

GACETA MÉDICA

DE

COSTA RICA

REVISTA MENSUAL

ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPÚBLICA.

Encargado de la edición,

la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Dirigir la correspondencia á la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Para anuncios de Europa ó suscripciones, dirigirse al Doctor Alberto Alvarez Cañas, Cónsul General de Costa Rica en París, 4, rue Papillon, quien está exclusivamente encargado de la agencia.

La GACETA MÉDICA se publica cada mes.— No se admiten suscripciones por menos de un año.— El precio de la suscripción adelantada por un año, es de ₡ 4.00.— Precio de un número, ₡ 0.50. El precio de avisos, convencional.

Año X

San José de Costa Rica, marzo de 1906

Núm. 6

ACTAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

4ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, celebrada el diecinueve de febrero de mil novecientos seis, con asistencia de los Doctores José María Soto Alfaro, Presidente; Teodoro H. Prestinary, Fiscal; Jenaro Rucavado, Tesorero; Roberto Fonseca Calvo y Mauro R. Fernández, Vocales.

Art. I.—Por ausencia del Secretario, Dr. don Francisco J. Rucavado, hizo sus veces el Tercer Vocal, Dr. don Mauro R. Fernández.

Art. II.—Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Art. III.—En este acto integró la Mesa el Dr. don Francisco J. Rucavado.

Art. IV.—En oficio n° 57 del nueve de los corrientes, el señor Secretario de Estado en el Despacho de Policía comunica á este Centro que oportunamente esa Secretaría dará las órdenes necesarias á los diferentes Médicos del Pueblo de la República para que procedan á vacunar á todos los alumnos que deben ingresar en las escuelas, y que aun no estuvieren inmunes contra la viruela.

Art. V.—Se leyó la siguiente comunicación: "Secretaría de Gobernación.—N° 58.—San José, 14 de febrero de 1906.—Señor Presidente de la Facultad de Medicina.—Tengo el gusto de enviar á esa Facultad copia del análisis practicado en el Laboratorio Químico Comercial de unas aguas contaminadas con mieles de café, recogidas por el General don Buenaventura Carazo, después de haberlas sometido dicho señor á un procedimiento que dice ser descubierto por él, y en virtud del cual el

agua recobra sus condiciones de potabilidad. Estimaré á la Facultad se sirva examinar ese análisis é informarme si efectivamente el agua á que él se refiere es potable. —Soy de V. s. s., (f.) Alejandro Alvarado.”

• Análisis de agua de don Ventura Carazo.—*Resultado:*

	Agua sin purificar	Agua purificada	Por ciento de purificación
Materias orgánicas calculadas en ácido oxálico por litro	5.516	0.148	97,3
Nitrógeno albuminoide	0.026	0.0045	83,1
Nitrógeno amoniacal	trazas	trazas	
Acidez calculada en ácido sulfúrico	0.465	0.029	93,8

12 de febrero de 1906.—El Jefe, (f.) Ercole Bertoni.”

La Junta comisionó á los Doctores don Jenaro Rucavado y don Mauro R. Fernández para que dictaminen.

Art. VI.—Comunicó el Médico del Pueblo de Santo Domingo, Dr. B. D. Tamayo, que un señor Ortega ejerce públicamente la medicina en la ciudad, sin estar para ello autorizado. La Junta nombró al Dr. Tamayo Agente Fiscal de este Centro en Santo Domingo; al efecto, el Fiscal comunicará inmediatamente el nombramiento.

Art. VII.—El señor Fiscal presentó dos cartas firmadas por el empírico que se pone al pie de ellas Doctor Bernardo Rodríguez R. Las dos tienen fecha veintitrés de enero y son dirigidas á don Jorge Solano. Leídas, la Junta acordó pasarlas al señor Agente Principal de Policía, con indicaciones de que las envíe al Juzgado del Crimen, por creer esta Junta que se trata de una estafa.

Art. VIII.—Se acordó publicar en “La Gaceta” oficial los artículos 13 y 14 del Reglamento General de la Escuela Dental.

Art. IX.—Fue comisionado el Dr. don Francisco J. Rucavado para que en representación de este Centro solicite del señor Secretario de Estado en el despacho de Instrucción Pública el dinero que mensualmente corresponde á la Escuela Dental, según el presupuesto, y desde la fecha en que se decretó la partida del plantel dicho, la cual será destinada al pedido del material de la Escuela, si el señor Secretario accede á la solicitud.

Art. X.—Se acordó imprimir por cuenta de la Facultad trescientas circulares y trescientos sobres. Las circulares son para los dueños de beneficios de café, y en ellas hace la última Comisión encargada de resolver el asunto del Concurso Médico Científico Nacional algunas preguntas relacionadas con el sistema de la depuración bacterial de las mieles de café por los tanques sépticos.

La sesión se levantó á las diez de la noche.

J. M. SOTO ALFARO,
Presidente

F. J. RUCAVADO,
Srio.

5ª SESIÓN ordinaria de Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, celebrada el cinco de marzo de mil novecientos seis, con asistencia de los Doctores: José María Soto Alfaro, Presidente; Francisco J. Rucavado, Secretario; Teodoro H. Prestinary, Fiscal; Pánfilo J. Valverde y Roberto Fonseca Calvo, Vocales.

Art. I.—Se leyó, aprobó y firmó el acta de la sesión anterior.

Art. II.—Se leyó un dictamen suscrito por los Doctores don Jenaro Rucavado y don Mauro R. Fernández, que versa acerca de un análisis practicado por el señor Ercole Bertoni de unas aguas contaminadas con mieles de café, recogidas por el

General don Buenaventura Carazo, después de sometidas á un procedimiento por este señor indicado. La Junta consideró que se debía ampliar ese dictamen por los mismos que lo rindieron, pues no resuelve la consulta del supremo Gobierno, que pregunta "si efectivamente el agua á que él se refiere es potable"; y así lo acordó.

Art. III.—El Jefe de Sanidad de la comarca de Puntarenas envió un cuadro demostrativo de las defunciones habidas en la ciudad del mismo nombre y del movimiento del Hospital durante el mes de febrero último. Se acordó publicarlo.

Art. IV.—Acusados ante el Gobernador de Limón, el señor Geo L. Dorand y unos compañeros suyos, por ejercer la Cirugía Dental sin estar para ello autorizados, Dorand dijo al Gobernador que pasaría á la capital á incorporarse. Considerando la Junta que aun á esta fecha Dorand no se ha presentado solicitando el examen de ley, se acordó comunicarlo así al Gobernador dicho para que proceda contra los acusados.

Art. V.—La señora Magdalena Jiménez de Bolaños, casada, de oficios domésticos y de este vecindario, solicitó su inscripción en el Primer Curso de la Escuela de Obstetricia. Estando sus atestados conformes con el Reglamento del plantel, se acordó de conformidad.

Art. VI.—Con respecto á la Escuela de Obstetricia, se acordó:

a) Publicar el siguiente aviso: Las alumnas de la Escuela de Obstetricia que por haber terminado sus estudios deseen optar el título de Obstétricas, deben presentar sus solicitudes desde esta fecha hasta el diecinueve de los corrientes; y las aplazadas en los exámenes ordinarios de fin de Curso, para los de marzo, deberán presentarlas desde hoy hasta el doce del presente;

b) Los exámenes de grado se verificarán el lunes 26 de este mes, á las 8 de la mañana, en el Hospital de San Juan de Dios; y los de las aplazadas, el 14, á las 7½ de la noche, en el Salón de la Facultad de Medicina. Como delegados á esos actos fueron nombrados los Doctores don Pánfilo J. Valverde y don Teodoro H. Prestinary, quienes aceptaron;

c) Que se continúen cobrando diez colones por derechos de título á las obstétricas que solicitan hacer su grado;

Se acordó publicar que la matrícula estará abierta hasta el último de los corrientes, en la Secretaría de la Facultad. Y que las clases quedan abiertas;

e) Se nombró el personal docente de la Escuela, el cual quedó así: Profesor de Teoría, Dr. don Francisco J. Rucavado. Profesor de Clínica, Dr. don Marcos Zúñiga. Director, el Presidente de la Facultad, según acuerdo del acta del 27 de marzo de 1905. Las dotaciones mensuales son las mismas de los años anteriores.

Art. VII.—Con respecto á la Escuela Dental, se acordó:

a) Abrir el plantel;

b) Inscribir en el Primer Año á los alumnos Bachilleres don Raúl Orozco Casorla y don José María Fernández Bolandi, quienes han cumplido con todos los requisitos legales;

c) Nombrar profesor de las asignaturas: Elementos de Anatomía y Fisiología generales; y Anatomía y Fisiología especiales de la boca, al Dr. don Francisco J. Rucavado. . . . Y nombrar profesor de la asignatura denominada Teoría de la Mecánica Dental, al Cirujano Dentista don Octavio J. Silva. . . . El Rector es el Presidente de la Facultad, según el artículo I del Reglamento General.

Art. VIII.—El señor José Gregorio Saravia Covar solicita se le inscriba como alumno de la Escuela Dental. La Junta, considerando que el señor Saravia no ha hecho su solicitud de acuerdo con los requisitos que expresa el artículo 13 del Reglamento General de la Escuela, no da curso á la solicitud.

Art. IX.—La señora Eudoxia Salas solicitó también que se la matriculara en el Primer Año de la Escuela Dental. No estando su solicitud arreglada á lo que dispone el artículo 13 del Reglamento del plantel, se denegó.

La sesión se levantó á las nueve y media de la noche.

P. J. VALVERDE,
Primer Vocal

F. J. RUCAVADO,
Srio.

Demografía de Puntarenas

Jefatura de Sanidad de la
comarca de Puntarenas

Señor Secretario de la Facultad Médica

San José

1º de marzo de 1906.

Remito á V. el cuadro demostrativo de las defunciones habidas en esta ciudad y del movimiento del Hospital durante el mes de febrero que acaba de pasar.

Con toda consideración quedo del señor Secretario, muy atento y s. servidor,

ISAAC GUERRA

CUADRO

demostrativo de las defunciones habidas en la ciudad y Hospital de Puntarenas y del movimiento de enfermos de éste, durante el mes que hoy fina

Nº	Fecha	Nombres	Vecindario	Enfermedad	Donde falleció
	Febº				
1	4	Paula de los A. Álvarez.....	Puntarenas.....	Alferesía.....	En la ciudad
2	5	Canuta Artola.....	—.....	Paludismo.....	—
3	6	Juan Rosales.....	—.....	Pulmonía.....	—
4	6	María Acevedo.....	—.....	Del corazón.....	—
5	8	Innominado.....	—.....	Alferesía.....	—
6	8	Ignacio Hernández.....	—.....	Cirros siatrófica.....	Hospital
7	10	Innominado.....	—.....	Nació muerto.....	Ciudad
8	14	Estéfana Leal.....	—.....	Hidropesía.....	—
9	20	Candelaria F. Espinosa.....	—.....	Tétano.....	—
10	24	Eduardo Chavarría.....	—.....	—.....	—
11	25	María C. Alvarez.....	—.....	—.....	—
12	26	Innominado.....	—.....	Nació muerto.....	—
13	28	Marcelina Sánchez.....	—.....	Muerte repentina.....	—
14	28	Francisco Soler.....	—.....	Disentería.....	—

Hospital

Enfermos anteriores.....	27
Entraron.....	30
Salidos.....	39
Muerto.....	1

Existencia:

Mujeres.....	9
Varones.....	18
Suma.....	27

Jefatura de Sanidad de la comarca de Puntarenas, 28 de febrero de 1906.

El Jefe de Sanidad,
ISAAC GUERRA

Cómo se enseña la Medicina en Francia

Hay algo cambiado en nuestra Universidad. Hasta el presente, los estudiantes no soñaban sino en burlarse de sus profesores, ellos quieren ahora que les sean útiles. La causa aparente de este cambio parecen ser las últimas perturbaciones en la Facultad de Medicina, ocasionadas por el rigor del profesor de física en los exámenes. La causa real es debida á la transformación de las ideas que, en las nuevas generaciones, se hacen más prácticas: es ella la que lleva á los estudiantes de medicina á fundar en 1901 una asociación corporativa para defender sus intereses. Instituyeron en ella conferencias de terapéutica, de droguería, de arte dentario... en una palabra, se aplicaron á completar la enseñanza que descuidaba la Facultad. Fundaron una revista de deontología y provocaron, en fin, á todo el sistema universitario, porque escribieron, y esta frase es singularmente significativa: "Nosotros no somos ya colegiales que se reprende ó que se adula, nosotros seremos mañana prácticos á quienes se confiarán vidas humanas y mañana seremos responsables de no saber."

La campaña está ya iniciada: el Ministro de Instrucción pública ordena un sumario y en París los profesores han nombrado una comisión para estudiar la reforma de nuestra enseñanza.

¿La enseñanza superior, que tanto ensalzan los discursos oficiales y los políticos, sería, pues, defectuosa? Cuáles son sus defectos, y sobre todo, si se quiere corregirlos, cuáles son las causas? ¿Son ellas accidentales ó inherentes á nuestras ideas, á nuestras costumbres, á toda nuestra organización social?



Nosotros no queremos indicar aquí los diversos cursos, trabajos prácticos y residencia de hospital, á los cuales es ceñido el estudiante: tal enumeración sería fastidiosa y poco útil. Lo importante, en efecto, es conocer el método, la idea directriz que preside á estos estudios. Desde hace ya muchos años, numerosos escritores, comparando las universidades alemanas y francesas han señalado la inferioridad de la enseñanza de estas últimas. Pero ellos se han lanzado al estudio de los hechos actuales y han descuidado la evolución: esta permite reconocer que estas diferencias, en otros tiempos menos notables, han ido acentuándose.

Antes de la revolución, las universidades de los dos países, tenían una existencia autónoma y eran casi independientes del Estado: los estudiantes de medicina pagaban entonces directamente á sus profesores.

Estas tradiciones han persistido en Alemania. Allí el estudiante retribuye siempre directamente á los profesores de quienes desea seguir el curso. Un profesor que tiene numerosos alumnos puede así aumentar mucho su sueldo fijo y llegar á ganar, 40, 50, 60.000 francos por año!

El profesorado es realmente una carrera. El maestro, para atraerse alumnos, trata de interesarlos, de serles útil, porque sabe que estos son atentos y asiduos y vigilan con interés por su dinero.

