

LA CRONICA MEDICA

AÑO XXVIII. LIMA., 15 DE JULIO DE 1911



La fiebre puerperal en Lima

REFORMAS NECESARIAS DE LA ENSEÑANZA OBSTÉTRICA

II

La Facultad de Medicina, hasta cuyo severo recinto han llegado las quejas de innumerables familias á quienes la fiebre puerperal hizo perder miembros predilectos, ha juzgado indispensable asumir sola la enseñanza de la tocología, hasta hace poco en manos de la Sociedad de Beneficencia para las alumnas de obstetricia. Con muy buen criterio, esta institución, ha declinado sin oponer obstáculo, el papel docente que no le correspondía, ni sabemos porqué llegó á asumir. Se ha dado pues el primer paso en favor del mejoramiento de la educación de las matronas, que está ahora definitivamente controlada por la Escuela de Medicina, única institución en el Perú calificada para hacerlo. Sin embargo, no se obtendrá el fin buscado, sin organizar en forma la enseñanza.

Actualmente, la clínica obstétrica está á cargo de un profesor de la Facultad auxiliado por un jefe de clínica. Este reducido personal pudo ser suficiente cuando solo debía dirigir la práctica de los estudiantes de medicina, no muy numerosos y bien preparados para aprovechar de sus lecciones; ahora, que asisten á la clínica además de los estudiantes del 7.º año de medicina, cerca de sesenta alumnas de obstetricia, de todos los años, resulta imposible darles instrucción práctica con tan limitado personal de maestros. Además, la sala de clínica no dispone sino de 30 camas, que tampoco son bastantes para suministrar material de estudio á tan crecido número de alumnos.

En una visita hecha últimamente á la sala de clínica, hemos podido comprobar esa afirmación viendo al profesor rodeado de un auditorio inmenso que no podía seguramente en su totalidad oírlo, ni menos prestar debida atención á sus lecciones. Allí, en la sala de santa Rosa, estrecha para tantos concurrentes, mezclados en confuso montón alumnos de ambos sexos, y obligados para su práctica á disputarse los pocos ejemplares de mujeres en trabajo, verán pasarse los días útiles del año sin obtener beneficio apreciable, ni cosechar otra cosa que nociones



vagas de práctica obstétrica para cuyo ejercicio habrán ganado muy poco al final de su jornada clínica. Correspondiendo por lo menos tres alumnos á cada cama, los exámenes tocológicos que individualmente deben practicar, la observación de los casos clínicos, su historia, los cuidados que prestarán á las parturientas, la manualidad de la asepsia en el parto, etc., por mucha actividad que despliegue el profesor, estarán reducidos á un *mínimum* personal tan bajo é insuficiente para formar la experiencia de cada estudiante que, repetimos, quedarán éstos después de vencido el año, apenas iniciados en las labores prácticas de la especialidad, con sus ideas confusas por deficiencia de objetivación, la técnica del detalle tan poco precisada en su mente que, en lo referente á las aspirantes á matronas, poco ó nada habrán ganado para su instrucción con el cambio de maestros.

Si la Facultad no tiene recursos para crear una nueva plaza de profesor de clínica tocológica destinado á las alumnas de obstetricia, puede en cambio, con moderado gasto, aumentar á tres el número de jefes de clínica que, bajo la dirección del profesor, hagan la instrucción práctica de los estudiantes, distribuidos en grupos. Servirá uno de los jefes de clínica para los alumnos de medicina y los otros dos para las futuras profesoras, el uno destinado á las alumnas de obstetricia de primero y segundo año que se inician en la práctica de la especialidad, y el último para las alumnas de tercero y cuarto año dotadas ya de algunos conocimientos teóricos y prácticos, que van á completar en esos últimos años de su instrucción profesional.

Debe además pedirse á la Beneficencia para las labores clínicas, dos salas de partos, una servirá para la práctica de los estudiantes de medicina y se destinará la otra expresamente á las alumnas de obstetricia con sus jefes respectivos.

Organizada así la enseñanza clínica, distribuido el trabajo en secciones en armonía con el grado de adelanto de cada grupo de alumnos, utilizando todo el material clínico disponible, se podrá dar á cada estudiante, candidato á médico ó matrona, la suma de elementos prácticos para que pueda formarse de la especialidad un criterio justo y adquiriera capacidad manual bastante á salir airoso enfrente de las dificultades del ejercicio profesional.

