LA CRÓNICA MÉDICA

.....

REDACTORES:

Leonidas Avendaño.—Manuel A. Velasquez
Max Gonzales Olaechea Eduardo Bello Rómulo Eyzaguirre
Luis de la Puente.—Hermilio Valdizan
Constantino J. Carvallo
Edmundo Escomel, (Arequipa).—Carlos Morales Macedo
Carlos Enrique Paz Soldán.—Carlos A. Bambarén.

18693

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Año XXXIV.—1917

— LIMA —
IMPRENTA Y LIBRERIA SANMARTI Y Ca.
Calle de San Pedro Nros. 388 y 392

—1917—

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

La Crónica Médica

AÑO XXXIV — LIMA, ENERO DE 1917 — Nº 643

BIBLIOTECA DE LIMA

CONTRIBUCION A LA ANALGESIA OBSTETRICA POR EL ESTUDIO CLINICO DE LA FORMULA N.º 3 DEL DR. BELISARIO J. SOSA ARTOLA DE LIMA

Por el Dr. MIGUEL H. VALLENAS

El problema del parto sin dolor ha preocupado de manera constante en Medicina, por que no podían permanecer impasibles los tocólogos, ante los angustiosos lamentos de la mujer que cumple con la función mas importante que le está encomendada.

Pero el problema tomó un nuevo impulso y novedad cuando RIBEMONT DESSAIGNES en Francia y ELISEO CANTON en la Argentina expusieron los resultados que habían alcanzado para conseguirlo.

La etapa iniciada por estos sabios, ha despertado justificado entusiasmo y numerosas contribuciones, á las que vamos á agregar la nuestra, estudiando el preparado que el profesor BELISARIO J. SOSA ARTOLA dió á conocer al cuerpo médico peruano en la Sociedad Médica «Unión Fernandina».

El presente trabajo se encuentra fundamentado en 50 observaciones personales hechas en la Maternidad del Hospital «Santa Ana», servicio del Dr. SAMUEL A. GARCIA á quien expresamos nuestro agradecimiento. El concurso bibliográfico que desinteresadamente nos proporcionara nuestro apreciado amigo CARLOS A. BAMBAREN, obliga igualmente nuestro franco reconocimiento.

Sería enojoso detenernos á exponer los diversos ensayos que han precedido á los estudios contemporáneos sobre la atenuación del dolor en el parto, ya que existen memorias importantes, como la del Dr. A. BERUTTI de Buenos Aires (1) en la que está todo resumido.

Limitándonos, pues, á los estudios que tienen relación con el nuestro, comencemos con la tocanalgina.

El 21 de julio de 1914, RIBEMONT DESSAIGNES (2) comunicó á la Academia de Medicina de Paris, los resultados que había obtenido

---

(1) A. BERUTTI.—La supresión ó atenuación del dolor en el parto—*Actas y Trabajos del 5º Congreso Medico Latino Americano*—Lima, 1913.

(2) RIBEMONT DESSAIGNES—Analgesie Obstetrique—*Bulletin de l'Academie de Medecine de Paris.* Julio 25 de 1914.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Biblioteca Central

con el preparado de PAULIN y LAURENT sobre el dolor en el parto de 112 mujeres y fueron estos de tal índole que le hicieron deducir las conclusiones siguientes: «Es posible hoy, sin hacer correr ningún riesgo á la mujer, procurarle una analgesia suficiente, para que el trabajo del parto sea entero ó casi enteramente sin dolor; el trabajo no se altera en nada, ni se retarda; parece mas bien en algunos casos adquirir una marcha mas rápida; los niños nacen en la proporción de 1 por 3 en un estado de apnea ó de oligoapnea que que es muy facil hacer cesar y, que desde luego, es á veces ventajosa; el puerperio resulta influenciado favorablemente y la regresión uterina es más rápida.»

Estos satisfactorios resultados fueron confirmados en la misma sesión por el Prof. PINARD, que había experimentado la tocanalgina en la clínica Baudelocque.

La naturaleza del producto empleado suscitó una interesante controversia, que si dió lugar á que se desprestigiara un tanto el producto, reveló que el clorhidrato de morfina podía emplearse en dosis mayores en la mujer que se encuentra en el trabajo del parto.

No obstante las reservas que suscitó la tocanalgina Laurent, ha sido ensayada por numerosos tocólogos. JOSUE A. BERUTI y ADOLFO ELIAS (1) de Buenos Aires le han consagrado un magnífico estudio y de él deducen que la tocanalgina constituye un verdadero *acontecimiento* farmacodinamico y cuyo empleo terapéutico debe seguirse estudiando, puesto que con ella, sea ó no sea morfina pura, fermentada ó descompuesta, se ha conseguido, en repetidos casos, la supresión absoluta de los dolores durante el trabajo casi íntegro del parto, sin perturbar la dinámica uteroabdominal y sin producir trastornos maternos y fetales graves; suponen también, que muchos de los fracasos señalados, mas que á la deficiencia del preparado, deben ser atribuídos á la variación individual, á la dinámica uteroabdominal y á sensibilidad dolorífica de la parturiente.

Tomás Hernández (2) que ha empleado la tocanalgina en la Habana expone los buenos resultados alcanzados aún en una parturiente albuminúrica y en la que se inició el parto con placenta previa y franco periodo eclampsico.

MANUEL PORTACELLI (3) experimentando el preparado de LAURENT de 13 casos (11 partos y 2 raspados uterinos, ha obtenido resultados que concuerdan con los de los profesores franceses; en efecto, del estudio que hace de sus observaciones, llega á determinar la acción evidente del preparado sobre el dolor, ya que éste fue abolido en todos los casos y aún permitió la aplicación de forceps y la sutura de algunas rasgaduras. Juzga, que la influencia sobre el feto es benéfica, por que evita «la respiracion prematu-

(1) J. A. BERUTTI y ELIAS—Sobre tocanalgina (antalgesina). A propósito del parto sin dolor—*Prensa Médica Argentina*.—N.° 33, 30 de abril de 1915.