También les hace cursos elementales que forman cada año una enseñanza completa. El alumno recorre de tal suerte en un año toda su anatomía ó toda su patología. Sabios como Kölliker, Waldeyer, Recklinghausen, etc., no creen rebajarse profesando así. Como ellos repiten los mismos cursos todos los años, los dictan cada vez mejor y consagran cada vez menos tiempo á su preparación, dedicándose á tener sus notas al corriente. Todo procedimiento que puede facilitar la tarea del estudiante se hace bien pronto de un empleo corriente. Se recurre constantemente á las fotografías, que los alum-

nos se pasan de mano en mano ó que se proyectan por medio de un aparato muy superior á nuestras linternas mágicas: es el epidiascopio, con el cual aun los objetos opacos, figuras de un libro, preparaciones microscópicas, piezas anatómicas, son dadas amplificadas con su relieve y con su color.

En cada cátedra hay un museo anexo. No sirve únicamente, como entre nosotros, para conservar las curiosidades, está ante todo, destinado á la enseñanza, se colecciona allí piezas vulgares, demostrativas, típicas, ó todavía modelos. Así el Instituto Anatómico posee yesos coloreados representando, en gran aumento, todo el desarrollo del embrión. Y sobre cada detalle de la pieza, los nombres están cuidadosamente inscritos de manera que el alumno pueda ahorrarse toda investigación.

En *Francia*, la revolución destruyó nuestras universidades y el Imperio, reorganizándolas hizo instituciones de Estado: el alumno pagaba sus inscripciones al gobierno, el profesor no tuvo más que un sueldo fijo que le aseguraba una existencia material pasable.

Este sistema entró también en nuestras costumbres, que el cuerpo docente ha llegado á encontrarlo más noble y más conforme á los principios republicanos que aquel de Alemania; un profesor de universidad rehuiría actualmente recibir el dinero de los alumnos.—Ha venido á ser un empleado de calidad superior, es verdad, pero poseyendo, por tanto, la mentalidad tan especial; su puesto le pertenece, es un título que ha adquirido por largos y penosos concursos; estima no deber al gobierno que le paga tan mal, sino un mínimo de trabajo, y cumple con su conciencia obrando así.

¿En todo ello, qué viene á ser el alumno? El profesor escoje á su gusto, todos los años, un tema de los más estrechos (1) que desarrollará en su curso. Poco importa que esto no sea sino una mínima parte de lo que él debería reglamentariamente enseñar. Su único cuidado es ostentar su erudición, hacer admirar su elocuencia; id á escuchar á este orador modelo, él mima su lección, describiendo los síntomas crueles con enternecimiento, no olvidando la palabra que produzca la risa cuando puede introducirla. También sus cursos, puramente teóricos (2), son generalmente poco seguidos, á menos que no se constituya un auditorio que interrogue en el examen sobre el sujeto que él ha estudiado así.

¿Cómo se ha podido producir entre nosotros esta extraña paradoja de que no hayamos temido trastornar la organización de nuestras universidades, y que por tanto poseamos siempre los cursos teóricos, ejercicios de elocuencia semejantes á los que practicaban los sabios de la edad media? Es que Napoleón, haciendo del profesor un empleado del Estado, ha destruído en él todo deseo de progreso.



Otra causa ha venido á agregar su acción, *el modo de reclutamiento*, tan diferente en los dos países.

En Alemania, el candidato es el principio, *privat docent*, dicta cursos libres, los alumnos que quieren dirigirse á él le pagan directamente. El se ejercita así durante largos años en el arte de enseñar; hace al mismo tiempo trabajos de laboratorio y escribe voluminosas monografías. Si el éxito vie-

(1) No hablo aquí sino de los profesores de la Facultad de Medicina; pero, el mismo hecho existe en todas nuestras Facultades. Id á la Sorbona y vereis consagrar allí todo un semestre al estudio de Nietzsche. Procediendo así, el mismo Matusalem emplearía su vida en conocer un tema de una manera completa.

(2) Cursos puramente teóricos, sin lecciones de hechos en su apoyo, no deberían tener razón de ser si no se tratara de principios generales, de exponer leyes, en una palabra, de la filosofía de una ciencia.

ne, y sobre todo si es protegido por un maestro, con el tiempo tiene alguna probabilidad de llegar á ser profesor.

Y como cada uno tiene sobre todo defectos de que adolece, muchos alemanes envidian nuestros concursos que les parecen un obstáculo al favoritismo, mientras que numerosos franceses querrían importar á su país el sistema de ultra-Rhin que constituye una excelente preparación para la enseñanza.

Las instituciones no valen, en efecto, sino por los hombres que las emplean. Teóricamente el concurso permite llegar al más meritorio; prácticamente, con las pasiones humanas, él no detiene sino las nulidades, los jueces no osan nombrarlos por temor del escándalo; es necesario contar siempre con la intriga y el favor.

Por imperfecta que sea la institución del concurso, vale más que la simple elección; también en Francia las críticas se dirigen menos al principio del concurso que á la manera como se le aplica. En las pruebas, la erudición y la elocuencia triunfan sobre las ideas personales y el trabajo original (1). Si dudais, id un día á escuchar á la Facultad en la época del concurso de agregación, á un favorito dar su lección de tres cuartos de hora: repite como un buen alumno, según los libros, hermosas descripciones y hace citas felices, se dedica á ser el reflejo de los otros y no atestigua ninguna originalidad si no para adular á sus jueces; de escucharlo, la cuestión que él trata está llena de sus descubrimientos y de sus alumnos. Los períodos ciceronianos se alargan, armoniosos y vibrantes, á propósito de un tema de patología que no lo conduce de ninguna manera y, en el momento en que suena la hora, sin esfuerzo aparente, como un acto muy natural, termina su peroración. Lo debe á una larga práctica que ha estremado en el concurso del externado, que ha seguido en el internado, medallas y en fin hospitales, porque todos estos concursos consisten en disertaciones que hay que hacer en un tiempo dado.

También entre nosotros la necesidad única del candidato es la de preparar su concurso, siguiendo una conferencia: barbas grisáceas, hombres en la plenitud de la edad se reúnen en casa de algún distinguido maestro, y allí se ejercitan en recitar y en escribir una cuestión en un lapso de tiempo dado.

En otro tiempo los candidatos dictaban cursos libres en la Facultad, este ejercicio preparatorio constituía una buena nota; siendo hoy mal vistos estos cursos, ellos se abstienen cuidadosamente y no enseñarán sino el día que sean agregados.

Mientras que el profesor alemán, desde el principio de su carrera se ha consagrado á la enseñanza, el francés, aun llegado á la agregación, no puede todavía consagrarse á ella exclusivamente. Sus funciones no duran más que nueve años; los sueldos son mediocres; en París, 4000 francos por un año, de los cuales se retiene 5 o/o para una reserva hipotética (que el agregado no tocará sino si llega á ser profesor). La agregación no es pues una carrera que pueda nutrir á su hombre; se la busca porque constituye un título para la clientela y asegura algunas ventajas (2)

(1) Sin duda se ha tratado de remediar estos defectos: así se permite hoy al concurrente consultar algunos libros clásicos antes de su lección, y se ha instituido una prueba sobre títulos. Pero jueces y auditorio se dejan siempre encantar por la palabra fácil del relator, el candidato que posee este don feliz es el elegido designado de antemano: somos un país latino.

(2) También se han visto agregados, nombrados en una Facultad de provincia, que continuaban residiendo en París y trasladarse cada vez que tenían que dictar una lección; las relaciones del maestro con los alumnos están así reducidas al mínimo.

La más importante es la esperanza de llegar al profesorado. Si se realiza no es sino tarde, la clientela está entonces hecha, los hábitos están tomados, muchos años separan del aprendizaje de la agregación. También no es esto solo una nueva tarea de la que el dichoso elegido asume la responsabilidad, sino un honor que corona su carrera (1).

Esto es tan cierto que bregará por ser nombrado para una cátedra para la cual no tiene ninguna capacidad. Un clínico se hará profesor de la historia de la medicina; un cirujano profesor de anatomía. Pasa en su fantasía de una cátedra á otra, y estas permutas han hecho su momento de escándalo en la Facultad de París.

¿Y, queréis que este nuevo maestro aporte á sus nuevas funciones un espíritu inclinado al progreso? Esperáis de él reformas, pero los concursos que ha soportado, la existencia que ha debido llevar, la edad en la cual ha llegado, todo, sus funciones mismas, lo hacen forzosamente, sin excepción, rutinario y formulista.



Si de los profesores se pasa á la organización material de las Facultades, la comparación nos es todavía mucho más visiblemente desventajosa.

En otro tiempo, y hasta cerca de la mitad del siglo XIX, todas las universidades de Europa estaban representadas por una vasta construcción, de aspecto monumental, situada en el centro de la ciudad, donde estaban reunidas todas las ciencias, todos los laboratorios, todas las enseñanzas.

Con el progreso, el instrumental se multiplicó y exigió más vastos locales. El profesor alemán que vivía en su laboratorio quiso tener su casa con él, sin vecinos molestos, casa que pudiera agrandar agregándole un ala si fuera necesario. Se adoptó el principio de Institutos autónomos, estando cada uno destinado á una sola ciencia. Construcciones sobre terrenos espaciosos, ordinariamente en los confines de la ciudad, rodeados de vastos jardines, formaron una ciudad de palacios donde se pudo aumentar el número á cabo y á medida de las necesidades y de los recursos.

La visita de uno de estos Institutos da siempre la impresión del mismo espíritu de método y de organización. He visto últimamente el Instituto de Oftalmología de Estrasburgo. Cada Sala tenía un destino especial, marcando bien la división del trabajo: una era para el examen oftalmológico, otra para el microscopio, una tercera para la fotografía. Mi guía no quiso omitir nada, me condujo del sótano al granero, no olvidando asimismo el sótano del carbón y la reserva de madera: "Dast ist Holz", con esta minuciosidad del espíritu germano que se pierde en los detalles muy frecuentemente á expensas de las ideas generales.

En casi toda la Europa se construyen ahora Institutos autónomos. Algunas veces se utiliza la antigua Universidad para los archivos, las oficinas ó asimismo la biblioteca que queda común para todos los institutos.

En Francia, hemos recurrido igualmente á los Institutos, pero tímidamente y como á despecho, en algunas de nuestras facultades de provincias, Nancy, Montpellier, Lila. Y cuando se trató de edificar la nueva Escuela de Medicina de París, se quiso como para la Sorbona y el liceo Luis el Grande, respetar las tradiciones. Se temió sin duda privar á los estudiantes de

(1) Es necesario todavía mencionar los profesores de diecisiete escuelas de medicina, cuyo sueldo es irrisorio: 1800 francos como suplente, 2500 como titular. Aquí todavía el profesorado no es sino un título que da clientela, él no puede ser una carrera. Es desde este punto de vista que en una ciudad de las cercanías de París, queriendo suprimir su escuela, los profesores, para conservar su título, consintieron en devolver cada año, á la Municipalidad, sus emolumentos.

la animación del barrio Latino y de sus interesantes cervecerías. Pareció exorbitante elevar una ciudad de institutos en las cercanías del bosque de Boulogne, en el extenso, en pleno verde.

Se debió expropiar un terreno costoso á fuerza de millones, y á pesar de todo se está estrecho, los profesores trabajan en salas tristes y frecuentemente mal iluminadas; no se sabe donde poner los animales en experiencia; amontonados en los subsuelos ó en rincones oscuros apestan la atmósfera.— En cuanto á los agrandamientos del porvenir, es necesario no pensar. Ya se quiere establecer un anexo á la Facultad, en las avenidas exteriores.

Más todavía, esta grande y fea construcción es incómoda y no responde á su fin; los arquitectos oficiales se han inquietado de imitar el estilo griego primitivo mientras se trataba de ciencia moderna; ¿han seguido ellos las indicaciones de los profesores, les han pedido un consejo? Dudo mucho.

Bajo cualquier faz que examinemos la enseñanza médica, encontraremos siempre el mismo obstáculo á todos los progresos. La acción gubernativa ha destruído la iniciativa individual; vemos las consecuencias constatan-do en nuestros ciudadanos este estado de indiferencia estigmatizado por el epíteto del *je m'en fichisme*. Los reglamentos más juiciosos no traerán ningún mejoramiento si las energías no se despiertan y no sustituyen su acción á la del estado.



Una objeción se cruza: si nuestra enseñanza médica es inferior, ¿cómo ha producido durante todo el último siglo una brillante pléyade de sabios y de excelentes prácticos? Es que justamente la iniciativa privada ha suplido largo tiempo á la insuficiencia de las oficiales. Así, en el último siglo, en París, numerosos médicos se consagraron á la enseñanza libre é hicieron su carrera.

La historia ha conservado los nombres de muchos de estos modestos que fueron al mismo tiempo sabios: Auzias-Turenne, el primero, inculó la sífilis al mono; Rambaud inventó una ingeniosa pieza quirúrgica, Martin Damourette adquirió una notoriedad en terapéutica; Batailhé escribió sobre las curaciones con alcohol y fue uno de los precursores de la antisepsia. . . .

Los profesores libres habían casi acaparado la enseñanza de la anatomía, tenían en la Facultad un anfiteatro. Muchos médicos han guardado el recuerdo del Dr. Dupré, el autor de mil medios nemónicos que se repiten todavía, el poeta que puso toda la anatomía en verso que cantaba con sus oyentes durante su curso. Nadie sabía mejor que el Dr. Fort hacer interesante esta ciencia un poco árida, sus éxitos fueron tales que los oficiales se emularon: un decreto, aparecido en 1880, suprimió la enseñanza libre (1).

Se rechaza hoy esta enseñanza, y la ley del 10 de Julio de 1896, dando á las universidades algunas prerrogativas, ha permitido volver á ello bajo otra forma. Existen desde hace algunos años muchos cursos libres dictados por jóvenes doctores bajo la égida de los maestros: los alumnos que reciben allí sobre todo una instrucción práctica, pagan directamente su profesor. Se han fundado también cursos de vacaciones para uso de los prácticos que vienen á aprender allí los métodos y las especialidades que ignoran.

Esto no es sino un principio, y esta enseñanza está todavía lejos de volver á tomar la importancia que tenía en otro tiempo.



Una superioridad nos queda incontestada, la de la *clínica*. Parece á

(1) La Facultad se ha esforzado por reemplazarla por medio de numerosos trabajos prácticos obligatorios. ¿Pero se cree que estos habrán perdido el estimulante de la concurrencia?

primera vista paradójal el sostener que esta parte tan importante de la medicina sea mejor enseñada en Francia, mientras que en las otras lo son más mal.

Aquí, en efecto, el método alemán ha dado malos resultados; los estudiantes son concentrados en algunos servicios de clínica, van al auditorium, el profesor hace la demostración sobre enfermos llevados por medio de camillas rodantes; uno ó dos estudiantes son interrogados y se aproximan al enfermo, los otros se contentan con ver de lejos; no penetran en las salas.

En Francia, el profesor de clínica no acapara así todos los servicios; siendo retribuído por el Estado, no sacaría ninguna ventaja.