Nadie negará que la obstetricia constituye una especialidad tan importante como la ginecología, la oftalmología ó cualquier otra de las ramas del arte quirúrgico que con la cirugía general de donde se han separado, comparten hoy los dominios demasiado extensos antes englobados en una sola unidad de las ciencias médicas con el nombre de cirugía. Tampoco es discutible que quiera ser buen especialista necesita dominar bien los conocimientos fundamentales de anatomía y fisiología normal y patológica con todos sus accesorios, entre ellos, la bacteriología que desempeña papel tan importante en fisio-patología. Quien solo conozca teórica y prácticamente la obstetricia tendrá que escollar á cada paso al ejercerla porque carece de ideas generales de patología, porque no sabe cual es el fundamento

científico que guía sus determinaciones. Actuará empíricamente, dirigido solo por los resultados de la experiencia personal ó aceptando sin poder discutir las opiniones y prácticas tomadas de su lectura, y no siempre ajustadas á la realidad ni bastante controladas por la clínica.

Las matronas del porvenir que, como las de ahora, no serán simples recibidoras, necesitan como todo especialista en enfermedades de señoras no limitar sus estudios de anatomía, de fisiología y patología á la pelvis femenina; está claro que debiendo dedicarse en el ejercicio profesional exclusivamente á prestar sus cuidados en un acto fisiológico que se realiza en los órganos genitales femeninos, prestarán especial atención á lo relativo á estos órganos, la pelvis y el abdomen, pero no les es dado desconocer el conjunto armónico que constituye el organismo en general, sus otras partes constitutivas, las funciones de todos los órganos, la patología general, la bacteriología, ect., en pocas palabras, deben poseer conocimientos bastantes para actuar científicamente, no de modo mecánico, como autómatas, libertándose de las trabas de la rutina y de las ideas preconcebidas.

En muchos países adelantados se exige á los dentistas ser médicos diplomados, también allí solo ejercen la obstetricia los profesionales de la medicina, debidamente especializados; mientras esos progresos se imponen entre nosotros, precisa evolucionar siquiera en parte, dando á las futuras matronas enseñanza suficiente para garantizar la vida de las madres de familia.

¿Puede obligarse á las alumnas de obstetricia á seguir los cursos para médico de la Escuela de Medicina, de las ramas generales indispensables á todo especialista, exigiéndoles suficiencia igual que á los alumnos de medicina, comprobada por un examen riguroso? Nos parece que tal exigencia sería excesiva. Basta que las profesoras tengan nociones claras de las partes esenciales de esos cursos; se debe formular para ellas programas especiales adaptados á formar su instrucción teórica, en los cuales conservándose los lineamientos generales, puede suprimido lo secundario, evitando el acceso á los grandes desarrollos de asuntos no de primera importancia.

Para adquirir esos conocimientos pueden las alumnas seguir con sus futuros colegas médicos, los cursos de la Facultad, ó mejor todavía, tener uno ó varios profesores destinados á ellas, que les dicten clases especiales donde sea nota dominante la simplicidad y la claridad. Esto último nos parece que sería lo realmente adecuado, prefiriendo en caso de no poderse hacer otra cosa que la Escuela designe como antes lo hizo la Beneficencia, un profesor de teoría para todos los años de obstetricia.

Por último, las alumnas de tocología deben tener acceso libre y practicar en los laboratorios de química, anatomía patológica y bacteriología, así podrán hacer solas un examen de orina ú otro líquido orgánico, urgente en muchos casos; así, conociendo objetivamente los gérmenes morbígenos darán su verdadero valor á los fundamentos de la asepsia y llegarán á saberla practicar con corrección.



Modificada su educación teórica y práctica, las matronas del porvenir tendrán ya verdadera conciencia de su responsabilidad, procederán sin automatismo, reflexivamente, haciendo verdadera guerra á la infección de la cual quedarán definitivamente libertadas las madres del mañana.

TAMAS N. LUQUE

Ensayo sobre el tratamiento de las Fístulas Vésicovaginales por el método de desdoblamiento "Procedimiento de Doyen".

(Continuación)

MÉTODO AMERICANO Ó DE SIMPLE AVIVAMIENTO

Ideado por el cirujano americano Marion Sims, este método comprende como el anterior tres tiempos:

1er. Tiempo.—Exposición de la fístula.—Se practica este exactamente lo mismo que en el método precedente; es decir, que, —llenadas las importantes indicaciones tendentes á preparar convenientemente el campo operatorio, y que constituyen lo que Pozzi y otros cirujanos designan con el nombre de "tratamiento preparatorio",—se coloca á la enferma en la posición ginecológica conveniente: decubito lateral de Sims, dorso-sacra ó genupectoral, según las condiciones de la fístula. Se separan luego las paredes vaginales mediante los espéculums de Sims, de Simón, ó de valvas vaginales ó separadores ordinarios. Se descende en seguida la fístula tomando y fijando con una pinza el cuello uterino, etc. Queda así la fístula perfectamente abordable.

