber hecho esta admirable armazón de nuestros sentidos por medio de la cual penetra el universo en nosotros y nosotros penetramos en él.

En cuanto a la noción del concepto endócrino que proponemos para explicar ciertas formas de la afectividad, se halla también respaldada por diversos hechos. Así, por ejemplo, la irrupción adrenálica en las fuertes emociones, como el terror, la alcalosis en ciertos estados de angustia (neurosis alcalinas) etc., etc., dan razón a nuestra tesis y abren una vía fecunda en investigaciones de este orden para el porvenir.

En este mismo sentido utilizamos esta hipótesis para explicarnos ciertos fenómenos inherentes a la sugestión, el sonambulismo, el hipnotismo, o la histeria etc., etc. La sugestión por ejemplo, según Janet, se realiza «merced a ciertos procedimientos que reproducen la fatiga y la emoción». Esto nos confirma en nuestra opinión de que aquella obra directamente sobre la afectividad. Quizás es un fenómeno de intoxicación ligado a procesos endócrinos.

En fin, podemos comunicar que ya hemos ensayado la aplicación del esquema del trípode psíquico en nuestra explicaciones de psicología dentro de la Universidad. Sabido es que la enseñanza de asuntos psicológicos, aun para los

estudiantes de medicina mental, suele ser un punto abtruso que no atrae ni agrada por considerársele enrevesado. Nuestro esquema facilita este estudio.

Ultimamente, en nuestra obra EL NIÑO BOLIVIANO hemos propuesto igualmente la aplicación de esta fórmula a las distintas edades de la niñez (primera, segunda, tercera infancia). Hemos hablado del niño instintivo del afectivo, y del intelectual y cremos haber demostrado la necesidad de adaptar distintos tipos de educación para dichas edades.

C R O N I C A

EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

A fines del pp. mes de octubre, se han llevado a cabo las pruebas de fin de curso de los alumnos de cada una de las tres secciones de esta repartición universitaria, satisfaciendo la mayoría de ellas el criterio de los tribunales examinadores.

Cumpliendo una práctica que se ha establecido en nuestra prestigiosa escuela médica, la mayor parte de los exámenes se han hecho efectivos en forma práctica, tanto en sus gabinetes, laboratorios y anfiteatro, como en las distintas reparticiones clínicas del hospital general y de los frenocomios.

Es laudable esta tendencia y sugerimos la conveniencia de hacerla extensiva para todas las asignaturas, a fin de desterrar completamente la práctica anticuada de las pruebas orales, que no tienen valor alguno, en tratándose sobre todo de estudios como los que se realizan en una Facultad de Medicina.

PRIMER CONGRESO DE UROLOGIA EN LA ARGENTINA

A fines del pasado mes de noviembre, se ha llevado a cabo en Buenos Aires el primer congreso argentino de Urología, para el que han sido invitadas las universidades de Bolivia, acreditando sus representantes.

Infelizmente, ninguna de las Facultades de Bolivia hace hasta ahora cátedra de especialización de esta importantísima rama de la ciencia médica moderna, motivo por el cual no se ha designado al profesional especializado que represente a la República en este gran certamen científico internacional. Sin embargo, la Facultad de Medicina de la ciudad de La Paz ha acreditado su representación en la persona del Dr. Gregorio Mendoza Catacora, de cuya labor, en el seno del Congreso, esperamos mucho.

LABORATORIOS Y GABINETES PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Merced a la empeñosa actividad de las autoridades universitarias, se ha hecho por fin efectiva la adquisición de un gabinete completo de Fisiología Experimental y otro igualmente completo de Químicas, para la enseñanza práctica de los alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas.

Las autoridades docentes se encuentran actualmente embargadas en la tarea de instalarlos convenientemente, debiendo hacerse cargo del segundo de los laboratorios citados el Dr. Miguel Baltá, de la Universidad de Barcelona, especialmente contratado para este efecto.

Ambas son adquisiciones de inestimable valor, no sólo para la enseñanza de la juventud que se educa en la Escuela de Medicina, sino para la sociedad en general, la que se ha de beneficiar en gran escala con los servicios del experto y el material de investigaciones químicas del laboratorio.

CONCURSO «SIGAL»

La Unión Importadora «Sigal», con residencia en la ciudad de La Paz, en el convencimiento de la evidente labor universitaria y el afán de estudio que caracteriza a profesores y alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas, ha donado a esta institución universitaria, un precioso microscopio Reichert, para ser adjudicado al mejor trabajo escrito, sobre tema libre de Medicina general, entre los alumnos agredados de este plantel en el año escolar de 1937.

Las bases del concurso han sido ya aprobadas por la Asamblea Docente de la Facultad y el Consejo Universitario, debiendo realizarse el certamen en el clásico día del 27 de marzo, aniversario de la fundación de la Universidad.

El ofrecimiento de la Unión Importadora Sigal, no sólo es para el año 1937, sino para dos años consecutivos, por lo cual esperamos de los alumnos pongan todo su entusiasmo y decisión a fin de que este certamen anual, atraiga el mayor número de concursantes.

De nuestra parte aplaudimos vivamente el generoso rasgo de desprendimiento de la Casa Sigal, en pro de la juventud estudiosa.

MIEMBROS CORRESPONDIENTES

Nuestros consocios, los doctores Julio C. Fortún y Raúl Fernández de Córdova, han sido acreditados como miembros correspondientes en Bolivia, de la importante publicación científica, que con el título de «Revista del Médico «Ecuatoriano», se edita en la ciudad de Quito, bajo la atinada dirección del Dr. Julio Alfonso Falcony.

Felicitamos a los colegas por la distinción que los honra.