(2) TOMAS HERNANDEZ.—La tocanalgina como analgésico en el parto.—*Archivos de la Sociedad de Estudios clínicos de la Habana*. Tomo XXII N.° 4, abril de 1915.

(3) MANUEL PORTACELLI.—La «Eutocina Laurent».—*Policlínica*.—Valencia (España) junio de 1914.

ra, de temer en algunos casos, y por ende la obstrucción de las vías respiratorias del nuevo ser, por agua y mucosidades que á veces le matan» y que como la influencia sobre el centro respiratorio del niño, ha de ser mas intensa cuanto menos desarrollado sea éste, no ha de aplicarse la *eutocina* en los partos prematuros.

No obstante estos resultados hay que declarar que el empleo de la tocanalgina debe hacerse con cautela, por que los estudios que se han hecho de este preparado, han revelado, en manos de investigadores imparciales, que su composición no es constante y uniforme.

La partoanalgia es otro compuesto á base de morfina que ha sido comunicado al mundo médico par el Dr. ELISEO CANTON (1) El ilustre médico de Buenos Aires declara que es un compuesto de 0,04 gr. de clorhidrato de morfina y 0,10 gr. de hipófisis (glándula fresca) el todo en 2 c. c. de vehiculo. Esta asociación está fundada en la necesidad de contrarrestar la disminución de la energía de la contracción uterina, que ocasiona el clorhidrato de morfina, y de esta manera conseguir únicamente la supresión del dolor en el parto.

La aplicación que hizo de este preparado en 70 casos observado en las maternidades de Buenos Aires, y los estudios experimentales que realizó le permitieron afirmar á CANTON que la partoanalgia inyectada hipodérmicamente á la dosis de 2 c. c. suprime entre 5' y 30' los dolores del parto en la inmensa mayoría de los casos, sin modificar el ritmo, ni la intensidad de la contracción uterina; que es inocua á la parturienta; que carece de influencia desfavorable sobre el alumbramiento y el puerperio; que tiene acción en el 35, 71 % de los fetos (estado apneico), pero inocua á la salud de los mismos y que, por último, obliga á revisar nuestros conocimientos sobre las propiedades y dosimetría de la morfina, ya que ha observado un caso en el que se inyectó 16 centígramos de morfina en el trascurso de dos días, tiempo que duró el parto, sin que ofreciera síntoma alguno de intoxicación, la madre y el hijo que gritó en el acto de nacer.

BENJAMIN GALINDEZ (2) de Córdoba (Argentina) que ha estudiado con rigidez científica el preparado de CANTON ya desde el punto de vista de la manera como obra sobre las diferentes funciones ó elementos que constituyen el parto fisiológico, ya como se conduce con respecto á la madre y el feto, ya, por último, cómo su acción no perjudica la marcha regular del primero, ni afecta á la salud de los últimos, concluye, después de haberlo ensayado en 15 parturientas, que determina la cesación de los dolores en el periodo de dilatación, pero que es dudosa su acción analgésica en el de expulsión; que aumenta considerablemente el trabajo del parto (20 horas de duración media sobre 10 primíparas, con presentacion de vértice); que produce con cierta frecuen-

(1) ELISEO CANTON.—Estudio clínico de la «Partoanalgia» en obstetricia y ginecologia.—*La Prensa Medica Argentina*.—N° 34, 10 de mayo de 1915.

(2) BENJAMIN GALINDEZ.—Consideraciones sobre la partoanalgia.—*Revista del Circulo Médico* de Córdoba—V Nos. 7 y 8 1915.

cia inercia uterina (en 15 enfermas, 5 inercias uterinas): que es perfectamente tolerado por las parturientas y que puede, en circunstancias aun no precisadas, ser tóxico al feto.

J. M. RAMIREZ OLIVELLA y J. F. ARTEAGA (1) después de describir siete observaciones, concluyen que la partoanalgia, atenuó el dolor de manera notable en casi todos sus casos, apesar de haber empleado solamente una ampolleta en cada caso, que la Madre no sufrió trastorno notable y que los fetos nacieron apneicos con excepcion de uno

ANTONIO MARTINEZ DE LA RIVA que ha experimentado la partoanalgia en diez partos, afirma que «de todos los medios empleados para conseguir la atenuación del dolor ninguno nos ha prestado servicios tan eficaces y certeros como los de la partoanalgia» porque ejerce muy escasa acción en las contracciones, lo mismo en la uterina que en la prensa abdominal y casi nunca tiene influencia nociva sobre el feto y, de tenerla, ésta es pasajera y sin importancia.

Entre nosotros la partoanalgia ha sido usada por el Dr. JUAN SAN BARTOLOME y de su experiencia y de la discusión sostenida con el Dr. ENRIQUE FEBRES ODRIOZOLA y, por último, de la nuestra, calificamos á la partonnalgia de asociación feliz, aunque observamos que se encuentran en ellas mezcladas dos sustancias, que inyectadas al mismo tiempo, obran sobre el mismo organo en tiempos distintos (3 á 10 minutos la pituitrina; 10 á 30 minutos la morfina), despertándose primero la contracion y después la sedacion; equivale, si me permite la comparacion, á empezar una intervencion quirúrgica, cirujano y anestesista al mismo tiempo.

¿No sería mas lógico inyectar separadamente, las dos sustancias, á fin de que la pituitrina exitara un útero ya indolente?