2.º Tiempo.—Avivamiento.—Este tiene por objeto excindir al rededor del orificio fistular un anillo o collar que comprende todo el tejido cicatricial, sin comprometer la mucosa vesical. Para esto se dispone de un instrumento apropiado, ideado por el mismo Sims, y que comprende bisturís rectos, acodados ó curvos, y tijeras de curvaturas también variadas.

Con el bisturí ó tijeras más apropiados al caso, se comienza por circunscribir la fístula á 8 ó 10 mm de su borde libre, por una incisión circular ó elíptica que no compromete sino la mucosa. Después, ó bien se introduce el bisturí oblicuamente al nivel de la incisión limitante para salir por la fístula en el punto de unión de las dos mucosas vesical y vaginal, y se talla luego sucesivamente, por transfixión, las dos semi-circunferencias del collar; ó bien, penetrando el bisturí por el mismo punto, se talla poco á poco, en bisel y de la circunferencia al centro, el pequeño segmento vaginal, primero de un lado y después del otro, sin tocar la mucosa vesical. Esta sección progresiva puede hacerse con las tijeras. Se toma el colgajo con una pinza de garfios y se le sostiene así hasta acabar su desprendimiento, que debe procurarse sea en totalidad, para evitar el que pueda quedar un pequeño

islote de mucosa ó de tejido cicatricial sin desprenderse. De preferencia se tallará primeramente el colgajo del labio posterior de la fistula, para ser menos obstaculizado por la hemorragia.

Terminado el avivamiento, la fistula ofrece el aspecto de un embudo de superficie ensanchada ampliamente.

En este avivamiento, M. Sims no toca jamás la mucosa vesical que sangra mucho, y á esto le da mucha importancia; en cambio Bózeman y Simón avivan los bordes de la fistula en todo su espesor, comprendiendo la mucosa vesical. Este procedimiento tiene algunos inconvenientes, entre ellos—como dice Fargas—hay el peligro de seccionar los uréteres cuando éstos avocan en los contornos del orificio fistular, y luego que muchos hilos de la sutura tienen que atravesar hasta la vegiga, con graves consecuencias.

3er. Tiempo.—Sutura.—Se practican las suturas con hilos de plata, cagut, crín, ó seda, y se emplean para ello agujas curvas, de preferencia perpendiculares al mango.

Se introduce la aguja en la mucosa vaginal; á 5 mm. próximamente de los bordes del avivamiento, se la desliza en el espesor del tabique véscico vaginal,—sin atravesarlo,—y se sale al nivel del reborde cruento de la fistula, respetando la mucosa vesical; igual maniobra, pero en sentido inverso, se ejecuta en el borde de opuesto. Un primer punto es pasado en la parte media de la fistula; los otros se colocan en seguida á cada lado de aquél, y á 9 ú 8 mm. de distancia, unos de otros. Con una pinza apropiada se toman por el momento las extremidades de estos hilos. Entre estos puntos profundos ó de sostén, se aplican puntos superficiales destinados especialmente al afrontamiento, empleando hilos más finos que se pasan lo más cerca posible de la herida, y que se ajustan inmediatamente. Es entonces solamente que se anudan las suturas profundas. Se practica luego una inyección vesical con el fin de comprobar la solidez de las suturas, y si fuere necesario se colocarán unos puntos complementarios. La dirección y la forma de la línea de sutura varían con el de la fistula, siendo generalmente recta y transversal; pero pudiendo también ser vertical, oblicua, ó tener la forma de una H, de Y, etc.

MÉTODO MIXTO Ó DE BRAQUEHAYE

Como su nombre lo indica, en este método se combina el desdoblamiento y el avivamiento, siguiendo para ello una técnica preconizada primeramente por Alex Ferguson y perfeccionada después por Braquehaye, razón por la cual algunos, como Faure y Siredey, lo designan con el nombre de "Método de Ferguson Braquehaye".

Técnica.—Se describen cuatro tiempos:

1er. Tiempo.—Incisión.—Se hace al rededor de la fistula y á alguna distancia de ella, una incisión circular ó más bien elíptica, que no comprende más que el espesor de la mucosa vaginal, y que pasa,—para facilidad de la disección,—á 7 mm. próximamente por encima de la fistula y á 12 mm. por debajo.

