

GACETA MEDICA DE COSTA RICA

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUJÍA, HIGIENE Y PUERICULTURA

ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPÚBLICA

DIRECTOR Y ADMINISTRADOR: DR. **TEODORO PICADO**

Dirigir la correspondencia al Director
y Administrador
San José, Costa Rica, América Central

La Gaceta Médica se publica cada mes.
No se admiten suscripciones por menos
de seis meses, pago adelantado.

Precio de suscripción por un año ₡ 6-00
Precio de suscripción por seis meses 3-00

Precio de un número suelto ₡ 0-50
Precio de avisos Convencional.

Mortalidad infantil en Costa Rica

5,787 niños muertos en 1914

Entre los varios problemas de salubridad pública que quedan por resolverse, está el de la mortalidad infantil. Hace años se nota que esta peste en vez de disminuir se acrecienta, sin que por eso llame la atención pública, de manera mas enérgica. Es cierto que se han fundado unas pocas Gotas de Leche, en los centros de provincia, donde la ignorancia y la indigencia no son tan grandes como en los campos. Este privilegio burgués apenas aprovecha a una pequeña parte de los niños costarricenses. La otra, la que promete mejor porvenir al desarrollo del país porque será en el futuro la que fomentará la riqueza agrícola, está casi abandonada a su suerte fatal.

Mientras se registra esa hecatombe en las estadísticas oficiales, los economistas "à rebours" se queman las pestañas inventando métodos artificiales para aumentar la riqueza, sin darse cuenta de que ésta es proporcional al esfuerzo individual o colectivo y a la buena inversión que se le dé. El esfuerzo viene de la masa y sólo de la masa. Luchar contra la mortalidad infantil es luchar por el aumento de la energía colectiva, luchar por el porvenir del país, por su futura prosperidad. Hay que vivir para el porvenir. Viven del presente los egoístas, los que limitan su existencia al contentamiento de sus funciones fisiológicas. El pueblo costarricense debe luchar por la salvación de los niños, y así se vindicará de un abandono que cada año le señala la lúgubre estadística en la muerte de sus infantes.

Los datos que sobre la mortalidad infantil de un mes a cinco años nos da la oficina de estadística hacen alcanzar ésta para el año 1914 a la suma de **5212** niños. La mortinatalidad, sin contar el número de abortos provocados o no, alcanza la cifra de **575** nacidos muertos, que sumados a los 5212 dan un total de **5787**, que muy bien podemos

considerar como mortalidad infantil. Y los consideramos así, porque la mortinatalidad obedece a motivos sociales y patológicos que deben tomarse en cuenta al intentar un estudio que nos señale las causas de esa crecida pérdida infantil.

En efecto, las responsabilidades en este caso se derivan de diferentes orígenes: de la responsabilidad moral individual, de la educación general, del mejoramiento económico y de otros diferentes factores que sería necesario analizar.

En su *Rapport sur l'organization pratique de l'action eugénique*, dice Suerton que la lucha directa contra la mortalidad infantil presenta todavía gran número de dificultades, posibles de combatir con ciertas medidas que hagan desaparecer las anomalías y condiciones en que se agita el individuo.

Estas condiciones y anomalías dependen del medio físico y social que, por causa de su complejidad creciente, crea obstáculos a la evolución normal del individuo y es para combatir la acción perniciosa sobre su desarrollo, que se necesita organizar el control de su desenvolvimiento y esto es lo que incumbe al Estado.»

En el caso particular de nuestro país, y aunque se haya llamado la atención ya varias veces a este respecto, necesario es confesar que la acción contra el mal que cada año se nos señala ha sido nula, pues ella se ha reducido apenas a la fundación de "Gotas de leche" en la capital y algunas provincias, pequeño esfuerzo de limitada eficacia en el combate contra un enemigo que diezma anualmente cerca de seis mil infantes.

Esa cifra abrumadora para una población tan pequeña como la de Costa Rica parece no inquietar, y de las fatales consecuencias de tal estado, apenas si se dan cuenta aquellos entre cuyas manos está puesto el porvenir del país.

No nos releva de nuestra postración física el cantar himnos constantes a nuestro progreso y a nuestra paz. Apesar de todo una estadística comparativa con países como Nicaragua, Panamá, El Salvador y Chile, está demostrando que hay en Costa Rica un exceso verdaderamente lamentable en la mortalidad infantil. Y una nota elocuente, muy elocuente, que puede darnos algunas luces respecto de las causas de este complicado problema, es el hecho de la gran mortalidad de niños menores de un mes que alcanzó en 1914 a **1.014**. También es crecido el número de los que mueren de 1 a 2 años, y cuya cifra alcanza a **1.075**.