Además de estos preparados que han alcanzado bastante divulgacion, debemos mencionar «la sedantina» fórmula debida al Dr. ERNESTO de ARAGON(2) de la Habana quien la ha ensayado en 19 casos, obteniendo «en todos una gran sedacion de los dolores del parto, haciéndolos á la vez mas cortos». Con respecto al producto de la concepcion los efectos han sido nulos, pues, en los dos casos en que los fetos nacieron muertos, fué por circunstancias, no debidas, en manera alguna, al uso de la *sedantina*, puesto que se comprobó que estos habían muerto antes de su aplícacion.

---

(1) J. M. RAMIREZ OLIVELLA y J F. ARTEAGA.—La Partoanalgia.—*Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Fisicas y Naturales*,—Habana, 8 de octubre de 1915.

(2) ERNESTO DE ARAGON.—Contribución al estudio de la analgesia en obstetricia: Nueva fórmula medicamentosa la sedantina—Habana 1915.

Concluye que la sedantina es un analgésico exausto de peligro y expone su fórmula:

Clorhidrato de Heroina.....	0,005
Bromidrato de Escopolamina....	0,0004
Sulfato neutro Atropina.....	0,0003
Sulfato Esparteina.....	0,01
Solución de alcohol poliatómico (vehículo) cantidad suficiente para una ampolleta.....	1,5 cc.

El *laudanon* es otro derivado opiaceo en el que intervienen en proporción distinta al pantopon, alcaloides estimulantes y neutralizantes de la acción inhibitoria de la morfina, que conserva, sin embargo, su acción narcótica. Faust lo ha preparado y Oertel lo ha aplicado en 70 parturientas, con abolición completa del dolor y sin perturbación del trabajo.

Por último tenemos que mencionar los estudios del Dr. Belisario Manrique, profesor de la Facultad de Medicina de Lima, quien actualmente ensaya algunos compuestos.

En efecto, desde 1915 usa en la clínica de la Maternidad del Hospital «Santa Ana» con buen éxito una asociacion de 0.01 de pantopon y 0,003 de escopolamina. Además, estudia actualmente dos compuestos signados con los números 1 y 2, cuya composicion nos ha antorizado revelar.

La N.º 1 se compone de heroina y esparteina asociadas en la proporcion de 0.02 de cada una, en 30 cc. de agua destilada, que se inyecta hipodérmicamente. Para corregir la accion enervante de la heroina sobre la fibra uterina emplea la pituitrina, que la inyecta separadamente y en una proporcion suficiente y necesaria en cada caso, siempre que la inercia uterina la reclame.

La hemos usado en 2 casos obteniendo en uno, una analgesia magnífica sin trastornos maternos y fetales; y en el otro, una analgesia incompleta con ligero estado asfictico del niño. Ambas mujeres se han quejado de dolores al desprendimiento cefálico.

La N.º 2 se compone de dionina 0.01, heroina 0.02 y escopolamina 0.0003, en 2 cc. de vehículo. Como en el primero hace uso de la pituitrina, en caso necesario.

La hemos usado en un solo caso, á dosis fraccionada, como lo recomienda su autor, y hemos obtenido después de inyectar toda la ampolla una analgesia completa con ligero estado apneico del niño que respiró con solo mantenerlo suspendido por los pies. En la mujer no hubo amnesia, pues conservó su recuerdo durante el tiempo que duró la experiencia, 5 horas y 86 minutos. El resultado fué pues bueno.

Los dos preparados que acabamos de mencionar, por los resultados que hemos obtenido en los únicos 3 casos que los hemos ensayado, nos han hecho una buena impresión, y, sentimos haberlos conocido ya muy tarde para que podamos dar fé de sus bondades mediante un detenido estudio.

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

Toca ahora ocuparnos de la fórmula N.º 3, preparado del Dr. BELISARIO SOSA ARTOLA, que podemos titular nacional y que merece estudio especial, por haberla expuesta su autor al cuerpo médico peruano, á fin de que sea estudiada con amplitud y sin reservas, que le restarían valor científico.

Antes de entrar en materia vamos á dar á conocer, cómo y en que circunstancias se ha llegado á la fórmula N.º 3.

Con este fin entrevistamos al Dr. BELISARIO SOSA ARTOLA quien informándonos sobre el particular nos decía: «Después de haber puesto la inyección de Tocanalgina, quedé convencido de dos cosas: primero que la morfina bastaba para quitar los dolores del parto, pero retardándole; segundo que la dósis de morfina de esa inyección era exagerada».

«Consecuente con esta idea y con la que era posible manejar la morfina y el ocitócico, como ya lo había hecho CANTON, decidí inyectar ambas separadamente en ambos muslos».

Continuando decía el Dr. SOSA, «comencé por estudiar la dósis mínima de morfina que bastaría para quitar los dolores en el parto. Principié por un centígramo de morfina al mismo tiempo que inyecté una ampolleta de pituitrina, y como yo deseaba corregir los efectos tóxicos de la morfina, la asocié á un miligramo de atropina. A esta combinación le llamé fórmula N.º 1».

«Conjuntamente con estos ensayos en las mujeres embarazadas, puse morfina á las no embarazadas que la necesitaban por cualquier causa; estas no presentaron ningún accidente; en aquellas los resultados fueron malos: la cantidad de morfina no era suficiente para suprimir los dolores. La pituitrina comenzaba sus efectos rápidamente antes de que la morfina pudiera obrar».

«Seguí con dos centígramos de morfina y un milígramo de atropina. En las no embarazadas tuve accidentes serios que requirieron el uso de la cafeina en inyección endovenosa. En las mujeres embarazadas, eran, en número casi insignificante, las que conseguían la atenuación de sus dolores. Las más quedaban doloridas. Persistía el mismo inconveniente que en la combinación anterior: la pituitrina inyectada conjuntamente que la morfina, exitaba el útero inmediatamente, sin dar tiempo á que la morfina manifestara sus pocos efectos. A esta combinación le llamé N.º 2».