2º Tiempo.—Desdoblamiento de la mucosa vaginal.—Se di-

seca en seguida el islote de mucosa vaginal, así circunscrito, de la periferia al centro, hasta llegar a 2 ó 3 mm. de la fistula, es el punto en que los tejidos se vuelven cicatriciales y la separación difícil; se aísla así un collar anular de mucosa, adherente al orificio anormal por un pedículo circular.

3er. Tiempo. — Sutura del collar.—Se levanta el collar aislado hacia la línea media, de modo que su cara mucosa mire hacia la cavidad vesical y que su cara cruenta mire á la cavidad vaginal. Los bordes del collar deben ponerse en contacto sin producir ninguna tracción, ellos son anchos y flotantes. Se les sutura entonces afrontándolos, y avanzando con el cagut sobre la superficie cruenta, en gran extensión, de manera de obtener un amplia superficie mucosa, pues un hilo así colocado drenaría la orina y comprometería el resultado final. Esta sutura se hace al cagut, á puntos separados como lo preconizaba Braquehayé, ó en "surget" y siguiendo una línea que puede ser paralela ó perpendicular al plano de sutura superficial, que vamos á estudiar; ó mejor, se hace una sutura en bolsa, cuyas grandes ventanillas expusimos al estudiar el método de desdoblamiento, y que aquí conservan todo su valor. Esta última aseveración se prueba plenamente por los resultados brillantes obtenidos en el tercer caso que historiamos y que pudimos apreciar personalmente.

4º Tiempo. — Sutura de la superficie avivada. — Invertido y suturado el collar, queda por fuera de él una ancha superficie avivada, y se sutura como en el método americano. Cuando se anuda los hilos de esta sutura superficial,—con crín ó hilos de plata,—se observa que en ese momento se hunde profundamente el collar aislado y suturado en los tres tiempos precedentes. La oclusión se verifica, pues, por un doble plano de tejidos, y ella será tanto más perfecta á medida que los dos planos de sutura no se correspondan. Hemos dicho, en efecto, que la incisión hecha en el primer tiempo, está hacia arriba más cerca de la fistula que hacia abajo; pues bien, cuando se sutura el collar, siendo éste flotante y poco tenso, la línea afrontamiento corresponderá á la fistula; pero cuando se sutura el plano superficial, la reunión se verifica en un punto que no será paralelo á la sutura del collar, de modo que no hay correspondencia entre las partes suturadas.

Los tres métodos operatorios expuestos precedentemente, con algún detalle, empleados en el tratamiento quirúrgico de las fistulas véscico-vaginales, constituyen los que podríamos llamar *métodos fundamentales*, ó simplemente *métodos*, porque ellos han servido de base para establecer después las múltiples modificaciones ó perfeccionamientos ideados por diversos cirujanos; quienes,—como sucede hoy en todo,—han querido encontrar en sus investigaciones de detalle,—algunas ciertamente de gran importancia,—motivos suficientes para crear otros tantos *procedimientos* que llevaran sus distintos nombres. Conviene pues, no confundir, en el presente caso, el valor de estos dos términos: *método* y *procedimiento*, cuyo verdadero alcance hemos querido

establecer, siguiendo al respecto opiniones autorizadas como la del profesor Richelot; quien dice, que un *método* "es un conjunto de preceptos que, de principio á fin, dirijen el tratamiento"; y que los *tratamientos* actualmente preferidos "no son sino simples perfeccionamientos de Braquehaye",—como lo designan casi todos,—puesto que no es sino una combinación de los métodos de desdoblamiento y de avivamiento, y para algunos, (Reclus, Cocural, etc.) un derivado del primero. Sin embargo, dada su importancia, y los resultados positivos obtenidos por sus proponentes con su técnica particular, y también por sus partidarios más entusiastas (Reclus, Richelot, Hartman, etc.), se ha querido consagrarle el título de un verdadero método, llamándole así: "Método mixto".

Para terminar esta parte descriptiva de nuestro estudio, vamos á exponer finalmente la técnica de dos procedimientos: el "procedimiento de Rastouil", y el "procedimiento de Casamayor", aquel de mayor importancia.

PROCEDIMIENTOS DE RASTOUIL

La siguiente es la descripción que hace de él su propio autor, de su primera operada—con éxito feliz—y cuya historia clínica transcribiremos después, en resumen, para mayor claridad de la exposición. Diremos por lo pronto que se trataba de una fistula justa cervical.