Los 1.014 niños muertos menores de un mes, podrían finalmente considerarse en la mortinatalidad, pues en esa edad de la vida, la muerte prematura no es más que una consecuencia directa de la debilidad congénita, que es obra de la debilidad materna debida a las condiciones de la poca vitalidad de la madre: miseria, exceso de trabajo durante la gestación, sífilis, tuberculosis, alcoholismo u otras diatesis que alteren el estado normal de su organismo.

A ese propósito, Grassel agrupa las causas que conducen a la mortalidad infantil, en pre-natales y post-natales. Entre las primeras, que son

responsables de la mortalidad infantil dentro de las primeras semanas de la vida, se encuentran los defectos de origen ovular, materno y exterior; los infecciosos, mecánicos y tóxicos.

Solamente por malas nutriciones, trabajos excesivos o venenos (alcoholismo, sífilis, etc.) se pierde más de la décima parte de los huevos fertilizados. A estas causas, es indudable, se debe la muerte de los **1.589** niños nacidos muertos, y muertos menores de un mes.

De 1 a 2 años mueren **1.075** niños, y de 2 hasta 5 años, que es la edad hasta donde nuestra estadística calcula la mortalidad infantil, la cifra parece más bien disminuir. Deben, pues, llamarnos más la atención esas dos edades: mueren más los menores de un mes y los niños de 1 a 2 años. El total de la mortalidad en esas dos edades es de **2.664**, cerca de la mitad del total de la mortalidad infantil!

Las causas de esa mortalidad entre 1 y 2 años, son las post-natales, entre las cuales la más importante es la carencia de una conexión animal y psíquica con la madre.

Toda forma de trabajo o motivo que separa la madre del recién nacido, aumenta las probabilidades de la pérdida de la vida de éste, y la falta de la alimentación materna, es responsable en primer lugar, del seguro agotamiento del nuevo sér.

Sunon, en 1858, ya había relacionado la mortalidad infantil con el trabajo femenino fuera del hogar. Esta observación si bien debe tenerse en cuenta en los países industriales, donde la madre tiene necesidad de abandonar el niño, para consagrarse al trabajo, no puede tomarse en consideración entre nosotros donde excepcionalmente la madre se separa de su hijo por esas exigencias.

Más bien creemos que las causas post-natales de nuestra enorme mortalidad obedecen a más de las condiciones atrepsicas de los niños, cuya causa ya dijimos, al defectuoso sistema de alimentación, que es causa de la ignorancia y la miseria en que viven las madres. No es necesario que penetremos muy a fondo para conocer las causas de la miseria y las consecuencias de ésta en las generaciones de las clases pobres. Nicefforo ha estudiado detalladamente esta cuestión; y Vaccara en *La lutte pour l'existence dans l'humanité*, demuestra por ejemplo, que durante un cuarto de siglo la mortalidad de los niños de las familias pobres llegaba en Manchester al 97%, en Bruselas 54 contra el 6% entre las familias ricas; y en Berlín la proporción se reducía a 35 y 5½% respectivamente. Casper agrega que sobre mil nacimientos hay 943 sobrevivientes de la edad de cinco años entre los ricos y 665 entre los pobres; 856 y 566, respectivamente, de los 6 a los 20 años; y 557 y 283, de los 21 a 50 calculando sobre el promedio de la mortalidad.

Apuntadas las causas de nuestra mortalidad, pueden resumirse así:

1.º Mortalidad infantil por ignorancia de las madres.

2.º Por venenos orgánicos.

3.º Por miseria, malas habitaciones.

4.º Por abandono de las madres y falta de una ley para buscar la paternidad y reclamar la responsabilidad de los padres ocasionales.

No queda al Estado y a la sociedad más recurso para combatir los males sociales apuntados, que emprender la lucha necesaria contra ellos y los resultados no se harán esperar. Ya lo hemos visto en parte, solo con los pequeños esfuerzos que de poco tiempo a hoy se han emprendido en algunos centros del país con el concurso de las Gotas de Leche.