«Puse tres centígramos de morfina y el mismo milígramo de atropina, cuya dósis no varió en ninguna de las experiencias. No las usé ya, mas que en las embarazadas. Y en las embarazadas dejé la inyección de pituitrina hasta el momento en que los dolores habían desaparecido, lo mas posible. Este tiempo fué por término medio, una hora después de la morfina; entonces aplicaba la pituitrina, cuyos efectos rápidos actuaban sobre el útero ya indolente. Así llegamos á la fórmula N.º 3».

El Dr. SOSA resumiendo nos agregaba: «Fué, pues, primero la Tocanalgina LAURENT la que descubrió la tolerancia excepcional de la mujer embarazada respecto á la morfina. Fué CANTON quien consideró excesiva la dósis de LAURENT, que disminuyó y asoció el estracto de hipófisis para corregir el debilitamiento de la fi-

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

bra uterina causado por la morfina. Pero el extracto de hipófisis de Canton es en cantidad homeopática».

«De ahí la reducción aún mayor de la morfina realizada por nosotros en el hospital de Bellavista; su asociación á la atropina; y el uso de la pituitrina, á fin de estimular la contracción uterina debilitada, pero inyectándola en cantidad tal que no dejara lugar á dudas su influencia. De ahí resulta este hecho: que las mujeres paren tanto mas lijero cuanto mas nueva, menos usada por así decirlo, se encuentre la fibra del útero. Las prímipiras deben por lo general parir mas pronto que las multíparas».

Las razones científicas de la asociación de estos componentes, son perfectamente conocidas. La morfina que se encuentra en la proporción 0,03 grm. está comprendida entre los límites de tolerancia, la atropina es considerada desde hace mucho tiempo como antídoto de los medicamentos narcóticos, y por consiguiente de la morfina, poseyendo al lado de este efecto antagónico una acción sedante común, sobre la sensibilidad periférica.

La pituitrina la empleamos á dósis fraccionada, empezando por inyectar dósis menores de 1 cc. que aumentamos según las necesidades de cada caso. La hemos usado, desde que se observa retardo en las contracciones, debilidad é ineficacia y siempre con prudencia, á fin de que no produzca contracciones tetánicas, que ejercen perniciosa influencia sobre el feto, como lo han demostrado muchos autores; efectos que pueden hacerlo sucumbir

Siguiendo este prudente empleo de la pituitrina que inyectamos una hora después de la analgesia, hemos conseguido el restablecimiento de la energía de las contracciones uterinas, sin que se presenten los accidentes, tanto sobre la madre como sobre feto, que repercuten en último análisis, sobre la vida de este último.

Nosotros creemos, que si esta parsimonia en el uso de esta pituitrina nos ha puesto á cubierto de estos accidentes desastrosos para el feto, no ha contribuído en menos la acción de la atropina, pues, hemos llegado á constatar, con frecuencia, contracciones prolongadas hasta cuatro minutos más de lo normal, tiempo suficiente para determinar trastornos al producto de la concepción.

La solución de la «fórmula N.º 3» que hemos empleado es la preparada por la «Farmacia Emilio I. Grec» de esta ciudad. La inyección ha sido hipodérmica, generalmente en la cara externa del muslo, y con todas las reglas de práctica.

El personal de embarazas ha sido seleccionado, de manera que la formula N.º 3 se ha empleado en parturientas que abandonadas así mismas habrían tenido un parto eutocico; además, se ha tenido en cuenta que no contraindiquen el uso de la morfina.

Acción de la fórmula N.º 3 sobre la madre.—Al rededor de 13 minutos después de practicada la inyeccion, unas veces antes, otras después, las parturientas acusan sentir algo como un mareo, somnolencia o bien pesadez de cabeza que las induce á pasar con frecuencia la mano por la frente y los ojos, como si tratasen de despejarse de algo que las embriaga; después de una corta duracion, de algunos minutos, la reemplaza un periodo de somnolencia tranquila o un estado de embotamiento, del cual despiertan en el momen-

to de iniciarse una contraccion o la menor llamada que se les hace.

Han sido muy pocas las que han presentado este cuadro algo más acentuado, constituyendo un verdadero estado de exitacion que terminaba siempre por tranquilizarse; las más se entregaban á un sueño reparador y las menos entornaban los párpados en ligera somnolencia o permanecían despiertas, risueñas y afables.

Además de estos síntomas presentan un cierto grado de turgencia o congestión de la cara y de la conjuntiva ocular; retraccion pupilar, que ha sido reemplazada en cuatro casos por la midriasis, escozor o prurito en la nariz, boca y extremidades, que les obligaba á rascarse con insistencia, y, por último, sed, pero una sed insaciable, que las obliga á beber líquidos en abundancia.

Salvo en dos casos, las náuceas y la cefalalgia, que son constantes en las morfinizadas, se han presentado en las morfoatropinizadas. No hemos observado un solo caso de vómito.

Los sudores profusos de algunas se disipaban por la inyección.

Ha sido constante la aceleración del pulso, siendo más acentuado en las bradicárdicas por agotamiento nervioso, consecutivo á un trabajo prolongado.

En ningún caso bemos podido observar alteración en la piel, en la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa que hemos tenido cuidado de constatar.

La inteligencia se conserva inalterable, pues se dan cuenta exacta de cuanto las rodea y responden con toda lucidez á cuanto se les interroga.

Acción sobre el útero.—Sabemos que el trabajo del parto presenta dos síntomas capitales: la *contracción uterina*, cuyos efectos son la dilatación primero y la expulsión después y el *dolor* resultado de la contracción y de la presión que ejerce la presentación, sobre los órganos pelvianos y perineales.