Sin duda conserva un cierto número para hacer una recorrida en sus visitas: aquellos están más mal repartidos que sus colegas alemanes, porque se oprimen al rededor del lecho del enfermo y mutuamente se impiden ver.

Pero el mayor número está repartido en muchos servicios, y en ellos reciben una enseñanza mutua que recuerda un poco la que existía antes de la Revolución. No había entonces cátedra de clínica. El estudiante, á ejemplo del compañero obrero, se ponía en aprendizaje con un médico de la ciudad que lo llevaba á ver sus clientes.

Hoy los internos y los externos gozan de este rol de patrón: aprenden en el servicio los primeros rudimentos, los hacen percutir, auscultar, interrogar al enfermo. Enseñanza además puramente benévola y no retribuída, salvo en las clínicas de partos, donde existen monitores designados.

Es raro que el médico explique estos elementos, pero sus lecciones, por ser más sabias, no son menos útiles: los estudiantes lo siguen en su visita, escuchando sus preguntas, ven su manera de actuar.

Los alemanes organizan la enseñanza de la clínica, han destruído, pues, la antigua enseñanza mutua, que el dejar ir de nuestros profesores, ha, por el contrario, permitido conservar en parte, entre nosotros (1). Ellos se dan también cuenta de su insuficiencia, desde este punto de vista, que han decidido recientemente que todo doctor antes de ejercer haga una estadía en el hospital.

Esto prueba que las naciones como los individuos, tienen un razonamiento simplista: adoptan una conducta uniforme para casos diferentes y los resultados son tan pronto buenos, tan pronto malos.

Los franceses se amarran á un doble escollo: el primero consiste en admirar todo lo que viene de Alemania y en querer copiarlo servilmente; el segundo en rechazar el partido tomado. Importemos las innovaciones útiles y perfeccionemos la parte de nuestra enseñanza en que nosotros somos ya superiores, mejorando un sistema que, por bueno que sea, está todavía lejos de ser perfecto.

(1) Es necesario también tener en cuenta los gustos particulares de cada nación: el alemán prefiere los trabajos de laboratorio, el francés la clínica. También está esto en favor de la enseñanza clínica que los estudiantes reclaman: los alumnos, dicen ellos, no están repartidos en un bastante número de servicios, la duración de su estadía es muy corta, dieciocho meses solamente. Los exámenes que se soportan sobre patología son mucho menos difíciles que los que se dan en las ciencias física, química, natural, anatómica y fisiológica. Y por tanto, á pesar de su importancia, todas deberían ceder el paso á la clínica. Estas afirmaciones podrían asustar al público que quiere ante todo ser bien curado. Que tenga confianza sabiendo que la mayor parte de los médicos no se contentan con pasar en sus exámenes y comprenden la necesidad de completar sobre este punto su enseñanza.

Dr. FÉLIX REGNAULT

(*La Semana Médica*)

Lo que debe saber de enfermedades de los ojos el médico que no es oculista

Por el Doctor Juan Santos Fernández, en la Academia de la Habana

(Sesión del 14 de Julio de 1905)

El desarrollo de esta tesis, parece á primera vista, dar como buena la práctica de toda la medicina por un solo profesor; tal vez aceptar como posible el módico enciclopedista de otros tiempos, que ejercía por igual la laringología y la obstetricia, la otología y la ortopedia ó la rinología y las enfermedades de las vías urinarias.

Nada más lejos de nosotros que semejante apreciación; la conducta de toda nuestra vida profesional nos absuelve de este pecado. Desde el principio de nuestra carrera sólo hemos girado dentro del círculo estricto de las enfermedades de los ojos y podemos asegurar que el que os habla ha sido el primero que en la Isla de Cuba ha ejercido exclusivamente una especialidad cual se venía haciendo ya en otras partes.

Esta limitación en el terreno del ejercicio profesional no ha sido óbice para que hayamos tratado de adquirir los conocimientos que se refieren á la medicina y sus ciencias auxiliares.

Nuestros pasos en esta Corporación abonan lo que decimos, así como nuestra constante dedicación á la Prensa médica; del mismo modo la parte que tomamos en la introducción de la Bacteriología entre nosotros y nuestra cooperación, aunque modesta, en todos los Congresos y Sociedades científicas del país y fuera de él.

Aceptar el enciclopedismo sería volver á errores ya depurados. Sería admitir nuevamente que la vida de un hombre, por inteligente que sea, baste para aquilatar en la práctica, el conocimiento teórico, que ciertamente puede alcanzar de las múltiples ramas de las ciencias médicas.

Pueden las inteligencias privilegiadas llegar á dominar todo el campo de la medicina, conociendo sus leyes generales basadas en la Anatomía y la Fisiología; pero está fuera de toda duda y admitido como indiscutible que en el terreno de la práctica, de la aplicación objetiva, es imposible llegar á dominar de modo perfecto cada una de las ramas de la profesión médica. No puede un médico decirnos la última palabra de lo que se refiera á la operación de la catarata v. g., y hacer lo mismo á propósito de las operaciones que se practican en el útero y en la vejiga, porque como dejamos dicho, es corta la vida para que cada una de estas materias haya podido formar un juicio concienzudo basado en su propia observación sobre el individuo enfermo.

Cierto es que el especialista de los tiempos modernos no es el de los albores de la medicina, que inspiraba verdadero desprecio por su desconocimiento de la ciencia en general. Aquél provocó tal oposición al estudio de las especialidades que países tan adelantados como la Francia necesitaron paldar el progreso en sus vecinos los alemanes, para llegar á crear cátedras especiales, primero en París y después en todas las Facultades de Medicina de la República.

Se ha convencido que un médico, después de hacer sus estudios en debida forma, puede, sin menoscabo de su prestigio, antes bien levantándolo, limitarse á la práctica de una sola rama de la medicina, para poder mejor prestar su atención á un número determinado de enfermedades, y sobre el conocimiento de las cuales llegar á constituirse en la legítima autoridad.

No obstante aún cuando un médico se circunscriba v. g., á ver casos exclusivamente de medicina y otro los que atañen sólo á la cirugía, tienen

uno y otro forzosamente que tropezar con enfermos ajenos al ramo á que se consagran y á los que no puede rechazar en el primer momento. Una vez, se trata de un antiguo cliente, al que ha curado años tras años de enfermedades que encuadran entre las que él atiende y que reclama en un momento dado con urgencia sus cuidados, afectado de otro género de dolencia, distinta de las que él trata constantemente, por ejemplo de una enfermedad de los ojos.

Por desagradable que sea para el médico fijar su atención en un particular que rarísima vez se presenta á su consideración, se ve obligado á atenderlo, á darle su opinión al paciente y hasta recetarle, pues no es hora ya de dirigirlo al especialista, está tal vez en punto en que no lo hay, ó llegará á él si está distante con dos ó tres días de retardo.

Como no puede estar, desde luego, sin tratamiento el enfermo, siquiera no sea más que por la idea del abandono, en que se ha de suponer, hasta llegar al especialista; forzoso se le hace al médico formar un diagnóstico por lo menos provisional, digámoslo así, por las circunstancias, y colocarse en condiciones de que lo recetado, á virtud de un examen superficial y sin los elementos para hacerle completo, mantenga las cosas de modo tal, que permitan, sin perjuicio del paciente, que se realice más tarde un diagnóstico definitivo, por quien se consagre á ese ramo especial de las ciencias médicas.

Hechas estas aclaraciones preliminares, comprenderéis mejor ahora que no es nuestro ánimo dar á los médicos en general un curso de oftalmología que no necesitan por dos razones: la primera porque muchos de ellos antes de dedicarse al ejercicio de la profesión, lo siguieron, como siguió el que os habla, uno de obstetricia en su oportunidad, con el fin de adquirir mayor ilustración en todas las ramas de la medicina, pero nunca para practicar la obstetricia; la segunda porque el estudio práctico de toda la oftalmología le sería perfectamente inútil y hasta imposible de obtenerlo, si la atención es solicitada de diverso modo y su finalidad es ejercer la profesión en otro sentido.

En efecto, es fácil comprender como había de aspirar á hacer con todo acierto una operación de catarata, quien tiene cientos de operaciones de otro género que practicar, ó no se ocupa de hacer ninguna, porque no se consagra á la cirugía.

No obstante por el hecho expuesto, de tener que ver siquiera sea del modo provisional algún enfermo de los ojos, es conveniente que todo médico tenga presente unas cuantas reglas, que no son muchas, á virtud de las cuales, puede evitarse un error que pudiera afectar su buen nombre y la salud de su cliente, tal vez el más antiguo y querido entre todos y á quien desea de corazón beneficiar y al que pudiera dañar diagnosticando á la ligera su enfermedad ocular, como veremos más adelante.

Creemos con lo expuesto haber justificado el motivo que nos ha inducido á ocuparnos de la oftalmología que debe conocer el médico que no ejerce la especialidad de las enfermedades de los ojos.

II

Empecemos por las enfermedades de la conjuntiva que como es sabido, fuera de epidemias, constituyen el 30 por 100 de las afecciones oculares.

No nos vamos á ocupar de las conjuntivitis agudas cuya infección se toma de la atmósfera como se ha demostrado por la presencia de los bacilos de Koch Weebs Morax Axenfeld, Hansell y otros; consisten otras en que el principio tóxico está en la sangre, como en el sarampión, ó viene de un lugar distante del mismo cuerpo, como en la purulenta ó blenorragia; por eso es de gran trascendencia fijarse en que no haya pus. Mientras la secreción sea mucosa, se trata de una conjuntivitis de las que siempre se han llamado cata-

rrales, cuyos gérmenes no tienen ni con mucho la virulencia de las que presentan que frecuentemente lo provoca el gonococo.

Aquellas pueden ser combatidas más tardíamente ó de modo más ó menos activo; pero desde el momento que hay pus, debe temerse la presencia del gonococo, solo ó asociado, intra ó extraocular: nos hallamos en presencia de uno de los más graves peligros para el ojo y de aquí la conveniencia de que se establezca el tratamiento apropiado por quien corresponda y se vigile atentamente al paciente.

No queremos, ni de soslayo, hablar de lo que en estos casos hacen los profanos fuera de aquí, los lavados con orinas, las cataplasmas de leche, hojas de té, aplicaciones de carne cruda y aún de pedazos de placenta y otras asquerosidades, pues queremos hacernos la ilusión de que nuestro pueblo es menos inculto que esas masas de otros países de población excesiva y descuidada.

Para demostrar la gravedad de la presencia del pus y sus consecuencias, referiremos hechos desgraciados, no ya acaecidos en manos de médicos no especialistas, sino de quienes tenían legítima competencia, y ellos solos darán una idea de lo que pudiera ocurrir á los que por no estar observando á diario enfermos de los ojos, han de tener menos obligación de estar prevenidos.

Una mañana es consultado un oculista extranjero por un individuo que tenía un ojo ligeramente inyectado; no había secreción de ningún género y por tanto estaba lejos de sospechar se tratase del comienzo de algo grave. Ordenó al paciente algo de lo que es corriente disponer en estos casos; no pudo suponer que se presentasen nuevos síntomas y el enfermo no le consultó al cambiar el cuadro de éstos. A las pocas horas de recetarle sobrevino además de los párpados, se inició la secreción de aspecto purulento, se aumentaron las molestias y hasta el tercer día de enfermedad, cuando la supuración era abundante y el quémosis torturaba la córnea, en señal de que las toxinas del gonococo, realizaban su acción destructora, el enfermo no creyó conveniente volver al oculista que se quedó espantado y le increpó por su inercia culpable.

A pesar de que se estableció acto continuo un tratamiento apropiado no se pudo dominar el mal y el ojo se perdió, no sin que el culpable pretendiese acusar al médico de una desgracia debida á su indolencia.

Otro enfermo en que se advierten síntomas no claros de una oftalmía purulenta es prevenido por el oculista de consultarle al día siguiente ó antes si se le presentasen tales manifestaciones. El individuo presta poca atención á lo que se le advierte, como ocurre frecuentemente por incuria ó por la malicia de creer que somos alarmistas interesados, y no volvió sino al tercero ó cuarto día alegando que indisposiciones de sus familiares, se lo habían impedido y la distancia á que vivía, etc., etc.; pero trayendo en tales condiciones el ojo que no había esperanzas de salvarlo. No obstante se estableció el plan apropiado, el cual no logró dominar ya la enfermedad y el órgano se destruyó.

Podríamos citar un número considerable de casos análogos sacados de nuestra práctica; pero de expreso hemos citado dos casos de la ajena porque al eximir á nuestros colegas de responsabilidad por las razones expuestas, no hemos de pecar de apasionados.

Bastan los dos casos citados para demostrar la grave responsabilidad que puede resultarnos de una simple hiperemia de la conjuntiva, que tantas veces sobreviene solo por saltar al ojo la más insignificante partícula de polvo ó cosa análoga; pero cuando obedece aquella á los comienzos de una infección

y no se atiende oportunamente suelen experimentarse desagradables sorpresas.

Y si esto puede ocurrir al oculista que tiene, repetimos, motivos para estar más advertido, porque le menudean estos casos, cuan fácil será sorprender al médico general que ve más de tarde en tarde enfermos de los ojos.

Ciertamente que estableciendo desde luego un interrogatorio se va derecho al bulto, si los enfermos dijese siempre la verdad ó supiesen lo que deben de decir; pero nos ha ocurrido estar tratando una oftalmía purulenta en un enfermo que aseguraba no haber tenido blenorragia y del examen de sus órganos genitales resultó que la tenía en más ó menos actividad.

Todo lo expresado tiende á probar que la conjuntivitis, sobre todo las purulentas de los adultos, deben mantener en justificada alarma á los profesores médicos en general, porque es la enfermedad de los ojos que más veces triunfa de los recursos de la medicina y no pocas veces porque se le ataca tarde y en malas condiciones.

Nos hemos referido de intento, á la conjuntivitis purulenta de los adultos exclusivamente, porque nos reservábamos estudiar á parte la oftalmía purulenta de los recién nacidos, ó sea la *oftalmía neonatorum*.

Con decir que en todas partes la mayoría de los ciegos que ocupan los asilos provienen de esta enfermedad, está justificado que nos ocupemos de un particular que no ha de ser en verdad nuevo para los que nos escuchan.

Es lo cierto, sin embargo, que á pesar del progreso realizado en el mundo con la creación de las grandes maternidades levantadas en los países más civilizados, aun produce ciegos la oftalmía neonatorum, cuando en realidad no debía producir ninguno ó reducido número, si se quiere, atendiendo á que en medicina no hay nada matemático y hay siempre que contar con las circunstancias concomitantes de naturaleza local, y otros motivos que no necesitamos enumerar y que cambian las determinaciones del médico ó el resultado de sus indicaciones.