Si los recursos materiales pueden allegarse a los necesitados de ellos por medio del esfuerzo común, la ignorancia debe combatirse por la escuela, instruyendo desde la niñez a la futura madre para su alta misión, y es por eso que a la par de la enseñanza general, deben establecerse cursos de higiene y puericultura para así alcanzar los resultados que indudablemente beneficiarían los intereses generales económico-sociales.

Después del instinto de la reproducción, uno de los más caros de la raza humana es el de la perpetuación y conservación de la especie. La escuela, que es la brújula del Estado para la marcha del individuo en el seno de las sociedades, es la llamada a prepararle para los fines posteriores.

El combate de la sífilis y el alcoholismo, factores de degeneración y de miseria, debe perseguirse con toda la energía posible para aminorar el desastre que causan estos dos males de origen social. El modelo de los medios de ataque contra estas dos pestes han sido motivo de estudio en otros países, donde se han visto los beneficios inmediatos.

La miseria que tenemos que invocar como una de las causas más frecuentes de la mortalidad, no tiene a veces más remedio que combatirla por medio de los auxilios del Estado y de los más pudientes en el seno de la sociedad. Pero sí se puede luchar contra la insalubridad de las habitaciones por medio de leyes especiales y vigilancia atinada de las autoridades.

A la miseria y a la indigencia de las madres se agrega a veces el abandono de que son objeto estas pobres víctimas de su inexperiencia muchas veces y otras de su misma fatalidad. Saciada la pasión brutal, el padre abandona el germen, el futuro fruto de sus amores, o también el niño a la incierta suerte del porvenir.

Seguramente que si hubiera leyes que establecieran responsabilidades para los hombres que así proceden, habría menos hijos naturales y menos desamparados. Las condiciones del niño serían mejoradas el día que al esfuerzo de la madre sola se uniera la parte que en los cuidados de la infancia corresponden también al padre, cuya responsabilidad en la existencia de el nuevo ser, trata de negar, amparándose tras el velo que por falta de valor y conciencia se ha echado encima y que solo la Justicia está llamada a levantar, para hacer cumplir un acto de humani-

dad que es también una obligación paterna. Si en otros países donde relativamente la proporción de hijos naturales es menor que en Costa Rica, se ha establecido la busca de la paternidad, no nos explicamos por qué motivo nuestros legisladores que tanto amor muestran por la multiplicación de las leyes, no han pensado en crear una ley para buscar la paternidad y que indudablemente cambiaría en mucho la situación de los hijos abandonados.

La lucha esbozada apenas entre nosotros por la protección de la infancia debe desarrollarse cada vez más, pues de otro modo, dado el número de niños que fallecen anualmente, no veremos prosperar nuestra población y por consiguiente nuestra riqueza.—TEODORO PICADO.

Nuestros colaboradores del exterior

Tisioterapia

La neumocolapsoterapia aplicada a los enfermos del dispensario "Clemente Ferreira" (1)

Por el Dr. Clemente Ferreira

Director clínico del Dispensario "Clemente Ferreira".—Presidente de la Liga Paulista contra la Tuberculosis

(Colaboración directa)

Empezamos a poner en práctica en el curso de 1914, el tratamiento por el pneumotórax artificial, habiendo empleado varias veces para esta operación el aparato de Küss.

Antes y después de las insuflaciones de ázoe, se recurrió a las aclaraciones que suministra la exploración radiológica, efectuando exámenes radioscópicos y radiografías en serie, las cuales en gran número de casos, suministran indicaciones útiles, no sólo sobre el estado y la extensión de las lesiones pulmonares, la movilidad o limitación de los movimientos del pulmón, sino también sobre la formación de la bolsa gaseosa, su situación y tamaño, grado de retracción del pulmón comprimido, etc.

Ha sido difícil la selección de los casos para la práctica del pneumotórax, de acuerdo con las indicaciones y contra-indicaciones establecidas modernamente por los tisioterapeutas familiarizados con este método de tratamiento, pues no son muchos los enfermos en los cuales se presentan las diversas condiciones favorables para una intervención de este género, principalmente en las formas evolutivas.