El ideal de un analgésico es pues disociar estos dos elementos dolor y contracción, que la naturaleza los ha unido tan íntimamente, suprimiendo el primero y respetando el segundo en su ritmo, duración é intensidad.

Acción sobre la contracción uterina.—En la inmensa mayoría de las inyectadas por la morfoatropina, hemos podido observar que las contracciones uterinas, han seguido casi invariables durante los 30 ó 40 minutos que siguen á la inyección; luego se hacen cada vez menos frecuentes, más cortas en su duracion y menor en su intensidad, hasta que llega un momento, variable con cada sujeto, en que el útero entra en completo reposo, ofreciendo así una tranquilidad espiritual que la parturienta la disfruta en ininterrumpido sueño. Estas representan el 80 % de nuestras observaciones.

En otras, por el contrario, hemos contemplado la sucesión rítmica de las contracciones, sin que haya sufrido ni su duracion ni su intensidad, durante todo el trabajo, hasta la terminacion feliz del parto, en un tiempo normal y en algunos hasta acelerado. Estas alcanzan al 8 %.

Otras, por último, si bien las contracciones, en ellas no llegan á desaparecer, están en cambio bastante modificadas, en su ritmo,

intensidad y duracion y como consecuencia se realiza el parto en un tiempo algo mayor que el normal. Estas suman el 12 %.

Estas apreciaciones deben tenerse por muy relativas, porque en cuanto se refiere á la intensidad de las contracciones, solo hemos podido apreciarlas en forma muy imperfecta. No disponiendo de un tocodinamometro, que nos permitiera apreciar con exactitud científica el potencial de cada contraccion uterina, hemos tenido que recurrir á lo que nuestro medio nos permitiera, esto es la palpacion, estableciendo comparaciones del grado de dureza del organo uterino entre una y otra contraccion.

Como se comprende por este procedimiento primitivo, una misma contraccion puede ser estimada de muy diverso modo según la impresion que haga á cada experimentador.

A este respecto el método gráfico es el ideal debiendo preferirse la histerografía externa á la interna, que lamentamos no tener á nuestro alcance.

Por lo que antecede se ve que en el 92 % la contraccion uterina es afectada por la morfoatropina.

Se impone pues la necesidad de contrarrestar esa accion depresiva mediante un estimulante de dicha contraccion, á fin de mantener siempre estable ese equilibrio funcional, indispensable para el buen término del parto.

Este estimulante ideal, por hoy, es la pituitrina que forma parte integrante de la formula N.º 3, y cuyo modo de empleo ya hemos expuesto.

Acción sobre el dolor.—Al ocuparnos de como obra la morfoatropina sobre el dolor del parto, declaramos estar conformes con la opinion de los profesores Ribemont y Canton. El primero al ocuparse de la tocanalgina dice: «El medicamento no obra localmente, como pensaban Paulin y Laurent, obra sobre los centros nerviosos cerebro y gran simpático y no parece actuar sobre la médula, según atestigua mi amigo y colega M. Pouchet; es rápidamente trasportado hacia los centros nerviosos por vía circulatoria».

E. segundo al estudiar la partoanalgia dice: «La partoanalgia, á la dosis arriba indicada, posee una accion general sobre los centros cerebrales y muy particularmente sobre el gran simpático, como lo acreditan las experiencias en la especie humana; trátase de un preparado con propiedades analgésicas generales, extingue el dolor donde quiera que aparezca».

Creemos que la «fórmula N.º 3», compuesta á base de morfina, como sus congéneres mencionados obra del mismo modo; el cuadro clínico que presenta es el mismo.

En efecto: Algunos minutos de puesta la inyección, se presenta el conjunto de síntomas generales y locales que ya hemos descrito y durante este tiempo, variable con cada sujeto, las contracciones se hacen menos y menos dolorosas, disminuyendo esa agudeza que arranca gritos lastimeros á las pacientes; sin embargo los dolores siguen percibiéndose todavía por un tiempo más ó menos corto, hasta que llega un momento en que ese agitado cuadro queda reemplazado por una calma completa, cual si el curso

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Dirección General de Bibliotecas

del trabajo se hubiera suspendido. Singular contraste, mientras la parturienta exenta de dolores parece sustraida del parto, el útero enérgico elemento esencial del parto, marcha imperturbable hacia su finalidad.

Cor esta disociación de los elementos dolor y contracción, suprimiendo el primero y manteniendo íntegra la segunda, el ideal de la analgesia obstétrica está realizada.

Pero desgraciadamente las cosas no siempre suceden así.

En efecto: el dolor exponente de la mayor ó menor sensibilidad de cada sujeto, está vinculado intimamente á la idiosincracia individual y por lo tanto los resultados obtenidos serán muy variados, sin que nos sea posible encuadrarlos en la comprensión de un único término, de significación absoluta. Así vemos que en la misma dósis, en unas se consigue la supresión completa del dolor, en otras un aminoramiento acentuado, en algunas un aminoramiento algo menos que el anterior y por último en otras no se consigue modificarlo en nada. Es pues cuestión de grados, cuya interpretación es bastante delicada y por lo mismo la solución de este problema es muy complejo para que con un único medicamento se pueda darlo por resuelto.

Esta manera de pensar nos ha sido sugerida por los resultados de nuestra observación clínica, en la que hemos obtenido los dichos diversos grados en la sedación del dolor; y para que el término analgesia podamos, más ó menos referirla á su verdadero significado en cada caso, hemos creído conveniente posponerle los términos de *completa, manifiesta, incompleta y nula.*

Decimos que han alcanzado un grado de analgesia *completa*, aquellas parturientas que han demostrado la falta absoluta de dolores durante toda la experiencia. *Manifiesta* cuando las mujeres sometidas al analgésico quedan más ó menos tranquilas y solo traducen las contracciones por ligeros quejidos. Estas dos categorías tendrían el carácter de que las parturientas al final del parto declaracen no haber sufrido ó haber sufrido muy poco y quedasen reconocidas de la bondad del remedio. *Incompletas*, cuando si bien confiesan que el dolor es menos intenso, no se tranquilizan, se mueven, se quejan y nos reprochan de la ineficacia del remedio. *Nula*, cuando no se obtiene ninguna disminución del dolor.