Los desastres que siguen á la oftalmía purulenta de los recién nacidos, no obedecen, las más de las veces, á que los médicos en general desconozcan la gravedad de esta afección. En todos los libros está consignada y cuando un profesor se encuentra en presencia de un caso típico, con abundancia de pus sobre todo recuerda el pronóstico de la enfermedad y trata de dirigir al niño á persona idónea que establezca el tratamiento. Pero todos los casos no revisten este aspecto, que aunque parezca paradójico no es forzosamente siempre el más grave. Los hay que parecen sólo tener una oftalmía catarral y examinando la secreción, después de ver que ha producido lesiones en la córnea, resulta que está aquella llena de gonococos. Por el contrario y aquí está lo paradójico, hemos tenido casos que han recurrido al tratamiento después de estar el globo del ojo bañado constantemente en abundante pus y al buscar una explicación de la inmunidad del globo del ojo la hemos encontrado en que, en aquel pus tan abundante no había gonococos ó estaban en exiguo número.

He aquí porque juzgamos falaz considerar como catarral la oftalmía de un recién nacido, la prudencia exige que sin previos y repetidos exámenes bacteriológicos, supongamos siempre la existencia de gonococos, si no queremos pasar por la dura pena de incurrir en un descuido que puede provocar la pérdida de un ojo, ó convertir en ciego un niño que puede llegar á vivir muchos años para su desventura.

En definitiva: un niño recién nacido puede padecer una oftalmía catarral; pero de todo estado catarral de la conjuntiva en un recién nacido debe desconfiarse y considerársele como una oftalmía purulenta de escasa secre-

ción, porque de equivocar el diagnóstico tomando por oftalmía purulenta la que es catarral, ningún mal se sigue; pero la equivocación en sentido contrario es en extremo lastimosa.

Respecto de las enfermedades de la conjuntiva no haremos referencia á ninguna otra más; ni siquiera hemos de llamar la atención del diagnóstico diferencial entre la conjuntivitis y la iritis que puede hacerse sólo por el aspecto de la inyección vascular las más de las veces (1) y por el de la pupila y el humor acuoso; pero que otras sólo la intensidad del dolor y la fotofobia obligan á recurrir al especialista que encuentra ya sinequias posteriores. No vamos á dar un curso de oftalmología y por tanto aunque existen otras enfermedades como el tracoma v. gr., que puede hacer incurrir en error de diagnóstico, no pretendemos evitar éste en lo absoluto, pues á diario se cometen y se rectifican, aún por los más experimentados, sino que tratamos de fijarnos sólo en la que ofrece peligro serio para el enfermo y alguna responsabilidad para el médico.

Por eso no hablamos tampoco de la contraindicación de los preparados de plomo en las afecciones de la córnea, pues si desde tiempos inmemoriales las sales de este metal tienen un poder curativo indiscutible, está probado que cuando existen úlceras en la córnea, éstas curan indudablemente; pero quedando un depósito metálico que si lo tolera la piel, no así la córnea que experimenta los perjuicios de la existencia de un cuerpo extraño.

Estos y otros particulares son ya peculiaridades de la práctica oftalmológica, que no tiene urgencia de conocer el médico en general, y por esta razón no tratamos de especializar y omitimos ocuparnos de otros particulares de análoga naturaleza.

III

Las enfermedades de la conjuntiva bulbar y las de la córnea son ajenas, las más de las veces, á lo que hemos señalado en las conjuntivitis purulentas, que son palpebrales; no tienen tampoco un curso tan rápido y por tanto dan tiempo para tomar medidas oportunas, de acuerdo con el criterio que sustentamos.

Las afecciones del iris, con la iritis á la cabeza, sí se prestan á confusiones lamentables; porque no siempre las enfermedades de los ojos como las de otros órganos, presentan el cuadro completo de síntomas que hace imposible el error de diagnóstico.

No siempre la inyección de la conjuntiva en la iritis afecta una forma tan distinta de la de una conjuntivitis que no quepa la menor duda de su existencia; sino que puede presentarse la ausencia de dolor ocular ó periorbitario, ó escasa fotofobia y como la falta ó disminución de la vista no produce alarma, al que no está habituado á los diversos matices de la coloración conjuntival y desconoce la presencia de una iritis, no se ordena el tratamiento apropiado, y cuando la intensidad de los síntomas hace caer en la cuenta y dirigirlo al oculista, existen sinequias posteriores múltiples que comprometen

(1) En efecto la inyección en la conjuntivitis no está limitada á la parte anterior del ojo, sino también á la posterior y se extiende á la cara interna de los párpados; es reticular y se mueve con la conjuntiva, su color es vivo de escarlata ó rojo de ladrillo. Cuando la inyección procede de la iritis ó del glaucoma, se limita á la región periquerática, es rosada ó violácea pálida y aun cuando se mueva la conjuntiva por medio del borde del párpado, los vasos no se mueven con ella.

Esto obedece á que en la conjuntiva hay dos sistemas vasculares: el de los vasos conjuntivales posteriores y el de los vasos ciliares anteriores, no obstante á causa de las numerosas anastomosis vasculares, puede ocurrir que en las inflamaciones intensas del segmento anterior del ojo, la inyección se generaliza y se confunde la congestión de los vasos conjuntivales posteriores propia de la conjuntivitis simple y la de los vasos ciliares anteriores legítima en la iritis y el glaucoma interesándose ambos sistemas.

la vida del ojo ó la atresia pupilar completa que le ha hecho para siempre incapaz de ver.

Este accidente ocurre con más frecuencia cuando la iritis es indolente, y eso no es lo general; en los casos dolorosos los sufrimientos fuerzan al médico y al enfermo á tomar determinaciones serias y éstas ponen á cubierto de un desastre.

Ocurre también que la forma dolorosa puede confundirse con el glaucoma agudo, sobre todo en los primeros días para los no habituados á la oftalmología y en este caso las consecuencias son también funestísimas.

En efecto, el tratamiento dirigido á provocar la dilatación de la pupila, que es un caso de iritis el primer paso que debe darse; es dañino sobre toda ponderación en el glaucoma; al grado de que en un ojo sano y en individuo de avanzada edad, los midriásicos pueden determinar el glaucoma y, si son capaces de provocarlo en un ojo solamente predispuesto á él, no cuesta mucho calcular cuanto se agravaría el mal si se aplicasen una vez ya declarado éste.

Conviene pues estar prevenidos, pues aunque se trata de afecciones de naturalezas muy diversas cabe el error, y no pocas veces lo hemos visto producirse. En tal concepto cuando los síntomas dan dolor ocular ó periorbitario van unidos á la inyección de la conjuntiva bulbar, muy especialmente si esto recae en un sujeto mayor de 40 años, debe recordarse que el no usar los midriásicos constituye una grave falta y el recetarlos, cuando existen síntomas de arterio esclerosis general ó predisposición de éste. No debemos olvidar que algunas veces es de efectos tan fulminantes el glaucoma y reviste tal gravedad, que se hace impotente para combatirlo la iridectomía, las más de las veces eficaz si se aplica á tiempo, la esclerotomía anterior á la ecuatorial, el estiramiento del nervio nasal (Badal) y la resección del simpático cervical, y también el uso á larga mano de la eserina, la pilocarpina, la arecolina, etc., etc.

IV

Las enfermedades del fondo del ojo que pueden exponer á una confusión de consecuencias desagradables son: la catarata y la glaucoma.

La catarata que en determinadas circunstancias puede ser conocida fácilmente hasta por los profanos, á la simple inspección, ofrece algunas veces serias dificultades para ser diagnosticada; pero éstas se pueden vencer cuando se tiene la práctica suficiente y se está prevenido.

El error que suele cometerse más veces, no descansa, bien estudiado, en la incompetencia del médico para el diagnóstico, sino en cierto descuido al formularlo sin fijarse en más síntoma que en la disminución de la vista del individuo afectado y su edad avanzada. Es verdad que ésta es la apropiada para la presentación de este mal; pero no es por sí sola ni acompañada de la falta de vista lo bastante para formar juicio, omitiendo todo otro género de examen. Pocas veces se incurre en la equivocación por el aspecto azulado del cristalino, tan frecuente en personas de edad proveya, aunque perfectamente sanas y sin aquejar ninguna perturbación ocular; pero no ha faltado quien se haya dejado engañar por esa aparente opacidad del cristalino.

El admirar la existencia de una catarata cuando realmente no la hay y como consecuencia, recomendar al enfermo que aguarde á la extinción completa de la vista para ser operado, tiene graves inconvenientes.

Puede el sujeto padecer de un desprendimiento de la retina ó de otra enfermedad en que los recursos terapéuticos de la oftalmología sean escasos y recibir relativamente poco perjuicio, con no estar sometido precozmente al tratamiento más adecuado; pero también puede padecer una afección del nervio óptico ó de la retina en que el establecimiento de un plan apropiado de-

tendría ó dominaría la afección y en este caso se le ha hecho perder un tiempo precioso.

Cuando el paciente se presenta al oculista para ser operado de catarata, forzosamente se entera de que no tiene esta enfermedad, sino otra que debió ser atendida tres, cuatro ó cinco años antes.

Puede estar igualmente atacado de un glaucoma que después del primer acceso agudo, deja al ojo afectado, no pocas veces aparentemente y sólo con falta de vista más ó menos acentuada. Esto es lo que hace creer en la existencia de la catarata y entonces puede ocurrir que la demora en establecer el verdadero diagnóstico, dé lugar á excesos sucesivos que coloquen las cosas en estado tal de gravedad y de sufrimiento, que cuando sea diagnosticado de glaucoma por el oculista, la iridectomía, operación aceptada para combatirlo, por las autoridades en oftalmología, resulte ya del todo ineficaz por lo tardía en aplicarse.

V

Pudiéramos extendernos más, entrando en detalles sobre algunas otras afecciones en que cabría también un error de diagnóstico; pero esto no sería práctico y recargaría el cuadro haciendo más difícil la retención del escaso número de hechos sobre los que pretendemos fijar sólo la atención del médico general.

De este modo limitándonos á señalar nada más que un corto número de enfermedades, en que los errores se repiten con relativa frecuencia, pudieran conseguirse el resultado efectivo de prevenir al médico y estando con tal motivo en guardia, por tratarse de un circunscripto número de particulares, evitar fácilmente lo que pudiera perjudicar á su crédito y á la salud de sus clientes.

Si este paso que nos atrevemos á dar, dentro del campo de la oftalmología, autorizados por una larga consagración á este género de estudio, más que por nuestra competencia, lo imitasen los que están dotados de ésta en el cultivo de otras especialidades, realizarían un buen servicio en el ejercicio profesional; nadie podría considerarse lesionado, ganaría el paciente, no perdería nada su médico con indicarle en tiempo oportuno el camino que debía tomar para recobrar de modo eficaz la salud; y el oftalmólogo, como los que se dedican á otras especialidades devolvería al médico general la ayuda que tan frecuentemente les presta ilustrándoles sobre el estado general del enfermo para mejor conocer el local en el circunscripto campo de su observación y deliberación.—(*El Mes Med.*)

Mecanismo del parto normal en presentación de vértice y nomenclatura obstétrica.

Por el Doctor Nicolás G. de Rosas

El conocimiento exato del mecanismo del parto, constituye la base de la obstetricia. Todo lo que tienda á precisar ó fijar nuestras ideas sobre estos hechos, tratando de distinguirlos y hacernos entender, mediante un vocabulario y nomenclatura única, será de la mayor importancia. Es en este sentido, que nos proponemos compendiar, todo lo más breve posible, los esfuerzos realizados para llegar á fijar las ideas actuales sobre el mecanismo del parto normal en presentación de vértice y los de Simpson secundados

por el IX Congreso Internacional de Medicina celebrado en Washington y más tarde por una comisión nombrada por el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia de Amsterdam sobre la unificación de la nomenclatura obstétrica.

Una vez estudiado el mecanismo del parto, en sus líneas generales y en los detalles más minuciosos, es cuando se comprenderá la terminología necesaria que al entender del profesor Paul Bar, deberá, justamente, ser basada en el sentido *anatómico* á fin de entendernos en todos los idiomas y al propio tiempo dejar un margen para los nuevos detalles, diámetros etc. que el porvenir pudiera reservarnos al conocer mejor ó modificar las nociones que en la actualidad tenemos como las más verdaderas.

* * *

El parto se realiza mediante una serie de actos que tienden á hacer pasar el feto por el trayecto ó *conducto pélvico*; siendo, en nuestro concepto, la *ley de la acomodación*, las reacciones del periné obstétrico y la dirección de la fuerza uterina las que principalmente lo presiden.

Este conducto ó pelvis obstétrico se compone de dos segmentos de tubos esenciales, unidos en ángulo recto: parte superior osea, *pelvis osea* y porción inferior blanda, *pelvis blanda*. (Pinard.)

La pelvis osea comprende desde el estrecho superior hasta las inserciones superiores, fijas, del músculo ó diafragma coxi-perineal (estrecho medio) y la pelvis blanda que se extiende desde los orígenes del antes dicho coxi perineal, ligamentos sacrociáticos menores y articulación sacro-coxílea hasta el orificio vagino-vulvar.

Hemos de ver toda la importancia que tienen estas partes al estudiar las leyes generales que presiden el parto; correspondiendo cada una de ellas á los 2 *tiempos principales, constantes*, de su mecanismo y particularmente la segunda ó segmento perineo vulvar que corresponde al desprendimiento ó salida de la cabeza y en cuyo diafragma coxi-perineal reside gran parte ó tal vez todo el secreto de esta salida y de la rotación que la prepara.

Como regla general para el mecanismo de todo parto en evolución espontánea, cualquiera que sea la presentación, cabeza, tronco, ó nalgas, existen dos tiempos esenciales: 1º *encaje*, que es la penetración de la parte fetal hasta el suelo pelviano ó estrecho medio (pelvis osea) y 2º *desprendimiento* ó salida de la parte fetal por el orificio vulvar (pelvis blanda.)

Para las presentaciones de vértice ó cara, el encaje completo ó profundo, como se expresa en lenguaje usual, será el pase de la cabeza por el segmento oseo y el desprendimiento ó salida, es su pase por el segmento perineo-vulvar. El tiempo del *descenso* descrito por muchos parteros es inútil; encajándose, la cabeza desciende, lo mismo que desprendiéndose. El descenso es el movimiento de conjunto, general, que pertenece á la evolución de la cabeza en la pelvis osea como en la pelvis blanda, sin consideraciones especiales, independientes de aquellas que son descritas oportunamente en el *encaje y desprendimiento* (Demelin.)