Siendo numerosos los enfermos asistidos por el Dispensario, se ha presentado relativamente restringida la proporción de los que parecen tributarios de tal proceso terapéutico, bastando decir que, de 190 pacientes examinados, apenas en 5 fué de fácil ejecución el pneumotórax, presentándose el espacio pleural relativamente libre y ausencia de adherencias

(1) Versión española, del portugués, por Víctor DELFINO.—M. S. A. — S. M. P.—Asociado extranjero de la Real Sociedad Italiana de Higiene.—Colaborador de la *Revista de Higiene y de Tuberculosis* de Valencia.—Académico correspondiente extranjero de la Real Academia de Medicina de Madrid.

espesas y resistentes. En uno de ellos, después de varios ensayos, consiguióse realizar un pneumotórax parcial; en dos, fué irrealizable.

Las condiciones que se consideran como constituyentes, las indicaciones ideales para la pneumotoraxterapia, son, pues, raramente realizables en la práctica diaria; las más de las veces, a pesar de los datos suministrados por un examen clínico riguroso y por una exploración radiológica minuciosa, en el momento de la intervención, el estado pulmonar se presenta más expuesto de lo que se calculaba, las condiciones locales mucho más precarias, de manera que no pocos pacientes que parecían capaces de sufrir una intervención fácil y completa, deben recusarse por la impracticabilidad de la operación.

La unilateralidad del proceso morbosos, es rara de observarse a no ser en el primer grado de la enfermedad, cuando no es del caso intervenir con este método de tratamiento; sólo se encontró esa condición en un 30% de nuestros casos.

Por lo cual, recientemente, diversos tisioterapeutas, con la mayor práctica en la pneumocolapsoterapia, como Saugmann, Brauer, Spengler, Forlanini y Dumarest, ya no consideran como contra-indicación, la bilateralidad de las lesiones, exigiendo apenas que en uno de los pulmones las lesiones estén limitadas y no sean evolutivas.

También pocas veces se presenta el pulmón completamente libre, móvil; las adherencias acompañan casi desde la iniciación, la evolución morbosos. De suerte que, lo que apenas se exige para no limitar demasiado las aplicaciones del proceso, viene a ser la ausencia de las adherencias sólidas, espesas y resistentes, y no la existencia de la sínfisis pleural.

Por ahora, los casos en que ha sido aplicado el pneumotórax entre los enfermos del Dispensario, son todos ellos de lesiones bilaterales y diversos con adherencias limitadas y movilidad pulmonar reducida.

Aún así, como decimos, es escaso el número de los que han sido considerados como tributarios de una compresión pulmonar total o parcial, de una intervención completa o incompleta.

Por lo demás, todo esto viene a confirmar los juicios y las opiniones de varios tisiólogos especialistas muy competentes, que se hicieron escuchar en la 2.^a Conferencia de la Asociación Internacional contra la Tuberculosis, en Berlín, en 1913, entre los cuales conviene poner de relieve los nombres de León Bernard y de Luis Rénon, sabios profesores de la Facultad de Medicina de París, y Jacquerod, el reputado tisiólogo de Leysin.

León Bernard, entre 628 enfermos de tuberculosis pulmonar, sólo encontró 22 casos en que se realizaban las indicaciones clásicas para el pneumotórax terapéutico, y tan sólo en 6 de estos 22, pudo practicarlo francamente y continuar el tratamiento. «Este método, dice el eminente clínico parisiense, no permite sino tratar un pequeño número de tuberculosos, de 1 a 3%. El método de Forlanini, es un método de excepción en el dominio de la tisioterapia; su valor, es más grande que su alcance... Y la cura debe seguirse por lo menos dos años antes de que se pueda considerar al enfermo como curado.»

El pneumotórax artificial, proclamó Luis Rénon, es un tratamiento de excepción y a menudo un mal andar, que sé es feliz de tener a nuestra disposición, esperando mejor. Pero no debe considerársela en la mayor parte de los casos, sino como una medicación paliativa, cuya acción es bastante análoga al efecto de la cirugía en el cáncer, haciendo, sin embargo, esta reserva: de que la tuberculosis cura a veces espontáneamente, al paso de que el cáncer no cura nunca. El uno y el otro método, no tienen acción específica alguna; los dos curan a los enfermos en casos raros; detienen a la enfermedad en los más de los casos.

Se debe pedir al pneumotórax artificial, tan sólo aquello que puede suministrar realmente, es decir, un retardo en la evolución de la enfermedad, algunas veces una detención de ésta. Ganar tiempo, ganar algunas semanas, algunos meses, aun algunos años, tal es en la hora actual, el objeto realmente práctico del pneumotórax artificial. Este, pues, no debe hallar su colocación en la tisioterapia, sino que su lugar es el de un medio provisorio, esperando el descubrimiento del tratamiento específico de la tuberculosis; es todavía el de un medio terapéutico cuyas indicaciones son limitadas.