Sirviéndonos de estos términos convencionales, hemos podido apreciar el grado de la analgesia obtenida en los periodos de dilatación y expulsion y no ha sido raro que una analgesia completa del periodo dilatante se haya hecho incompleta en el periodo expulsivo, por la poca duracion del analgésico, por ejemplo, o viceversa, una analgesia incompleta del periodo dilatante se haya hecho completa en el periodo expulsivo, por una mayor dósis del medicamento.

En el cuadro que sigue, y en comparación con los resultados obtenidos por el Dr. Sosa Artola, calificamos de *regular* la combinación anterior. De *buena* las analgesias completa y manifiesta en ambos periodos, sin trastornos serios que puedan comprometer la vida del niño. Estas mismas de *mala* cuando afectan la vida

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

del feto. Las analgesias incompletas de los dos periodos son también calificadas de *malas*. Las *nulas* están designadas con la misma palabra, para hacer notar que el dolor no ha sido afectado.

	Dr. Sosa Artola		Nosotros	
	N. de casos	Porcentages	N. de casos	Porcentages
Analg. completa—Buena.....	27	90 %	29	58 %
,, incompleta—Regular ..	3	10 %	12	24 %
,, mala.....	—	—	8	16 %
,, nula	—	—	1	2 %
Total	30	100 %	50	100 %

Para poder calcular el tiempo de la duración de la analgesia tropezamos con las mismas dificultades, pues, se halla íntimamente vinculada á la idiosincracia medicamentosa de cada sujeto y al periodo en el cual se administre el medicamento. Así, las que fueron inyectadas en el periodo de expulsión si bien han tenido un parto indoloro, no nos suministran, en cambio, ningún dato acerca de la duración de la analgesia. Por esto, solo basamos nuestro cálculo en aquellas que atendidas de un principio, ofrecen la reaparición del dolor después de un periodo de analgesia completa ó terminan su parto indoloro.

El máximum de tiempo de analgesia que hemos alcanzado con una sola ampolla de la «fórmula N.º 3» es de 9 horas y el mínimum de 2 horas, con un promedio de 5 á 6 horas. Hemos mantenido una analgesia completa durante 15 horas administrando una segunda ampolla en dósis fraccionadas.

Un fenómeno casi constante y que con pocas excepciones hemos podido notar y que probablemente no se habrá escapado al espiritu observador de otros experimentadores, es el dolor más ó menos vivo qus acusan las parturientas al franquear la cabeza fetal por el orificio perineovulvar, aún en aquellas que parecían mejor analgesiadas y lo manifiestan algunas por 2 o 3 violentos gritos y otras por gritos ligeros, según la intensidad del dolor. A esta constancia, que casi podemos llamarla regla general, se sustraen las multíparas y una que otra primípara.

Para las anteriores apreciaciones no hemos tenido en cuenta este dolor y al haberlo hecho, solo habríamos obtenido un número muy reducido de verdaderos partos sin dolor, estos en nuestras observaciones alcanzan á 13 que han sido calificados como analgesia absoluta.

Conviene que hagamos algunas consideraciones sobre este dolor.

Como se sabe el origen del dolor de parto es múltiple: el útero, la vagina, el periné, la vulva y aún la compresión de los órganos vecinos.

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

Recordemos á propósito la naturaleza del camino que el feto tiene que recorrer á su salida del claustro materno al anterior. El feto impulsado por las contracciones uterinas, tiene que atravesar un primer conducto musculoso de *fibras lisas* el útero, inervado exclusivamente por el gran simpático, que hacia las partes laterales del cuello y vecindad de la inserción vaginal constituye el plexo fundamental del útero, con sus ganglios ya múltiples ya único el de Franckenhauser, considerado como el centro de inervación peculiar del útero.

En segundo lugar debe franquear la vagina, en cuya constitución entran también *fibras lisas* inervadas igualmente por el simpatico. Finalmente debe salvar un último obstáculo, el periné, verdadero canal de *fibras estriadas*, de inervación absolutamente diferente, puesto que depende del sistema nervioso cerebro espinal.

Recordemos también que el paso del primer anillo coincide sensiblemente con el parto de dilatación, mientras que el del segundo y especialmente el del *tercero* corresponde al de expulsión.

Al ocuparnos de como actúa la morfoatropina contra el dolor hemos aceptado con RIBEMONT y CANTON que obra á la manera de los anestésicos generales, sobre los centros nerviosos cerebro y gran simpático y con acción electiva sobre el útero. Hemos dicho también que las parturientas sometidas á la analgesia, conservaban intactas la sensibilidad térmica y dolorosa.

Ahora bien, los dolores del parto que tienen su origen en la contracción uterina y en la presión que ejerce la presentación de las paredes vaginales y otros órganos de constitución *lisa* y que están inervadas por el simpático, caerán bajo la acción del analgésico; pero la parte que corresponde á la distensión del periné y de la vulva que depende del sistema nervioso cerebro espinal, no podrá ser influenciada.

Esta, creemos sea la razón porqué casi de modo constante, sienten dolor á la salida de la cabeza fetal, aún aquellas que habían presentado hasta entonces una nalgesia completa.

Dicho lo que antecede ¿cómo nos explicaríamos entonces aquellos casos en los que la analgesia ha sido absoluta, sin este dolor perineovulvar?