1er. Tiempo.—Preparado convenientemente el campo operatorio, según las indicaciones generales que antes expusimos, "se practica alrededor del orificio fistular una incisión elíptica formada de dos curvas, una superior vaginal y otra inferior uterina, que se reúnen por sus extremidades. La curva vaginal es conducida en plena mucosa vaginal y á 10 mm. próximamente del orificio fistuloso; la curva uterina es trazada en plena mucosa del hocico de tenca, y á 5 ó 6 mm. de la fistula. Termina la incisión, se disecciona un collar hasta la vecindad del orificio fistular, pero de modo de dejar, sin embargo, una base de implantación suficiente á este collar. Se levanta éste en seguida, y se le invierte hacia el orificio fistular, de modo de adosarse por su superficie cruenta y corresponder á la vejiga por una superficie mucosa, formada en parte por la mucosa vaginal y en parte por la mucosa del hocico de tenca. Un "surget" al cagut mantiene el adosamiento de las superficies cruentas del collar; "surget" que se detiene cada dos ó tres puntos y que se hace á puntos ceñidos y bien tensos, procurando siempre que no atraviesen hasta la vejiga".

Como vemos este primer tiempo es casi exactamente igual al mismo tiempo del procedimiento de Braquehaye. Difiere de él sin embargo, ligeramente, en dos los puntos siguientes, según lo dice el mismo Rastouil:

"1º—Braquehaye, para facilidad de la disección, hace la incisión á 7 mm. próximamente por encima de la fistula, y á 12 mm. por debajo. en el caso particular,—referido por Rastouil,—dice

que el estado del hocico de tenca no le permitió hacer una incisión tan baja, por debajo de la fístula, limitándose á hacerlo á 5 ó 6 mm. á lo más; por lo cual juzga conveniente establecer al respecto, como una simple fórmula general, la siguiente: "Tallar más ámpliamente en los lugares en que los tejidos se presten á ello,"—sea por su calidad ó su cantidad,—y tallar un poco menos sobre los puntos que no ofrecen las mismas ventajas". De este modo, "el tapón fistular no es menos sólido y el adosamiento de las superficies cruentas asegura su mantenimiento y por consiguiente la oclusión fistular".

"2º—Braquehaye asegura el adosamiento de las superficies cruentas del collar por puntos separados extra-vesicales. Nosotros—dice Rastouil—preferimos para esta primera oclusión un "surget" extra-vesical continuo, á puntos ceñidos y detenidos cada dos ó tres pasos de la aguja.—La oclusión parece así mejor asegurada".

2º Tiempo.—"Este último tiempo difiere totalmente del procedimiento de Braquehaye. Este cirujano, una vez suturado el collar, reúne directamente los labios de la superficie avivada. Ahora bien,—prosigue Rastouil,—esta disposición parece perfectamente aplicable en plenos tejidos vaginales, á condición de que estos sean bastante laxos y se dejen fácilmente aproximar, pero ello parece peligroso en tejidos menos laxos, más difíciles de aproximar y de mantener reunidos. En las fístulas juxta cervicales, la disposición de Braquehaye parece absolutamente inaplicable, porque los hilos que reunirían el límite del avivamiento sobre la pared vaginal cortarían infaliblemente y no aproximarían nada".

(Continuará)

La terrible tisis puede evitarse tomando á tiempo y con alguna constancia la Emulsión de Scott.

El infrascrito, Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Titular de la Provincia de Tarma, Perú.

Certifica: Haber obtenido siempre que ha recetado la Emulsión de Scott, de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos de cal y de sosa un éxito satisfactorio, sobre todo en las afecciones pulmonares consuntivas, siendo además perfectamente tolerada por el estómago, aún cuando se tome con frecuencia.

DR. JOSE TEODOSIO ALVARADO.

Dolor Neurítico

Siendo como es más poderosa que los otros miembros de la serie de Aromático como un Analgésico, no producen las tabletas de Antikamnia dolor de estómago ó roncha en forma de escarlatina, cianosis ó depresión cardíaca.

En los dolores histericos ó neuríticos parece que las Tabletatas de Antikamnia han producido mejores efectos que los bromuros.

Calman la excitabilidad del sistema nervioso, y en algunos casos muy obstinados de insomnio nervioso han producido el sueño.

Histeria alcohólica—Rx. Tabletatas de Antikamnia. (Un paquete). — Sig. Tómesese una tableta cada dos horas.

Cólicos biliares y nefríticos—Rx. Tabletatas de Antikamnia (Un Paquete). — Sig. Tómesese dos tabletatas cada tres ó cuatro horas.

Hemicráneas, Jaquecas, etc.—Rx. Tabletatas de Antikamnia (un Paquete)—Sig. Tómesese una ó dos tabletatas cada dos horas.