Jaquerod, de Leysin, en la misma Conferencia Internacional, ocupándose del asunto, exteriorizó así su modo de ver: «Si todos están hoy de acuerdo en reconocer la utilidad incontestable del pneumotórax artificial en los casos graves de tuberculosis pulmonar, es necesario reconocer que los enfermos así tratados, permanecen enfermos y que son incapaces de suministrar un trabajo de alguna importancia. Además, si los resultados inmediatos son brillantes, los resultados lejanos son mucho menos estimulantes. A medida que se adelanta en la observación de los enfermos, se ve producirse un deshecho cada vez más importante en los resultados del principio y después de dos años de aplicación de este método, se puede contar un buen número de desaparecidos, entre los cuales los casos que al principio del tratamiento suministraban las más brillantes esperanzas. Por estas diversas razones: invalidez resultante de la operación e incertidumbre respecto de los resultados lejanos, es necesario, sobre todo, en la clase pobre, mirar dos veces, antes de proponer un pneumotórax artificial a un enfermo de segundo grado, capaz de trabajar y que puede vivir varios años.

Küss, con larga práctica en este proceso de tratamiento, en el Sanatorio de Argicourt, cerca de Paris, enseña que «el método del pneumotórax, sólo se aplica a un pequeño número de tuberculosos adelantados y todavía existen entre ellos, aquellos en los cuales el tratamiento no podrá ser continuado hasta el fin.»

Entre nosotros, en Río de Janeiro, la práctica del Dr. Edgardo de Abrantes, en el servicio del Dr. Austregesilo, armoniza con la de los tisioterapeutas arriba mencionados.

En un artículo publicado en los *Archivos Brasileiros de Medicina* (Febrero de 1913), afirma el Dr. Abrantes que entre 132 enfermos, apenas pudo separar 18 pasibles de la pneumocolapsoterapia, siendo que de estos 18, solo 3 presentaban una tuberculosis uniteral. Estos mejoraron

sensiblemente; de los 15 restantes, 3 mejoraron y 12 no tuvieron provecho alguno.

En resumen, la pneumocolapsoterapia, es un método de tratamiento aplicable en muy pequeña escala, y no es absolutamente un proceso terapéutico de aplicación amplia. No es tampoco un arma de tratamiento rápido, un medio de pronta eficacia; al contrario, y de acuerdo con la práctica ponderada y juiciosa de los fisiólogos más familiarizados con esta operación, las insuflaciones deben continuarse durante un largo tiempo, 1 a 2 años, término medio, según Saugmann, Dumarest, León Bernard, Forlanini, Brauer y Meissen. Saugmann, que ya operó y trató 212 enfermos, recomienda aun en los casos de pneumotórax parcial incompleto, que se prolongue el tratamiento por más de dos años y en algunos casos indefinidamente (*für immer*).

Toda vez que se respeten las indicaciones y se proceda con prudencia, el pneumotórax terapéutico es una operación normalmente, fácil y exenta de accidentes, que, en caso contrario, son frecuentes y serios, aun mortales, si el práctico interviene inoportunamente, no observa las precauciones debidas, si punciona a despecho de las contra-indicaciones formales, si fuerza la insuflación del gas a altas presiones.

Algunas complicaciones poco serias, como el enfisema superficial o profundo, se deben a las faltas de la técnica.

Los derrames pleuríticos, sero-fibrinosos y purulentos, representan complicaciones que sobrevienen con cierta frecuencia, o después de las primeras insuflaciones o enseguida de las insuflaciones del gas. Saugmann, las tiene observadas en el 50% de los operados.

La práctica establecida en el Dispensario, ha obedecido a la más juiciosa prudencia, estando los enfermos fiscalizados y acompañados por medio de repetidos exámenes clínicos y radioscópicos. Los experimentos efectuados allí, son a propósito para que no se extravíe la opinión pública y no se desoriente el espíritu crédulo y sugestionable de los pneumobacilares, aturdidos por el ruido que últimamente ha producido en su derredor este moderno método de tratamiento.

Medicina práctica

De la conducta que debemos seguir en las pielonefritis puerperales

B) *Cateterismo del uréter y lavado de la pelvis* (BOZEMAN).