En las primíparas es dificil dar una respuesta categórica. En las multíparas quizás se encuentre la explicación en las repetidas distensiones sufridas con los partos anteriores, que dotando de una suma elasticidad á los tejidos perineales, los haya hecho insensibles.

El resultado de nuestras anotaciones es como sigue:

	Dolor fuerte	D. ligero	Sin dolor	Total
De 19 primp. parieron con	13	3	1	17
De 31 multp. ,, ,,	12	6	12	30

Las dos primiparas y una multípara que faltan no han sido

consideradas en el cuadro por haber sido sometidas á intervenciones que requirieron el cloroformo.

Se vé pues, que han sido afectadas por el analgésico una primípara y doce multípiras ó sea un 26 % del total.

Dedúcese de esto que en el problema de la sedación del dolor del parto, queda esta parte aún por resolverse.

Esto que pasa con la morfoatropina, es extensivo á todos los analgésicos á base de morfina propuestos hasta la fecha.

Acción sobre el trabajo.—Tócanos ahorá estudiar la influencia que la morfoatropina ejerce sobre la duración del trabajo.

Hemos visto que la depresión producida por la morfoatropina sobre la contracción uterina, factor esencial para la terminación del parto, queda modificada ó restablecida á la normal ó cerca de ella por el ocitócico, la pituitrina; dedúcese de aquél que la marcha del trabajo debe ser más ó menos la normal.

Para poder apreciar mejor, haremos lo mismo que con el factor dolor, calcular separadamente en los periodos de dilatación y expulsión, deduciendo de ellos el total.

Para calcular el periodo dilatante hemos tenido que valernos de los datos suministrados por las mismas parturientas acerca de la hora en que notaron los primeros dolores y tomar este como punto de partida de nuestra cuenta.

A nadie se les escapará los graves errores a que llegábamos, en la inmensa mayoría de los casos dada la clase de nuestras parturientas, por demás ignorantes, que lejos de servirnos de fuente informativa nos engañaban con respuestas absurdas, dadas al azar.

Solamente nos hemos servido de aquellas mejor preparadas, cuyas respuestas parecían estar próximas á la verdad.

Damos á continuación los promedios obtenidos en la forma antes dicha. Para las primíparas 9 horas 15'; para las multíparas 7 horas 23'. También consignamos el promedio de la duración de la dilatación desde el momento de la inyección analgésica, teniendo en cuenta solo aquellas que presentaban una dilatación menor que el diámetro de un sol.

Primíparas 4 horas 45 minutos; multíparas 3 horas 25 minutos.

Debemos confesar que en la apreciación del fin del periodo dilatante y principio del expulsivo, quizá haya una causa de error, debida á la dificultad de determinar con exactitud el momento de la dilatación completa, que la establecíamos esperando la rotura de las bolsas, que la mujer tuviera deseos de pujar y que el periné abombara ó que el tacto, no siempre oportuno, nos lo diera á conocer.

Los promedios que hemos alcanzado en el periodo de expulsión son los siguientes:

	Tiempo máximo	Tiempo mínimo	Promedio general
Primíparas.....	2 h. 10	38 mints.	1 h. 27
Multíparas.....	1 h. 50	17 »	88 mints.

Promedio de la duración total del trabajo á partir de los pri-

meros dolores: Primíparas 10 horas 52 m.; multíparas 7 horas 58 minutos.

Comparando los resultados obtenidos por nosotros respecto al tiempo trascurrido entre la inyección analgésica y el parto, con lo observado por el Dr. SOSA ARTOLA, tenemos:

	Dr. SOSA ARTOLA	NOSOTROS
Primiparas	2 horas 11 minutos	5 horas 20 minutos
Multíparas.....	3 horas 10 minutos	4 horas

Las cifras que representan el promedio de la duración total del trabajo, comparadas con las consignadas en las obras clásicas de Obstetricia, difieren mucho, pero no hay diferencia sensible de las observadas entre nosotros, ya que se sabe que nuestras razas tienen un parto mas fácil que las europeas.

Con el fin de hacer una comparación con los observados en nuestro medio, deducimos la duración total del parto en primíparas y multíparas, basándonos en los datos registrados en los Boletines de la Clínica Obstétrica cuyas anotaciones merecen fé por ser cuidadosamente confrontadas por el catedrático respectivo. Según ellos aproximadamente el tiempo medio de la duración del trabajo del parto eutócico es: para las primíparas de 9 á 15 horas 30 minutos y para las multíparas de 8 á 10 horas 45 minutos.

Se vé que nuestras cifras son menores que las que representa el promedio general de la duración total del trabajo del parto entre nosotros.

Esto querría decir que la analgesia influye favorablemente sobre la marcha del trabajo, acortando su duración.

Parece cierto, y hay algunas razones que lo abonan: El espasmo del cuello que parece sostenido por el dolor cedería desde que desaparece este y la dilatación se hace más rápidamente. Súmase á este hecho el de que la atropina influencia igualmente en sentido favorable oponiéndose al espasmo. Esto en lo que concierne al periodo dilatante. El periodo de expulsión quedaría acortado por la mayor energía de la prensa abdominal. Esa sensación particular que por reflejo impulsa á la necesidad de hacer un esfuerzo no falta nunca en ninguna mujer analgesiada. Ella puja silenciosamente, pero puja con toda violencia y con la voluntad y energía de una parturienta que exenta de sufrimientos ha conservado sus fuerzas íntegras, pero que bajo la influencia del dolor habría llegado á este periodo en un estado de agotamiento nervioso, que indudablemente repercutiría sobre la expulsión, restándole una energía útil.

Acción sobre el feto.—Nos vamos á ocupar ahora de otro factor quizá el más importante en este estudio: nos referimos á la acción que el analgésico ejerce sobre la vida del feto.