Estos dos tiempos se unen, de tal suerte, que cuando el encaje de la cabeza ha terminado, también ya ha comenzado el desprendimiento; lo que fácilmente se explica dadas las diferentes y desproporcionales dimensiones de la cabeza, cuyos diámetros (infra-occípito é inframento-bregmático de 9 y medio centímetros, occípito frontal de 12, occípito mentoniano de 13, etc.) no están en relación con los de la pelvis en su altura (10 centímetros en el medio de la escavación y 4 ½ solamente hacia adelante, al nivel del pulvis.) Para que la cabeza haya salido de la pelvis osea se necesita una ampliación del segmento perineo-vulvar muy avanzada.

Veamos ahora los movimientos ó tiempos *accesorios* que favorecen el *encaje y desprendimiento* de la cabeza en un parto normal y á término, de vértice.

La cabeza sobre el estrecho superior, antes del encaje, se encuentra en flexión media sobre el tronco, situada casi transversalmente en relación al estrecho superior, y en presentación del parietal posterior; estando mantenida así por el contacto de la bóveda craneana con el segmento inferior de la matriz.

Su encaje ó descenso se inicia, generalmente, antes del trabajo del parto, tres meses antes, en las primíparas y 15 días ó un mes antes, en las múltiparas.

Iniciado el encaje, éste se realiza ó favorece por la flexión, inclinación lateral y rotación de la cabeza, ejecutado por lo general, simultáneamente.

Las contracciones uterinas empujan la cabeza hacia abajo y adelante, es decir, hacia el pubis, cuya resistencia modifica esta dirección y la vuelve hacia atrás y abajo, la cabeza se inclina sobre el parietal posterior que descende en la excavación y ofreciendo á la concavidad del arco anterior pelviano una convexidad de radio más grande, toca á este arco en dos puntos solamente, situados á los lados de la línea media. Así, la cabeza se encuentra en un estado de equilibrio poco estable, que lógicamente ha de romperse, rotando y necesariamente de transversal hacerse oblicua en relación á la pelvis, para adaptarse estas superficies de convexidad de la cabeza y concavidad de la cara posterior del arco anterior de la pelvis con mayor número de puntos de contacto.—(Fochier.)

El occipucio rota hacia adelante, lo más amenudo, en las posiciones izquierdas y hacia atrás en las posiciones derechas, habiendo sido invocadas como causas de esto, la presencia de la parte superior del recto, situado á la izquierda, y la situación primitiva *casi* transversa de la cabeza antes de iniciarse el encaje.

Por último, la cabeza se flexiona y el descenso se realiza. Esta flexión es más notable en las posiciones anteriores que en las posteriores; hecho que se explica si tenemos en cuenta que en las posiciones posteriores el occipucio rotado hacia atrás no tiene contactos con el arco anterior de la pelvis, donde se ejercen las resistencias que completan la flexión en las posiciones anteriores.

El encaje termina, cuando la bóveda craneana se pone en contacto con el suelo coxi-perineal; estando la cabeza dirigida según un diámetro oblicuo de la excavación, más ó menos flexionada (posición anterior ó posterior) é inclinada.

“El encaje se hace, más ó menos pronto, por corrección progresiva de la inclinación sobre el parietal posterior, por descenso del parietal anterior retardado. La sutura sagital se vé alejarse de la sínfisis hasta más allá del eje del estrecho superior, y á medida que ella se aleja, disminuye el espacio que separa el vértice del suelo pelviano (Henry Varnier.)

Realizado el encaje profundo, las contracciones uterinas, hasta este momento débiles, se hacen enérgicas y ayudadas por los músculos abdominales empujan el occipucio contra el obstáculo perineal á fin de darle salida. Este *desprendimiento* es precedido por movimientos preparatorios de flexión, rotación é inclinación lateral ligera de la cabeza, para presentarla simétricamente al orificio perineo-vulvar.

La parte más declive de la cabeza (occipucio) empujada y apoyada sobre el periné flexiona la cabeza al maximum; hecho que hace disminuir su volumen (flexión infra-occípito-bregmática) y que es indispensable en una cabeza

de volumen ordinario y bien osificada para pasar por la pelvis en la parte que se denomina *estrecho medio de Brindeau, cuarto plano no paralelo de Balandin, estrecho inferior de Ritgen, parte estrecha de la pelvis de Reit, etc.*

El estrecho antes mencionado corresponde á un plano de sección que pase por la punta de la última vértebra sacra y las dos espinas ciáticas, y cuyos diámetros son: antero-posterior de 10 y medio centímetros; transverso mediano de 11 centímetros 8, bis-ciático 10 centímetros 5, y cuya circunferencia corresponde bien á la del desprendimiento de la cabeza flexionada al maximum ó infra-occípito-pregmática.

Hecha la flexión de la cabeza, lo rotación le sigue (tercer tiempo de Paul Dubois).

Estudiemos la rotación del desprendimiento en las oblicuas anteriores y en las posteriores.

En las oblicuas anteriores y fijándonos en la O. I. I. A. el occipucio al deprimir el suelo pelviano, solicita las haces antero-posteriores del pubio-coxígeo izquierdo (has antero-posterior, externo é interno del músculo elevador canal izquierdo) que rechaza hacia afuera. La contracción ó reacción de este músculo rechaza la cabeza hacia adentro, rotando en ese sentido de O. I. I. A. á occípito-pública, flexionada completamente y sin poder ascender porque la contracción uterina se lo impide.

En las oblicuas posteriores y tomando como ejemplo la O. I. D. P. la región más declive es siempre el occipucio, pero dirigido atrás y á la derecha no solicita los *haces* antero-posteriores pubio coxigeos que permanecen en reposo: las eminencias frontales que serían las únicas capaces de entrar en relación con estos *haces* se encuentran todavía muy altas, vecinas del estrecho superior y sin gran contacto con el arco anterior oseó. El occipucio deprime durante la contracción espulsiva la parte derecha (izquierdo coxígeo derecho) de una faja ó porción osteo-músculo-aponeurotica compuesta del coxis, en el medio, y á los lados los dos izquierdo-coxígeos. Esta faja ó porción es movable, como una clapatela, según expresión de Farabeuf, en la articulación sacro coxígea y sus dos extremidades externas fijas á las espinas ciáticas son tendones redondeados que permiten fácilmente el movimiento de charnela ó bisagra. Por otra parte, el borde postero-superior de cada izquierdo-coxígeo está fijado al ligamento sacro-ciático menor, fibroso, inextensible, resistente y que sirve de apoyo á la porción izquierdo coxígea, movable sobre él, como el coxis lo es sobre la punta del sacro. (Demelin).

La cabeza, empujada directamente sobre la porción izquierdo-coxígeo la deprime atrás, poniendo en juego á la charnela sacro-ciática. Pero, la faja ó porción izquierdo-coxígeo (osea en el medio y muscular en los lados) fijada á las espinas ciáticas y movable, reacciona al empuje que la deprime, echando hacia adelante á la cabeza, que la ha solicitado. Esta mutación del occipucio hacia adelante no es más que su rotación hacia el pubis y ya en esta situación los *haces* pubio-coxígeos completarán la rotación como en las posiciones anteriores.

La falta de reacción de la porción osteo-músculo oponeurótica izquierdo-coxígeo, que se deje deprimir hasta que la eminencia frontal venga á excitar los haces antero-posteriores pubio-coxígeos, es la causa de la rotación en occipito sacra y mucho más si á esta falta se une la pequeñez de la cabeza que permite á las eminencias frontales descender sin tomar apoyo sobre el arco anterior de la pelvis. Los haces pubio-coxígeos antero posteriores harán rotar la frente hacia adelante en estas condiciones, como hacen rotar al occipucio en este sentido é igualmente acondicionado.

Otro ayudante á la rotación de la cabeza en occipito publica es, sin

duda alguna, la dirección de la fuerza uterina y en este sentido la interpretación de Spiegelberg es en muchos casos juiciosa. La fuerza uterina dirigida siempre hacia adelante se aplica sobre la cabeza fetal flexionada por intermedio del raquis y tiende á llevar al occipicio hacia adelante.

Hecha la rotación y la cabeza en occipito publica, distiende poco á poco el ojal ó hendidura pubio-anal y por reacción de los haces internos del músculo elevador del ano la llevan hacia adelante, ayudados por la faja izoqu coastigea que conserva sus fuerzas y que hace bascular la cabeza en el sentido de su deflexión ó extensión, bajo el pubis. La deflexión, perfectamente posible en estas condiciones, termina el desprendimiento ó salida de la cabeza.

* * *

Descrito el mecanismo ó fórmula general del parto normal de vértice, procuraremos recordar y transcribir los esfuerzos hechos para unificar la nomenclatura obstétrica.

Es al profesor Simpson á quien corresponde el haber abordado este problema de la unificación de la nomenclatura obstétrica ante el Congreso Internacional de Londres (1881). Es á virtud de una relación muy extensa, que este profesor presentó al IX Congreso Internacional de Medicina celebrado en Washington, que este Congreso votó las conclusiones que más adelante señalaremos.

Más tarde, (1899) el Dr. La Torre de Roma, hizo una comunicación al Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología de Amsterdam. *La nomenclatura dei-diametre obliqui del bacino del punto di vista obstetrico internazionale*, cuyo trabajo dió origen á que se nombrara una comisión encargada de hacer una relación sobre esta cuestión. Esta comisión reunida en París el 8 de Agosto de 1900 dirigió á los parteros más eminentes las conclusiones votados en Washington; rogándoles emitieran sus opiniones.

Ved aquí las conclusiones votadas en Washington y las modificaciones propuestas, que tomamos del trabajo del Dr. Paul Bar, encargado de recibir estas últimas y exponerlas en Roma. *Rapport sur l'unification de la nomenclature obstetricale*. (L' Obstetrique 1903.)

CONCLUSIONES VOTADAS EN WASHINGTON

DIÁMETROS DE LA PELVIS

1º—Antero-posteriores: (a) *Diámetro conjugata-vera* que va desde el medio del promontorio del sacro al borde superior de la sínfisis publica, en el punto cruzado por la *línea terminalis*; (b) *Diameter conjugata diagonalis*, desde el medio del promontorio al borde inferior de la sínfisis publica.

2º—Transverso: *Diameter transversa* entre los dos puntos más distantes de las líneas ileo-pectíneas derechas é izquierdas.

3º—Oblicuos: (a) *Primer oblicuo ó diameter diagonalis dextra* que va de la sínfisis sacro iliaca derecha á la eminencia ile-pectínea izquierda; (b) *Segundo oblicuo ó diameter diagonalis lava* dirigido desde la sínfisis sacro iliaca izquierda á la eminencia ileo-pectínea derecha.

DIÁMETROS DE LA CABEZA FETAL

1º—*Occipito mentalis*, de la punta del hueso occipital al centro del borde inferior del mentón.

2º—*Occipito-frontalis*, de la protuberancia occipital á la raíz de la nariz.

3º—*Sub-occipito-bregmatica*, que va de la unión del cuello con el occipital al centro de la fontanela anterior.

4º—*Bi parietalis*, entre las dos eminencias parietalis.

5º—*Bi temporalis*, entre las estremidades inferiores de la sutura coronal.

PRESENTACIONES DEL FETO

La *presentación* es la parte tocada por el dedo introducido en el canal vaginal.

El *occipucio* es la porción de la cabeza situada detrás de la fontanela posterior.

El *sincipucio* es la parte de la cabeza situada delante del bregma.

El *vértice* es la porción situada entre las fontanelas y lateralmente se extiende hasta las bolsas parietales.

Tres grupos de presentaciones deben ser reconocidos: dos en las cuales el eje longitudinal del feto corresponde al eje longitudinal del útero y una en la cual el eje del feto es oblicuo ó transversa al eje del útero.

Presentaciones longitudinales

(a)—Presentación cefálica: vértice y sus variedades; cara y sus variedades.

(b)—Estremidad pelviana: nalgas y pies.

Presentación trasversa, que comprende: hombro, brazo y otras raras.

POSICIONES DEL FETO

Teniendo como puntos de reparo topográfico, los lados derecho ó izquierdo y la dirección anterior ó posterior tendremos:

Posiciones de vértice:

Occípito izquierda anterior

Occípito izquierda posterior.

Occípito derecha posterior.

Occípito izquierda anterior.

Posiciones de cara:

Mento derecha posterior.

Mento derecha anterior.

Mento izquierda anterior.

Mento izquierda posterior.

Posiciones de nalgas:

Sacro izquierda anterior.

Sacro izquierda posterior.

Sacro derecha posterior

Sacro derecha anterior.

Presentaciones de tronco:

Escapulo izquierda anterior.

Escapulo izquierda posterior.

Escapulo derecha posterior.

Escapulo derecha anterior.

PERÍODOS DEL TRABAJO DEL PARTO

El trabajo se divide en tres períodos:

1º—*Primer período*, desde el comienzo de los dolores regulares hasta la dilatación completa del orificio externo, (desaparición y dilatación del cuello.)

2º—*Segundo período* que corresponde á la expulsión del feto.

3º—*Tercer período* ó expulsión de la placenta.

FACTORES DEL TRABAJO

1º—Fuerza (uterina, etc.)

2º—Vías de pasaje.

3º—Móvil ó *pasajero*.

* * *

Las modificaciones esenciales, propuestas y expuestas ante el Congreso último de Roma son las siguientes:

1º—En cuanto á los DIÁMETROS DE LA PELVIS: Budin y Audebert agregan el diámetro *promonto pubico minimum*, intermedio á los señalados. Paul Bar, propone designar cada diámetro, no por las regiones vagas en que ellos terminan, sino por sus puntos anatómicos precisos. De esta suerte desaparecerían ciertas causas de errores, como por ejemplo: el diámetro occípito frontal que la mayor parte de los parteros hacen partir de la raíz de la nariz y terminar en la protuberancia occípital, mientras que los franceses la hacen partir del mismo punto y terminar en la punta de la occípital; los diámetros oblicuos de la pelvis, calificado el izquierdo de los anglo-sajones por derecho en los médicos latinos. Este mismo profesor Bar, después de oír las razones expuestas por el Dr. La Torre sobre esta cuestión de los diámetros oblicuos y que dió margen al nombramiento de la comisión de Amsterdam, propuso designar como *Primer oblicuo* al que comienza en la eminencia ileo-pectinea izquierda y *Segundo oblicuo* al otro ó derecho de los franceses; evitándose así, por abreviación al escribirlos, lo largo que sería su enunciación si se señalaran las terminaciones ó extremos de estos diámetros.

Referente á los DIÁMETROS DE LA CABEZA FETAL, Budin hace notar que el diámetro *occípito frontal* comienza detrás de la punta del occípital; M. Vlaicos, de Constantinopla, agrega el diámetro *mento frontal* que iría desde el borde inferior del menton al ángulo anterior de la fontanela anterior.