El lavado de la pelvis después del cateterismo uretral, se practica con agua bórica.

Objeciones: peligro de efectuar un cateterismo al través de una vejiga infectada. Dicho cateterismo es amenudo muy difícil, y a veces imposible: solamente un especialista puede practicarlo.

C) *Nefrotomía.*

Es la operación que recomiendan la mayoría de los cirujanos. Su ventaja principal es la de permitir que el embarazo llegue a término.

Como objeciones principales se ha podido decir que a veces la nefro-

mía no hace desaparecer los accidentes, sobre todo cuando la cabeza está muy encajada y forma un obstáculo constante a la salida de la orina: debemos estar completamente seguros de la unilateralidad de las lesiones, certidumbre que no es fácil obtener. Finalmente, esta operación tiene algunos peligros, por lo cual no puede ser ejecutada más que por un cirujano muy hábil.

D) *Nefrectomía.*

Operación rara vez aconsejada, demasiado radical, y que debe siempre ser reservada para los casos sumamente graves. Encontramos aquí las mismas objeciones que precedentemente, pero con mayor fuerza y de un modo especial la necesidad de estar completamente seguros de que la pielonefritis es unilateral y que debe ser practicada por un cirujano muy hábil.

Terapéutica obstétrica.—En la inmensa mayoría de los casos la evacuación del contenido uterino produce la desaparición de los accidentes y la curación definitiva. Es siempre excepcional que las secuelas sean bastante graves para reclamar una intervención quirúrgica ulterior.

Según sea la edad del embarazo, caben dos intervenciones:

El parto prematuro provocado.

El aborto provocado.

Las objeciones que se han hecho a la interrupción del embarazo son demasiado conocidas para que insistamos en ellas. Son siempre más graves en el segundo caso que en el primero. Pero no debemos olvidar nunca que en realidad es menos sensible sacrificar el producto de la concepción que poner en peligro los días de la madre sin por ello asegurar los del niño.—(ROCHARD).

CONCLUSIONES

Empezar siempre por el tratamiento médico. Si existen las indicaciones que hemos presentado precedentemente, podremos intervenir.

Ensayar primeramente la dilatación vesical. No insistir en ella si no determina resultados rápidos. En este caso:

1.º Pielonefritis con seguridad unilateral.

Antes del séptimo mes del embarazo: nefrotomía.

Después del séptimo mes: parto prematuro provocado.

2.º Pielonefritis cuya unilateralidad es dudosa o pielonefritis que con seguridad es bilateral.

Antes del séptimo mes del embarazo: aborto provocado.

Después del séptimo mes del embarazo: parto prematuro provocado.

En las intervenciones obstétricas, y sobre todo cuando se trata de aborto provocado, debemos rodearnos de todas las precauciones posibles y, previa consulta con algunos compañeros, redactar una nota escrita y firmada por todos. Algunos tocólogos recomiendan avisar a la autoridad judicial la práctica de la intervención que se va a llevar a cabo y comunicarle el resultado de la consulta celebrada.

El doctor Víctor Delfino.—Este notable publicista médico, nuestro colaborador, conocido por su actividad productora en la América y en Europa, y que ha poco ha sido nombrado miembro corresponsal en Buenos Aires de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, acaba de ser distinguido con análogo título por la Academia de Medicina de Madrid, corporación prestigiosa, como lo fue antes por la Sociedad de Psiquiatría de Barcelona, por lo que le felicitamos cordialmente

Sobre un caso de aislamiento fuera de la Leprosería

San José, 27 de setiembre de 1915.

SEÑOR DON TEODORO ROIZ,

Puntarenas.

El señor Presidente de la Facultad de Medicina, en oficio número 224 de 25 del mes en curso, me dice lo siguiente:

«Tengo la honra de elevar a su conocimiento que en la vigésima segunda sesión ordinaria de la Junta de Gobierno de esta Facultad, celebrada el veintidós de setiembre del año en curso, se emitió el siguiente acuerdo:—Art. III.—Se leyó, discutió y aprobó el siguiente dictamen: San José, 22 de setiembre de 1915. Señor Secretario de la Facultad de Medicina.—P.—Los infrascritos médicos comisionados por la Facultad de Medicina de la República, para dictaminar sobre la consulta que hace el señor Secretario de Estado en el Despacho de Beneficencia, sobre si una enferma atacada de lepra puede aislarse en una finca retirada de toda la población, y sobre las medidas de higiene que deban adoptarse, dicen: que leyeron los documentos que obran en la Secretaría de la Facultad de Medicina, a saber: a) una nota del señor Ministro de Beneficencia al señor Presidente de la Facultad; b) una carta del señor don Teodoro Roiz, vecino de Puntarenas, al señor Ministro de Beneficencia; y c) una carta de los señores doctores don Carlos Durán, don Luis Paulino Jiménez, don Carlos Pupo, don Benjamín Hernández, don Amancio Sáenz y don Roberto Fonseca Calvo, en la que dan su opinión médica favorable al aislamiento de los casos de lepra, en personas pudientes, en fincas retiradas de poblaciones.—II.—Que con motivo de esa comisión, se trasladaron a Puntarenas y Cabo Blanco, cerca de Lepanto, en los días 17, 18 y 19 de los corrientes.—III.—Que examinaron a la enferma Agripina de Roiz, y en quien reconocieron por el examen clínico detallado que se hizo de la enferma, síntomas manifiestos de lepra anestésica, en estado de reposo, desde el momento que no presenta manifestaciones recientes de dicha enfermedad.—IV.—Que consideran que el aislamiento actual de la enferma es suficiente, pero que para alejar todo temor de contagio, es preciso que siempre se observen las siguientes precauciones: a) que sólo la madre y la persona que hoy la atiende sean las que puedan estar a su cuidado; b) que el señor don Teodoro Roiz mande construir un tanque séptico en la casa de su finca para el desagüe de las aguas de excusado y servicio doméstico, como las del lavado de ropas, usos de cocina, etc.; c) que para mayor seguridad el rebalse de ese tanque séptico, sea conducido a la parte baja del río, que no tenga ya relación con las fincas vecinas, y en cauce cerrado; d) que no se haga uso del agua del río antes del punto en que la toma el vecino, aunque para esto tenga el señor Roiz que hacer una desviación de las aguas que le asegure al vecino su completa tranquilidad; e) que el servicio de los peones de dicha finca sea completamente independiente.—Dejamos de esta manera cumplido el encargo a nosotros encomendado por la Directiva de la Facultad de Medicina.—J. M. Barrionuevo.—Mariano Rodríguez.—Teodoro Picado; y a moción del Dr. Fonseca Calvo, se acordó: agregar al dictamen que consta en este artículo, «que la enferma, en su aislamiento, deberá estar sometida a la vigilancia de las autoridades civil y sanitaria de Puntarenas, a efecto de que no sea quebrantado y se mantenga en las condiciones expresadas en el dictamen.»—Con las mayores muestras de mi consideración me es muy grato suscribirme del señor Secretario muy atento y seguro servidor,—El Presidente,—Emilio Echeverría.»

En virtud del anterior dictamen, la Secretaría de mi cargo no ve inconveniente en acceder a la solicitud de usted encaminada a dicho fin,

siempre que usted se sujete en un todo a las prescripciones de la Facultad de Medicina y a todos los requisitos exigidos por ella, en la inteligencia de que al no cumplimiento de alguno de esos requisitos, se tendrá sin efecto el presente permiso.

Soy de usted con toda consideración atento servidor,

(Gaceta Oficial, N.º 70.)

JULIO ACOSTA

Notas Bibliográficas

Aselepios.—Revista mensual de Medicina de la Habana. Directores: doctor Otto Bluhme y doctor Solano Ramos. Esta interesante revista, de la que tenemos el primer número, aparece con bases completamente diferentes de las que han dado origen y vida a las que existen en la actualidad en Cuba.

Recordará a los ilustres colegas muertos que hayan dejado a su paso por la tierra grandes descubrimientos, conocimientos útiles, y en fin, a todos aquellos que por su dedicación al estudio y desarrollo de nuestra profesión se hayan distinguido de una manera notable.

Entre otros propósitos del colega, están además los de favorecer la unión de la «familia médica y levantar la moral profesional, que desgraciadamente es poco apreciada por una parte de nuestros colegas, los cuales se olvidan lastimosamente del sagrado sacerdocio que ejercen.

Este saneamiento de la moral profesional, tan necesario en estos tiempos, sólo se obtendrá por medio de una ley de nuestros Poderes Legislativos, que haga necesaria la colegiación de todos los médicos de la República.»

Las observaciones y los buenos deseos de nuestro colega habanero, respecto del abandono que se hace de los principios de Deontología médica que deben regirnos, parecen ser iguales en todas partes, y su corrección no debiera pedirse a la ley, sino al respeto recíproco que en el ejercicio de su noble misión debieran observar todos aquellos que conscientemente se consagran a la más noble y elevada de las profesiones. Desgraciadamente lo que debiera ser la regla, es muy frecuentemente la excepción.

La prostitución y las enfermedades venéreas

Estudiando este tema presentó el Dr. A. M. Jiménez, diputado de la Cámara Argentina, una interesante comunicación a la Sociedad de Higiene pública, exponiendo tan distinguido médico del Hospital de San Roque un brillante estudio de la ineficacia del reglamento de la prostitución, y después de citar las experiencias en aquel y otros países, propone que una comisión investigue los puntos de una bien meditada información—dice encuesta—que al final del estudio se inserta, y se realice el siguiente programa:

Reducción de los reglamentos a simples medidas de orden público. Prohibición de las casas de prostitución y de los cafés de camareras. Gratuidad completa y facilidades para el tratamiento de las enfermedades venéreas; obligación de las sociedades de socorros mutuos de atender estas clases de enfermedades; difusión en el pueblo de los conocimientos de higiene (el autor ha dado numerosas conferencias), y enseñanza de la higiene sexual en las escuelas; leyes especiales contra la trata de blancas y del proxenetismo; investigación de la paternidad; penas especiales contra el delito de contaminación sexual; mejoramiento de las condiciones económicas e higiénicas de la clase trabajadora; casas para obreros, hogares para mujeres sin familia; prohibición de ciertas industrias, etc. (De la *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, de Valencia (España).

Notas

Segundo aniversario de la fundación de "La Gota de Leche" en San José. —Esta institución celebró el 13 de los actuales su segundo aniversario. «La Gota de Leche» ha hecho desde su fundación una campaña enérgica en favor de la higiene del niño y de la madre. A más de la enseñanza puerícola que se ha dado a las madres, en forma de conferencias familiares, ha habido dos magníficas conferencias sobre la alimentación materna, hechas por nuestro colega el doctor don Francisco Cordero. Sabemos que gracias a tan benéficos esfuerzos, la mortalidad entre los pupilos de la Gota de Leche ha disminuido, y que las madres han ganado mucho en lo que concierne a la crianza y aseo de sus hijos. No es con nuestra felicitación que puede compensarse, ni en parte, el esfuerzo de las señoras que patrocinan esta obra de caridad, pero no podemos privarnos de manifestarles nuestro sincero agradecimiento por su labor en una obra de provecho para la colectividad.

Sanatorio Carit para tuberculosos. —La comisión nombrada por la Junta General de la Facultad de Medicina, para proceder a los trabajos del Sanatorio, ha iniciado éstos con una excursión a las regiones de Tierra Blanca y Llano Grande, situadas al Norte de Cartago. Esta región ya conocida por haber estacionado allí muchos enfermos de tuberculosis, y haber encontrado en ella su salud, será motivo de un minucioso estudio de sus condiciones climatéricas, trabajo que ha encargado la comisión al Profesor don Elías Leiva, persona la mejor indicada para dicho fin. Se han recomendado a la atención de la comisión algunos otros lugares que visitará para conocer las condiciones que ofrecen *in situ* y resolver más tarde, cuál es el que ofrece mejores condiciones para el establecimiento del Sanatorio.

Memento Posalógico. —Es muy posible que la mayoría de nuestros colegas hayan recibido un folletito en que se recomiendan las virtudes del ANIODOL como un gran antiséptico. Hablando de su poder bactericida, cita el mismo folletito un cuadro del *Lancet* del 14 de julio de 1906, página 123, en que entre otros varios cuerpos bactericidas aparece el *Aniodol* con un poder de 23,40, que lo hace superior a todos los otros.

Hemos buscado en *Lancet* de la fecha y página indicadas, por indicación del doctor don Carlos Durán, el cuadro a que nos referimos, y resulta que no encontramos el *Aniodol* entre esos cuerpos, lo que prueba el uso y abuso que se hace de las citaciones falsamente, queriendo así dar mayor importancia al sin número de nuevos medicamentos que día por día invaden el campo terapéutico. No está por demás llamar la atención de nuestros colegas sobre tales abusos.