Cuando á las PRESENTACIONES, las modificaciones propuestas han sido: el profesor Budin propone, que en lugar de tres grupos se indique cuantas presentaciones se reconozcan; Porak desea que se señale la definición de la Posición; Maygrier quiere que se deje al término *sincipicio* la asepción que hasta hoy ha tenido, de vértice de la cabeza.

La sociedad de Ginecología de Amsterdam modifica así las presentaciones:

1º—Presentaciones longitudinales:

Extremidad cefálica: occipucio y sus variedades; vértice y sus variedades; cara y sus variedades.

Extremidad pelviana; nalgas y sus variedades.

2º—Presentación transversa:

Espalda ó brazos, pies y tronco.

La sociedad toscana de Ginecología y Obstetricia agrega la presentación de frente que para Budin es excepcional.

Budin dice que en la extremidad pelviana se deben distinguir, modalidad completa y modalidad incompleta, incluyendo en estas últimas: rodillas, pies y nalgas incompleta.

El profesor Paul Bar, hace notar las ventajas de clasificar las presen-

taciones conforme se hace en Francia: "la presentación, siendo la parte tocada por el dedo introducido en la vagina, cada vez que el dedo llegue á una parte fetal situada por encima de la estremidad superior del cuello, es una presentación de la cabeza; cada vez que se toque por debajo de un plano que pase por las crestas iliacas, será una presentación pelviana y entre estos planos, del cuello y crestas iliacas, presentación de tronco. Así se podrían crear, para cada presentación, todas las variedades que fueran necesarias: vértice, cara, frente, nalgas, pies, rodillas, hombro derecho, hombro izquierdo, codo, mano y todas las otras variedades que el progreso de la ciencia exigiera."

Las modificaciones propuestas, respecto á los otros particulares, son de poca importancia y más bien se dirigen, en lo que se relaciona con las posiciones, á precisar más la situación anatómica y tomando en consideración el punto de referencia en la posición.

De una manera general, puede decirse, las conclusiones votadas en Washington llenan su objeto y por nuestra parte, de acuerdo con Budin y Bar, creemos muy justificadas las modificaciones propuestas por ellos.

(*El Mes Médico*)

Tratamiento de la lepra por el Mangle rojo

Por el Doctor Matías Duque

Director y Médico del Hospital de Sífilis y enfermedades venéreas, "San Antonio"

Con este título y escrito en correcto francés llega á nuestras manos, la monografía del muy estimado amigo y bien conocido especialista Dr. Matías Duque.

Nos dedica uno de estos folletos y aparte la importancia del tema que trata, agradecemos la distinción de que hemos sido objeto, mucho más, tratándose del compañero á quien nos liga ese afecto imborrable nacido en el aula é intimidad del mismo cuarto de estudio.

Con un prefacio del Dr. Manuel Bango y León, ex-profesor de Clínica Quirúrgica, nos presenta el Dr. Duque una relación dirigida á la Academia de Medicina de París, de todo lo referente al tratamiento *Moreno-Duque* ó Mangle rojo: Historia, Botánica, Usos del Mangle rojo, Efectos fisiológicos, Efectos tóxicos, Química, Farmacología, Efectos del Mangle rojo en la Lepra, Efectos sobre el bacilo de Hansen, Posología, Régimen que deben seguir los enfermos de Lepra, Conclusiones, Discusión sostenida con motivo de este asunto, Resultados de las esperiencias hechas en la Leprosería de la Habana, Observaciones clínicas de casos curados y otros mejorados y por último un apéndice: La Lepra en Cuba.

Este trabajo del Dr. Duque es de importancia real y de gran valor para todo médico práctico. Nos da á conocer un nuevo remedio contra esa terrible enfermedad que hasta la fecha carece de *específico*.

Ved aquí las conclusiones:

1º—El Mangle rojo (*Paletuvier rouge*) por su manipulación fácil, la facilidad de su administración, su tolerancia y resultados clínicos es el mejor remedio que posee la medicina para combatir la Lepra.

2º—El Mangle rojo parece ser el específico de la Lepra porque cuando el enfermo lo toma en el primer período de su evolución el 100 oyo de los casos curan en 8, 10 ó 12 meses.

3º—Cuando la enfermedad está en su segundo período ó de estado,

cuando las vísceras no han sido todavía invadidas por el mal ó muy ligeramente, el 60 0/0 de los casos curan en 3, 4 ó 5 años. Los enfermos llegan á la curación social en la mitad del tiempo señalado. El 40 0/0 que resta, mejoran apreciablemente, siendo esta mejoría más ó menos marcada según el estado del enfermo y su vitalidad orgánica.

4º—Cuando la enfermedad llega al período terciario, es decir, cuando todo el organismo está invadido por el mal, vísceras y sistema nervioso, entonces no se observa más que una mejoría que no libra al enfermo de sus neuritis y desórdenes neuro tróficos. Se observa, sin embargo, la disminución y cesación de la diarrea, disminuye la fiebre, reaparece el apetito y hasta un aumento lento del peso.

Todo esto le hace concebir esperanzas de curación al desgraciado enfermo, hasta que roto el equilibrio orgánico le sobreviene la muerte.

En un caso solamente (como se puede ver en la Historia Clínica) de este período, el Dr. Duque, ha visto la curación y en otra una muy apreciable mejoría.

POSOLOGIA DEL MANGLE ROJO Y REGIMEN QUE DEBEN SEGUIR LOS LEPROSOS: La dosis superior ó máxima aconsejada es de 6 gramos á 8 gramos de extracto blando y 15 á 40 de extracto fluido. Deberá empezarse por dosis pequeñas atendiendo á que las náuseas y vómitos se presentan cuando se toma el extracto fluido ó blando á la dosis de 15 gramos del primero y 50 centigramos del segundo, al comenzar.

El enfermo tomará el medicamento aumentando la dosis cada 8 días; un baño general á 39 ó 40 grados centígrados de 15 á 20 minutos antes de acostarse y mucho mejor si se emplea para el baño una decocción de Mangle rojo suficiente á enrojecer el agua. La dieta será la siguiente: prohibición de especies y de ácidos; mucha leche y frutas, pescados, etc. Los demás cuidados son de una higiene general; no olvidando el tomar un laxante salino cada 6 ú 8 días.

No puede ser más interesante el trabajo del Dr. Duque y bien merece se le preste atención por parte de todos los médicos, á fin de corroborar ó modificar las conclusiones del compañero.

Paradojas sobre el lenguaje médico

El *Journal de Medecine Interne* de París, alarmado por el camino inconveniente, en concepto de sus directores, que ha tomado el lenguaje médico abrió hace poco un concurso que tenía por objeto probar que la lengua francesa se perdía con los neologismos médicos y que todo se podía decir en la hermosa lengua castiza.

Los trabajos fueron numerosos é interesantes. Queremos reproducir uno de los primeros que fuera de su forma contiene conceptos originales, ó por lo menos hasta ahora no formulados.

El señor Bourgeau es estudiante de medicina.

Tendremos el gusto de ofrecer á nuestros lectores algún otro trabajo de ese Concurso.



Al señor Director del *Journal de Medecine Interne*

Señor: á V. no le gusta la Academia de Medicina, pero siente cariño por la Academia Francesa.

Deseoso de oír expresarse con elegancia á los colegas abre usted un

concurso literario en su periódico médico. Voy á tratar de probarle que V. no tiene razón.

•••

Un enfermo entra al hospital. Es un hombre de cincuenta y cinco años. Su rostro enflaquecido tiene un color amarillo paja, tiene edemas de los miembros inferiores. Desde muchos meses ha perdido el apetito, pero participando de esa creencia popular de que no se puede estar bien sino comiendo carne, se ve obligado á comerla no obstante la repugnancia que le inspira.

Sus fuerzas están agotadas y lo que le ha obligado á entrar al Hospital son vómitos negros, concho de café y violentos dolores de estómago.

Se le examina, la palpación revela un tumor del píloro, una flegmasia alba dolens quita las últimas vacilaciones.

—¿Qué diagnóstico hace usted? pregunta el cirujano á un estudiante. Este contesta:

—Neoplasma del estómago.

¿Por qué *neoplasma* y no *cáncer*?

¿Por qué el sinónimo en lugar del nombre?

¿Para no asustar al enfermo, no es eso?

Es la misma razón que hace decir basilosís por tuberculosis; P. J. por parálisis general; enfermedad específica por sífilis, etc. La piedad ha creado un lenguaje anexo, le ha puesto una máscara á los nombres, á riesgo de ser infiel al diccionario.

•••

He aquí otro ejemplo y una nueva razón. Se os llama á un hogar. La madre os cuenta con palabras de desolación el accidente que acaba de pasar. Al entrar al salón su hija chocó contra un mueble, luego su brazo se hincha y cae ahora insensible, es inmóvil. Se os presenta la joven enferma. Su mirada un poco dura, su voz breve, molesta, os hacen pensar que debajo de todo eso hay una historia. Interrogáis. Se os cuenta que la niña es muy nerviosa, que es colérica, orgullosa y coqueta, que no se sabe *por donde tomarla* y que dos ó tres veces ya, á consecuencia de un reproche ó de contrariedades ha tenido ataques de nervios.

Examináis el brazo de esta interesante enferma se lo clava en conciencia, para no ser víctima, de una pequeña simulación... este brazo tiene zonas perfectamente insensibles.

Ya no tiene usted ninguna duda: hay aquí una monoplegia del miembro superior.

¿Qué va usted á recetar? ¿Electricidad? ¿Duchas? ¿Masaje? Nada tiene mejor que eso?

—“Hay precisamente un remedio nuevo cuyo efecto es maravilloso, decid á la joven, son las píldoras de *taraxacum deus leonis*.

Tomará usted una cada dos horas y mañana estará curada.

Y recetará usted, seriamente, en latín, teniendo cuidado de recetar dosis mínimas que dan al medicamento la apariencia de peligroso. Usted no duda de que el resultado será bueno. Hay muchas probabilidades de éxito y vuestra actitud agregará confianza sobre esos nombres que no dejarán de imponerse.

Pues bien, los enfermos quieren remedios complicados.

El práctico de conciencia que aconseja leche caliente contra la angina ó lavados con aceite, para la constipación sería considerado como un inbécil. El médico debe recetar medicamentos que los enfermos no puedan ó no se-

pan formularse á sí mismos. Tal idea es la que ha hecho reemplazar la buena antipirina de Knorr y de nuestros padres por exalginas, fenacetinas, piramidones de valor inferior, pero que tenían la ventaja de ser nuevos y de parecer más nocivos.

La innovación, lo desconocido, las gotas, los cuenta gotas, sugestivos instrumentos de alto efecto curativo, la sonoridad de las palabras, la forma ampulosa de las recetas, el bluff de las drogas, el pathos médico, en fin, todo lo que hace creer al enfermo que los remedios y el doctor tienen valor, son los mejores medios terapéuticos.

Ah, señor, el médico moderno ha perdido mucho de su poder haciéndose hombre de mundo. Usted se acuerda que decía Molière, "el traje y la barba hacen la mitad del médico"; este pensamiento era verdad, pues el enfermo siente una confianza muy grande ante el aspecto doctoral.

Hasta hace pocos años nuestros predecesores, sabiendo que la apariencia externa de sus personas era una de sus fuerzas, se vestían con un redingote negro, corbatita blanca y sombrero de copa. Hoy día, el joven doctor quiere estar á la moda, y en la mañana hace sus visitas de vestón y de sombrero bajo. No hay para él nada más que su ciencia y las píldoras que receta no tienen virtud sino en sí mismas.

Y he aquí que, con un pretexto académico queréis quitarle la fuerza sugestiva de su lenguaje especial. Deseais que hable bien, es decir, como todo el mundo.

Usted se levanta contra el colega que dice:

La terminación de la hipotermia determina una notable enforia.—Y piensa que es mejor decir, *el fin de la fiebre trae el bienestar.*

Pero si usted, junto al lecho de la enferma le dice sencillamente, *amigo mío, en cuanto haya caído la fiebre usted se sentirá mucho mejor; ¿qué efecto tendrá nuestra palabra?* Será banal como todas las que le cuchuchean sus parientes y sus amigos que le dicen: *paciencia, ánimo, eso va á pasar.*

—¿Has tomado quinina?

—Tendrás que estar en cama tantos días, etc.

Se os llama, no es para oír las mismas cosas; y si afirmáis con voz grave que *la terminación de la hipotermia determinará una notable enforia*, daréis al enfermo una confianza grande, en vuestra persona y en vuestros remedios.

Al enfermo le gustan las expresiones científicas, el latín, el griego y aun el genovés, á condición de no entenderlo.



Permitidme una última palabra.

De todas las lenguas especiales, de derecho, de industria, de bolsa, etc., es el lenguaje médico el más "internacional." Hice el experimento hace algunos años. Siendo joven, estudiante ya, fui á Munich. Hablaba alemán como un bachiller. Sabía traducir sin falta. "El cuchillo de mi padre es más pequeño que el sombrero de mi hermana, pero el jardín de mi tía es muy grande. Sabía también pedir de comer, lecho y lo demás. En verdad, casi no entendía lo que se me respondía.

Una mañana tuve la idea de visitar un hospital.

Y grande fue mi asombro al ver que comprendía muchas cosas, porque las palabras eran las mismas en las dos lenguas.

Comuniqué esta observación á un amigo que no se asombró y me hizo notar además que en los congresos los colegas de todos los países llegaban á entenderse muy bien gracias á estas palabras internacionales.

Vamos, escoged. ¿Qué prefiere usted? Una lengua bien francesa,

nacionalista, ó una lengua menos académica, un volapuc médico que permite trabajar á los médicos reunidos en congreso?

Resumo.

Un temor de asustar al enfermo por el anuncio de una afección talvez incurable, el cuidado de fortificar las recetas con la confianza que han de inspirar, la satisfacción de ser comprendido por los extranjeros y de comprenderlos; agrego, un pudor que oculta en palabras la vulgaridad de las cosas (recordad, melena, meconio, etc.) tales son las razones que me hacen preferir la jerga especialista á la lengua francesa hermosa y banal.

* * *

Y para ser completo os diré la razón de vuestro disgusto.

Así como comprendo la lengua médica cuando es necesaria, así la deploro cuando está fuera de función.

Pero este defecto no es especial al médico.

El militar que arrastra su sable por el suelo y valsa con espolines, el profesor que perora en la sala de fumar sobre la destinación del hombre, están en el mismo terreno del médico obstinado, verdadero di-letanti literario del oficio, que siempre tiene en su bolsillo un instrumento terrible ó un tubo sembrado de microbios infecciosos para divertir á las mujeres.

Para que el hombre de ciencia pase á ser hombre de salón se necesita una elasticidad, una superioridad que no están al alcance de todo el mundo.

En "maître Jacques" hay dos hombres. Rara vez llegamos á ser uno!

JEORGES BOURGEAU

(*La Trib. Méd.*)

El cornezuelo en el parto

Al joven doctor D. Angel Pulido Martín, hijo de mi queridísimo y antiguo amigo el Dr. D. Angel Pulido y Fernández, Senador y Académico.

..... Estoy, amigo, tan conforme con el artículo de Olshausen sobre el cornezuelo de centeno, que yo éste lo empleo en caso de necesidad en todos los períodos del parto y sobre todo en los siguientes:

1º—En todas las primerizas en que el parto es normal por guardar el diámetro de la cabeza proporción con el de la pelvis, y no presentar ningún obstáculo á la expulsión del feto, más que la inercia ó atonía de los dolores ó pujo uterino, siendo necesario que el orificio de la matriz esté suficientemente dilatado;

2º—Cuando, después de haber descendido la cabeza al estrecho inferior, los esfuerzos uterinos no tienen bastante fuerza expulsiva para dilatar las partes blandas vulvares que en las primíparas presentan cierta resistencia y vigor, es necesario activar las contracciones uterinas con el cornezuelo;

3º—En todos los casos de placenta previa, unos quince minutos antes de practicar la versión, y si precisa antes, con objeto de procurar las contracciones uterinas *post-partum*; pues si á las primeras contracciones no cede la metrorragia, debe procederse á la versión con arreglo á las indicaciones de los buenos tratados de tocología y sobre todo á la inspiración, conocimientos y aptitudes del ginecólogo;

4º—En las metrorragias anteriores al descenso del feto al estrecho inferior, no siendo debidas á la inserción viciosa de la placenta, debe administrarse el cornezuelo de centeno, auxiliada su acción con un taponamiento vaginal, por medio de la gasa iodofórmica ó de algodón fenicado ó trapos lim-

pios, ó no limpios; pues yo lo he practicado muchas veces con las mangas de mi camisa, que me he visto precisado á cortar, por carecer en la casa de campesinos de trapos finos, y si bien mi camisa estaba limpia, siempre estaría impregnada de la transpiración de veinticuatro ó treinta horas que hacía la había puesto. La gasa, el algodón ó trapos finos, se empapan en un líquido mitad agua y vinagre, ó en una mezcla de un gramo de ácido sulfúrico por 500 de agua, substancias que se encuentran en todas las boticas rurales y en casas particulares. Conste que hablo á los médicos rurales, siempre con dificultades para obtener á tiempo los estípticos á propósito, según la ciencia médica terapéutica modernista, pero no creo que encuentren otros mejores que los indicados, *á pesar de ser anticuados*;

5º—En los casos de no ser expulsada normalmente la placenta, haya ó no metrorragia *post-partum*, después de quince minutos de practicar las fricciones y compresión abdominal, auxiliadas de tracciones moderadas del cordón umbilical, debe de administrarse el cornezuelo; y si pasan otros quince minutos sin haber podido conseguir su expulsión, debe procederse á la extracción manual; pues en este caso deben existir adherencias, operación delicada y hábil, procurando llevarla á cabo con arreglo á las indicaciones y precederes de los inteligentes ginecólogos, con calma y habilidad, para evitar rasguños, rasgaduras y traumatismos uterinos, siempre graves para la madre. Nunca encontré un completo obstáculo á la introducción de la mano;

6º—En los casos de insuficiencia uterina, ó sea de atonía en este órgano, y cuando la bolsa del amnios que precede á la cabeza del feto, es fuerte y resistente y no es de utilidad la ducha caliente, ni los saquillos dilatadores de Barnes, como siempre sucede, debe administrarse el cornezuelo; y si después de iniciarse las contracciones uterinas las membranas no se rompen, dando salida al líquido amniótico, debe practicarse un reconocimiento durante un dolor expulsivo, y si con el dedo índice de la mano derecha se nota que la bolsa del amnios se dilata, presentando al contacto de la yema del dedo fluctuación y plenitud motivada por el líquido amniótico, es necesario proceder á la punción, ya por medio de la uña del dedo, cortada en punta, ya por medio de la uña metálica; ó el perforamembrana de ballena; pero mejor que todos estos medios, cuando no se puede practicar con la uña del dedo, son unas tijeras finas que emplean las señoras para bordar y que están al alcance de todos; instrumento que se maneja con facilidad: pues durante un dolor expulsivo y cuando la bolsa del amnios se hace más prominente, se introduce el dedo índice, llevando las tijeras apoyada su punta en la yema de dicho dedo, y cuando se prolonga el amnios efecto de la compresión del útero, se introduce la punta de las tijeras como medio centímetro, procurando no sea grande la abertura para evitar que el líquido salga con precipitación, evitando de ese modo la procidencia del cordón ó de un miembro; pocos momentos después de la salida del líquido amniótico sobreviene un descanso en los dolores ó pujos que dura todo el tiempo necesario para la salida de dicho líquido, actuando después las contracciones uterinas sobre el feto, obligándole á descender y á ser expulsado al exterior;

7º—En todos los casos tocológicos, ya por deformidades, ya por estrecheces de los diámetros de la pelvis ó por excesivo desarrollo de la cabeza del feto, lo que debe diagnosticar antes el ginecólogo ó tocólogo, no debe emplearse el cornezuelo sino quince ó veinte minutos antes de practicar la versión, aplicación del forceps ó la craneotomía, para evitar las metrorragias sucesivas;

8º—La placenta, en caso de metrorragia, debe de procederse á su extracción inmediata, y en caso de que el tocólogo no sea bastante hábil para

practicar su extracción, debe de continuar administrando el cornezuelo, practicando el taponamiento con gasa iodofórmica, algodón hidrófilo ó tela fina que esté á su alcance, siempre mojados en una disolución de bicarbonato sódico al 10 por 100, que produce la desinfección y un estímulo dilatador del cuello, cuyo taponamiento, llevado á cabo durante veinticuatro horas, al extraerlo va seguido de la expulsión de la placenta, y de no ser así, al introducir la mano ó dos dedos se encuentra al alcance de los mismos y se extrae;

9º—El ginecólogo debe proceder con cierta calma y tino, debe ser sereno y no inmutarse, pues tan perjudicial es la precipitación, como la calma estoica de la ignorancia;

Yo, antes de operar, cualquiera que sea la operación ginecológica ó tocológica, pues hoy el ginecólogo es tocológico y viceversa, administro tres cucharadas de la preparación de cornezuelo según mi fórmula, que más adelante indico, y este proceder me da los grandes resultados, y como saben mis profesores va seguido de grandes éxitos, tanto para el niño que nace vivo, como para la madre, que se repone sin complicaciones.

10º—El retraso en las operaciones ginecológicas ú obstétricas es fatal para el niño, que generalmente nace muerto, así como para la madre, que á consecuencia de la compresión de la cabeza sobre las partes blandas, produce esfacelo traumático de la vulva, ulceraciones traumáticas de la vegiga de la orina, que, si salva la madre, siempre termina por fistulas, vésico ó uretro-vaginales; que no siempre se curan. El *ocasio preceps* es el lema que debe de observar todo buen tocólogo;

El parir ó reventar era el lema de los antiguos ignorantes comadrones, ó aquel otro de "á parto parado, trasero sentado".

¡Cuántas infelices madres han sucumbido á consecuencia de esta ignorante manera de pensar de los antiguos y rutinarios comadrones!

11º—En caso de hacer uso del cefalotribo para practicar la embriotomía cefálica, y después de haber vaciado el cráneo dando salida á toda la masa encefálica, no debe de preocuparnos la inmediata salida del feto, pues el intentarla en el acto podría producir traumatismos útero vaginales, siempre serios para la madre, y el centeno de cornezuelo dará lugar á las contracciones uterinas y á la inmediata expulsión del feto poco tiempo después de la administración de este medicamento;

12º—En las presentaciones de hombro no debe de administrarse el cornezuelo de centeno sino después de haber extraído los pies del feto: pues administrado antes, presentaría dificultades la operación, porque las contracciones uterinas motivadas por el cornezuelo expulsarían el líquido amniótico en totalidad, y las paredes del útero se adaptarían fuertemente al feto, disminuyendo el espacio intrauterino, lo que dificultaría la introducción de la mano para poder coger los pies del feto;

13º—En los casos de aborto con metrorragia abundante, y si ésta continuara por retención de la placenta, á pesar de haber sido expulsado el feto, no administro el cornezuelo como en el caso indicado en párrafos anteriores; y si á las veinticuatro horas al extraer los tapones no van seguidos de la expulsión de la placenta, es necesario proceder á su extracción, cosa fácil cuando tiene uno á mano el instrumental necesario;

Recuerdo que hace años, encontrándome en el campo para asistir á una joven que padecía de una metrorragia sintomática de un aborto de cuatro meses, y no teniendo á mano el instrumental preciso para verificar el taponamiento, se me ocurrió, al practicar el reconocimiento después de la expulsión del feto, y al ver la imposibilidad de poder alcanzar las secundinas, con los dedos, y que la metrorragia continuaba, idear un instrumento extrac-

tor que está al alcance de todos y no puede ser más sencillo, el cual llamó la atención de mis compañeros en otras aplicaciones idénticas que me he visto en la precisión de resolver por el mismo procedimiento y en iguales circunstancias.

Se trata de una cuchara de madera de boj, á la que con un cortaplumas redondeé la punta y bordes cortantes ó agudos, la que engrasada con manteca fresca por no haber otra la introduje en la matriz con la mano derecha, sirviéndome de guía el dedo índice de la misma, aplicando su extremo al cuello uterino, el que al poco tiempo, efecto de la lenta presión que yo hacía, cedió su resistencia, penetrando la cuchara en el interior del útero; la cogí por el mango y la hice girar contorneando todo el interior del mismo, adaptada á sus paredes por su dorso ó convexidad, haciéndola girar y avanzar lentamente desde el cuello hasta el fondo uterino; luego la hice bascular y descender lentamente, observando que delante arrastraba la placenta, quedando la enferma completamente bien. Mandé después hacer una colección de cuatro cucharas de boj, redondeadas y sin punta, de distintos tamaños y con mango más largo (25 centímetros), que he aplicado y aplico con feliz resultado.

Cito este caso para que todos aquellos compañeros rurales que se encuentren en las mismas circunstancias puedan aplicarlo, pues este procedimiento sencillo y práctico evita las graves consecuencias de una infección al dejar la placenta en el interior del útero; pero es necesario practicar la operación con toda habilidad para no herir ó traumatizar la mucosa uterina, pues he conocido artistas escultores que con una simple navaja hacían prodigios sobre un pedazo de madera, y en cambio otros con todo un perfecto instrumental no hacían más que mamarrachos.

Si después de haber extraído la placenta, continuase le metrorragia, debe administrarse el cornezuelo.

14^o—Yo administro el cornezuelo de centeno en los primeros momentos de iniciarse una metrorragia precursora de un aborto, con tan buenos resultados que la mayoría de las veces, cuando este medicamento se administra á tiempo, ceden éstas y sigue su curso el embarazo; pero hay médicos que les aterroriza el pensar, no cogiendo en su apocado cerebro, que haya nadie que corrija el aborto con el cornezuelo de centeno.

El cornezuelo de centeno no es un abortivo por creer que las contracciones que produce sobre el útero en los últimos meses de la gestación y durante el parto las produce en los primeros meses del embarazo, y en este caso son tan débiles que obra como hemostático pero nunca como abortivo.

La mejor preparación del cornezuelo es el mismo cornezuelo pulverizado en el acto ó la tintura alcohólica del mismo á la dosis de un gramo para inyecciones hipodérmicas en la región glútea, en el muslo ó en el abdomen, pues las ergotinas ó ergotininas no resultan, ya por estar mal preparadas ó por alterarse al poco tiempo.

Concluyo participándote, como te dije al principio, que estoy en un todo conforme con el profesor Olshausen, de Berlín, que el cornezuelo de centeno bien administrado por un ginecólogo hábil está indicado en todos los casos que indico, unas veces para prevenir complicaciones *pos-partum*, y facilitar la salida del feto cuando los diámetros de la cabeza y de la pelvis son normales, y cuando no es así, momentos antes de la operación como medida previsorá ya indicada.

Las ergotinas y ergotininas son buenas preparaciones cuando están bien preparadas y es reciente su preparación, pero dado el egoísmo de los modernos industriales no siempre sucede así, y nos vemos muchas veces bur-

lados, ya por estar mal confeccionada, ya por ser añeja. En vista de esto siempre tiene el médico de pequeñas poblaciones el recurso del cornezuelo de centeno, que teniendo el farmacéutico la precaución de renovarlo todos los años y pulverizarlo en el acto de preparar y despachar la fórmula, produce mejores efectos y más seguros que la ergotina y ergotinina, y es más económico para la gente rural.

La fórmula que yo empleo hace años es la siguiente, para administrar, con arreglo á las indicaciones hechas anteriormente, una cucharada grande cada diez minutos hasta el efecto estimulante uterino, no siendo necesarias más que tres ó cuatro cucharadas, y el resto lo tenemos á nuestra disposición, por si hubiese metrorragia después de haber expulsado la placenta, ó antes, si el caso reúne las condiciones ya indicadas:

De agua de azahar y de menta.....	aa	60	gramos
Idem cornezuelo de centeno fresco y pulverizado en el acto.....		6	„
Idem jarabe de ruibarbo.....		30	„

M. Cucharadas, según indicación.

La tintura alcohólica, pueden recetarse seis gramos para inyectar una cada hora hasta el efecto; pero creo más eficaz y menos molesto á las parturientas las cucharadas, que las inyecciones.

Me parece, amigo Angel, haber cumplido mi deber al instarme á que yo emitiera mi parecer sobre el particular, y creo que bien ó mal lo hice; pero no queda aquí sólo; el cornezuelo de centeno, que es uno de los remedios más importantes de la ginecología obstétrica, siendo el salvador de miles de mujeres durante y antes del alumbramiento, si es manejado, no por rutinarios, sino por manos hábiles y expertas, con conocimientos sólidos de sus efectos, necesita de otros tan importantes y ridiculizados como él para el puerperio y sus complicaciones, ó sean la fiebre puerperal, ó septicemia puerperal, así como la flegmasia, *alba dolens*, etcétera, etc. Este, á pesar de la guerra que le han hecho y le hacen, como al cornezuelo, y á pesar del terror y pánico que algunos le tienen, hay que quitarle el sombrero, como á su hermano el cornezuelo. No basta hablar; hay que demostrar y probar lo que se dice; y no tenemos la culpa que haya individuos que se empeñen en decir que es noche siendo día, para que los que ven las cosas con claridad, auxiliados de la razón y de un buen criterio, no reparen ni se fijen que aquellos, al no distinguir la luz de la ciencia y de la razón, es que son ciegos de inteligencia, y, como suele decirse, no hay peor ciego que el que no quiere ver, ni peor sordo que el que no quiere oír, pues hay tanta vanidad y pretensiones, que aun cuando comprendan la verdad, no la quieren conceder ó hacen que no la comprenden.

Me parece, querido Angel, que á pesar de la distancia que nos separa, te estoy contemplando de una manera sugestiva; y como para la sugestión no hay distancias, observo que tu semblante se contrae de una manera risible, como quien dice, ¿quiere usted preocuparme? Pues no lo consigue; el medicamento á que usted se refiere, ó es el mercurio, el tártaro emético ó la morfina.

Tienes razón: es el mercurio, desconocidos sus completos efectos terapéuticos para la mayoría de los médicos; pues así como en el tártaro emético no ven más que la acción vomitiva y en la morfina la calmante, al mercurio no le consideran más que como antisifilítico, cuando su acción es tan amplia en el campo terapéutico, que es necesario estudiarlos y describirlos, así como á los otros dos medicamentos citados, con calma y detenimiento; y como no tengo tiempo disponible en la actualidad, como tu sabes, efecto de

aproximarse la época de estío, en que tanto aumenta mi clientela con los numerosos forasteros que á esta playa acuden, lo dejaremos para el otoño, que invita á la meditación y á la concentración de las ideas.

Hasta otra, querido Angel; sabes te quiere el .

DR. OCTAVIO RELLMINT.

(El Siglo Méd.)

Tratamiento de las púerperas infectadas

A mi distinguido colega E. S. P.

El médico es llamado á asistir á una púerpera cuando ésta ofrece síntomas claros y evidentes, aun á los profanos ojos de los parientes ó allegados, y al encontrarse ante la paciente, después de haber comprobado dichos síntomas, tanteado la *fiebre* de la púerpera, importa muy mucho que no se deje llevar de la asociación de ideas decretando la existencia de una fiebre puerperal, como también que, por disfrazada, no se le oculte una infección cuyo origen radique en los genitales.

Débase tener presente que, aparte de enfermedades graves y alarmantes, pueden desarrollarse en el curso de un puerperio pequeñas dolencias ó accidentes que por la notable reaccionalidad que el puerperio entraña, hagan pensar en una infección grave por ser parida la paciente, cuando se trata tan sólo de una tráqueo-bronquitis, de una admigdalitis de una retención de materias fecales, etc. Tengo por norma, al encontrarme ante una púerperia enferma, después de oír el relato de ella ó de la familia, de obtener respuesta al interrogatorio que procuro sea *desapasionado*, inquirir el estado de los varios aparatos del organismo y en especial del respiratorio, digestivo y mamario, para pasar al reconocimiento genital, ó vice-versa, comenzar por éste y seguir por los restantes. Claro está que en buena medicina ya es de antiguo sabido que esta es la manera de proceder, pero con todo, es muy frecuente que la idea del puerperio baste para que se descuide la exploración de otros órganos que los genitales. Y debo añadir aquí, que en la observación atenta de paridas á mi cuidado, alarmado por los datos de pulso y temperatura, ya más tranquilo al observar normalidad genital, me he quedado en ocasiones perplejo por ignorar la causa de aquella *perturbación*. La mujer refería haberse aireado y esto era todo: la exploración del aparato respiratorio nula ó poco menos, ¿por qué la columna termométrica rebasaba pues los 38° y se aceleraba el pulso en ella?

Pues bien, al lado de esto, he visto púerperas asistidas que se han considerado normales á pesar de llevar consigo una infección ligera, de poco alcance por el momento, pero que más tarde ha de sentir la mujer sus efectos durante meses ó años.

Cuando en una púerpera reconocemos que la temperatura no es normal y no hay causa extra-genital que sea justificante único de ello, debemos deducir que la parida se ha infectado.

Si los graves síntomas concomitantes con el ascenso térmico denotan una septicemia pura, debemos aplicar el tratamiento de todas las septicemias, poca cosa se puede hacer de provecho.

Mas estas septicemias puras se ofrecen muy raramente, pronto podrá dudarse casi de que existan. Actualmente lo que se observan son formas atenuadas, generalización de infecciones, más ó menos aparatosas en sus manifestaciones.

Ante una púerpera enferma, importa ante todo averiguar las condiciones en que se ha verificado el parto y especialmente el alumbramiento. Respecto del primero interesa su duración, presentación fetal, duración del período de expulsión del primer ovoide. Cuando el parto es largo más se abusa del tacto, si la presentación no es de vértice da lugar á que muchas veces se metan manos donde no debieran, si ha sido lenta y trabajosa la expulsión del primer polo fetal es probable que los tejidos habrán sido muy traumatizados, pudiendo ser la causa de que más tarde sobrevengan fistulas urinarias ó rectales. Del alumbramiento conviene mucho conocer si ha sido espontáneo ó mal ayudado y si la placenta y membrana se han expulsado en totalidad.

Aparte de todo ello suponiendo vacío el útero, débese averiguar cuidadosamente el estado del mismo probablemente en subinvolución, su tamaño y sensibilidad lo propio que de las regiones anexas; después la integridad ó desgarró de periné ó vagina.

Si el útero está bien reducido é indoloro, si no ocurre novedad en torno de él, y á la vez se observa una herida sucia blanquizca, grisácea ó negruzca en el periné, está éste edematoso, infiltrado, hago practicar una toilette esquisita de la región, afeitando, jabonando y detergiendo toda ella y lavándola copiosamente. Reconozco á continuación la vagina haciendo lo propio y en todas las heridas que observo aplico aceite esencial de trementina ó tintura de yodo. Dejando una gasa, estéril ó yodofórmica en la vagina, para aislar y desaguar; y si el periné está en malas condiciones fomentos calientes de cocimiento de quina alcanforado.

Como solución antiséptica, muchas veces no empleo ninguna, pues lavo con agua esterilizada, sino, en los casos de poca virulencia la microcidina (naftolato de sosa) al 10 por 1000, en los de mayor intensidad el lisol al 2 $\frac{1}{2}$ por 100.

En los casos en que con ó sin herida de periné y vagina no parece ser este el punto de partida de la infección, en que los signos uterinos hacen sospechar de este órgano, obro de igual manera y sólo después de haber barrido y limpiado más de una vez genitales externos y vagina, tacto á la mujer. Si es el cuello el punto infectado trato en consecuencia la herida cervical, y después también el útero, porque ha desaparecido la barrera que defiende la matriz del asalto microbiano; si es directamente la herida placentaria, previa desinfección del tramo inferior genital procedo á la irrigación intrauterina con las sondas de Budin (metálica) de Doleris ó de Bozeman-Fritz, con las precauciones de rigor y las soluciones dichas, repetidas 2, 4 ó 6 veces al día según los casos.

Cuando la infección se ha corrido al parametrio, á los anexos, cuando se presenta una endometritis aguda, añado á todo ello aplicaciones de ictiol en el abdomen, supositorios de dicha sustancia ó yodoformados, fomentos abdominales calientes.

Si las irrigaciones uterinas no bastan á modificar el estado del órgano, establezco un drenaje del mismo con un tubo de caucho, una mecha de gasa ó ambos á la vez.

El raspado, aparte de los casos de retención de placenta ó membranas, no es de mi devoción, en vez de ello hago un lijero escobillado seguido de la introducción de una gasa mojada en glicerina creosotada que retiro dejando en su lugar otra seca. Eso en los casos en que queden en el útero pequeños coágulos ó se eliminen tejidos mortificados, excusado es decir con qué cuidado no ha de procederse.

Además de estos medios locales, se emplean algunos generales, los baños fríos, la sueroterapia, los abscesos de fijación. Empleo sin reparo el primero de ellos, los baños, más que fríos, frescos á 30° y 32° me proporcionan excelente resultado, descendiendo la temperatura hasta darlos á 28° ó 27° cuando la paciente se acostumbra y lo requiere. Los doy siempre que la temperatura de la enferma rebasa con persistencia los 39°. A veces empleo también afusiones frías.

De la sueroterapia anti-estreptocócica he visto resultados nefastos. Empleo poco el suero artificial pero á dosis masivas.

Tengo el convencimiento de que los abscesos fijadores cuya boga ha pasado, son un excelente medio pronóstico, cuando al inyectar de 1 á 3 c. c. de esencia de trementina se logra la rápida formación de un absceso, es la mejor prueba de que se conservan buenas defensas orgánicas; en cambio cuando á pesar de repetir la inyección sólo se logra que reaccionen debilmente los tejidos el organismo está en bancarrota. Las mujeres en que se logra el absceso de fijación usualmente se curan, pero á mi modo de ver, la inyección de aceite de trementina no salva á una puerpera infectada grave.

Las infecciones puerperales pueden reclamar un tratamiento quirúrgico. Las colecciones purulentas que puedan formarse en el aparato genital ó en otro cualquier punto del organismo deben dilatarse, salvo que pudiendo atenderse el remedio resultará peor que la enfermedad. Admito indicaciones, pero limitadas á determinados casos, para la histerectomía, lo propio que la laparotomía para las peritonitis. Un tratamiento reciente es después de la intervención, insuflar 4 ó 5 litros de oxígeno en el peritoneo.

Tengo fe en la colaboración del tratamiento farmacológico. De buenas á

primeras procuro abrir los emunctorios, piel, riñón é intestino: con él regularizo las funciones gástricas é intestinales. Aparte de indicaciones que pueden sobrevenir de un antipirético, de un excitante, recorro mucho á la quina y al arrenal y á la digital en cuanto la reputo conveniente.

Incito á que beban las pacientes bien agua clara, ya agua de cebada ó infusión teiforme.

Esta es en síntesis y mal pergeñada la terapéutica que entiendo racional en las infecciones del puerperio.—(De "El Criterio Católico.")

DR. P. NUBIOLA.

NOTAS

Coincidencia de los cambios de volumen del corazón y de las modificaciones del pulso.—El Dr. *Moritz Heitler* Recuerda que en 1889 demostró en la clínica, que los cambios de volumen del corazón coinciden con alteraciones del pulso. Sus experimentos han probado también que entre dicho volumen y el pulso existen relaciones muy estrechas y regulares. Observó asimismo en los casos de aritmia, que cuando el pulso es pequeño, la macicez cardíaca es grande y viceversa. Ultimamente logró provocar de un modo artificial la producción de pulso grande y de pulso pequeño, observando entonces que la macicez cardíaca presenta las mismas variaciones que cuando el pulso cambie espontáneamente. Si se comprimen enérgicamente y por bastante tiempo la región epática ó las costillas superiores, el pulso se hace pequeño y aumenta la macicez cardíaca, debilitándose el latido del corazón; cuando cesa dicha presión, el pulso se hace mayor y se reduce la macicez cardíaca. El examen radiológico ha confirmado los datos suministrados por la percusión. El aumento de la sombra cardíaca se verifica principalmente en sentido lateral y más hacia la izquierda que hacia la derecha. El ensanchamiento hacia la izquierda se acentúa en unos casos más en la parte superior, y en otros más en la inferior.

Tratamiento de las hemorroides.—Hil divide las hemorroides en internas y externas. De éstas sólo dos formas son comunes, la trombósica y la de tejido conjuntivo. La primera consiste en una extravasación de sangre en la margen del ano debajo de la piel que cubre el esfínter externo. Es muy dolorosa durante dos ó tres días, es decir hasta que se absorbe el coágulo que comprime los nervios sensitivos del orificio anal. Su tamaño varía del de un guisante al de una avellana. Su mejor tratamiento consiste en inyectar una disolución de eucaina al 1 por 100. Se emplea con este objeto una jeringa hipodérmica de aguja delgada y puntiaguda. Se sujetan con el índice y el pulgar la piel de la margen del ano, y se hace la inyección lentamente en la línea en que há de practicarse la incisión. Después con un bisturí curvo se atraviesa la base del tumor hemorroidal y se corta hacia afuera. El coágulo sale espontáneamente, ó si es necesario se extrae y aplica sobre la herida gasa yodoformada para evitar que se forme otro nuevo. La cura queda aplicada por espacio de veinticuatro horas.

Las hemorroides de tejido conjuntivo se componen de pliegues redundantes de piel anal y peri-anal. Cuando se inflaman son muy dolorosas é impiden andar y sentarse. Los Dres. Moodsell y Miles, aconsejan en estos casos el tratamiento siguiente: después de lavar las partes afectadas con agua

caliente y de secarlas se toca la región anal con algodón en rama mojado en aceite, para desprender todas las secreciones ó restos de pomadas que puedan estar adheridas. Hecho esto se aplica, durante la noche, la siguiente pomada:

Oxido de zinc.....	8 gramos.
Linimento alcanforado.....	15 —
Vacelina.....	30 —
Por el día se espolvorea la región anal con la siguiente mezcla:	
Oxido de zinc.....	15 gramos.
Alcanfor en polvo.....	8 —
Almidón pulverizado.....	40 —

Cuando desaparecen los síntomas agudos, se extirpan las hemorroides con unas tijeras curvas, anestesiando antes la zona operatoria inyectando la disolución de cocaína. La herida que resulta se deja curar por granulación ó, si es muy extensa, se une por medio de suturas con catgut. Si hay gran numero de hemorroides, se extirpan en cada sesión dos ó tres.

(Boston Méd. and Surg. Journal).—F. TOLEDO.—(Rev. de Med. y Ciruj. Prácticas),

Vinagre de tocador

Tintura de benjuí.....	2.00 gramos
Resina de estoraque.....	2.00 „
Vainilla.....	2.00 „
Aceite esencial de naranjas.....	2.00 „
Aceite esencial de limón.....	2.00 „
Idem ídem de rosas.....	5 gotas
Idem ídem de néroli.....	10 „
Idem ídem de canela.....	10 „
Idem ídem de almizcle.....	0.10 gramos
Alcohol.....	100.00 „
Acido acético.....	15.00 „
Eter acético.....	5.00 „
Vinagre blanco.....	250.00 „

Tenia en los niños

Oxido negro de cobre.....	3 gramos
Creta.....	2 „
Polvo de agárico blanco.....	6 „
Glicerina.....	5 „

M. y hágase 60 píldoras.

Usos: cuatro al día en dosis, durante quince días, y en seguida ordenar quince gramos de aceite de ricino.

Cápsulas contra la influenza

Valerinato de quinina.....	} aa 2.50 gramos
Benzoato de sodio.....	
Fenacetina.....	
Cafeína.....	5 decigramos

M. y H. 10 sellos.

Dosis: uno cada cuatro horas hasta que cese la fiebre, el dolor de cabeza y la postración.—(“La Esc. de Med.”)