Todas las maravillosas propiedades de un analgésico inocuo en su empleo en lo que respecta á la madre, se oscurecerían y su uso caería por tierra, si su acción hiciera correr al feto un peligro real ó

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

si de él resultara alguna disminución en su resistencia vital ó algún trastorno en su desarrollo ulterior.

Comprendiéndolo así hemos doblado nuestros cuidados en la observación de los fetos, antes de la inyeccion analgésica, durante el trabajo y después de nacido; anotando todos los fenómenos anormales y tratando de referirlos á su verdadera causa á fin de no imputárselos á la inyeccion.

Hemos tenido como norma, antes de inyectar á nuestras parturientas, examinarles el aparato circulatorio y al mismo tiempo el del feto, eligiendo siempre para nuestras experiencias aquellas más proximas á la normalidad, á fin de alejar toda causa suceptible de inducir á una falaz interpretacion de las propiedades del analgésico.

Hemos rechazado las afectas de lesiones orgánicas del miocardio, así como aquellos fetos que consecutivamente á una rotura prematura de las membranas ó á un laborioso y prolongado trabajo presentan signos de sufrimiento.

Una vez practicada la inyección, atentamente vigilabase el estado del feto, examinando de tiempo en tiempo sus latidos á fin de ver si era posible descubrir alguna modificación en ellos por ligera que fuese. Cuando llegaba el caso de observarlas hemos podido referirnos á sus causas: unas veces á la procidencia del cordón umbilical, á las circulares cerradas, á la brevedad accidental del tallo funicular, á una presentación de nalgas, una ruptura prematura de las membranas ó á un trabajo anormalmente prolongado y en un solo caso á la morfina.

Imediatamente de nacidos los auscultábamos constatando de parte de su sistema circulatorio perfecto estado de vitalidad.

Pero del lado del aparato respiratorio no pasaba lo mismo, presentaban trastornos más ó menos acentuados, que revelan que el analgésico, pasando por ósmosis placentaria, ejerce una acción evidente sobre los centros nerviosos de algunos fetos, en los que se embota el reflejo respiratorio en el momento de nacer.

De las 50 analgesias que hemos practicado nacieron 23 niños en perfecto estado de salud, así lo revelaron por sus vigorosos gritos lanzados inmediatamente de recibir las impresiones del nuevo medio.

Catorce nacieron en estado de apnea, como dormidos ó somnolientos, sin poder respirar y en algunos hemos podido notar, ciertas contracciones ó gesticulaciones de la cara, con la boca abierta como para emitir el primer llanto característico del recién nacido, pero el grito no se dejaba oir, por cuanto el torax permanecía inmóvil; luego se quedaban quietos, su coloración rosada de un principio se volvía violácea, se cianosaban, y se les tomaría por fetos afectos de asfixia grave si la tonicidad de sus miembros no viniera á diferenciarlos. Es cuando reclaman los auxilios del práctico y según los medios empleados y el tiempo que han tardado en respirar perfectamente, los hemos clasificado en: apnea ligera, mediana é intensa.

Decimos que un niño está en *apnea ligera* cuando el completo establecimiento de su función respiratoria apenas tarda de algu-

nos segundos á 3 minutos y para ello basta como lo recomienda el profesor RIBEMONT, suspender al niño por sus pies antes de ligar el cordón, aplicar algunas lociones de alcohol al pecho y espaldas acompañado de suaves flagelaciones en las nalgas. Estos en nuestras observaciones suman á 5.

En *apnea mediana* cuando tardan en respirar de 4 á 10 minutos y no bastando los medios empleados en los primeros, nos vemos precisados después de ligar el cordón á recurrir á la sumersión alternativa del feto en baños calientes y fríos de muy corta duración, á la vez qve se les practica movimientos respiratorios artificiales (maniobra de Schatze, tracciones rítmicas de la lengua, etc), Ellos han sido en número de 3.

Finalmente, calificamos á un niño de *apnea intensa* cuando los medios anteriores son insuficientes para conseguir la respiración en 10 minutos. En tales casos se recomienda recurrir al procedimiento de insuflación por el aparato de RIBEMONT y á falta de este, de boca á boca. Nosotros lo hemos practicado de ambos modos, con interposición de un gasa doble en el segundo. La insuflación se hace repitiendo alternativamente á las presiones del tóraz del niño, para efectuar la respiración, tantas veces cuantas sean necesarias para el perfecto establecimiento de la función respiratoria. Ellos fueron 4.

Por medio de los procedimientos indicados, hemos conseguido siempre reanimar á los trece niños nacidos en apnea, sin tener que lamentar accidentes que comprometan su vitalidad.

La anterior clasificación puramente convencional, exenta de razones que la fundamenten, encuentran quizá su justificación en nuestro deseo de explícarnos con mas claridad los distintos grados de apnea observados en los recién nacidos, en relación indudablemente con la mayor ó menor susceptibilidad individual respecto del medicamento analgésico.

Hemos visto también nacer algunos niños en estado de asfixia, es decir, con la piel toda violácea, cianóticos y han necesitado el uso de los medios preconizados en tales casos, para hacerlos respirar

Por la misma razón anterior los dividiremos en dos grados: asfixia mediana y asfixia intensa.

Quedan comprendidos en el primer grado, los niños que para reaccionar del todo han necesitado de las maniobras de respiración artificial por un tiempo comprendido en 5 á 15 minutos. Estos han sido en número de 5; de los que 3 encuentran su justificación en accidentes independientes del analgésico y son: 1 por circulares al cuello; 1 por presentación pelviana con extracción y 1 por forceps, aplicado por inercia consecutiva á un prolongado trabajo de 36 horas anteriores á la analgesia.

Pertenecen al segundo grado, aquellos que han necesitado de un tiempo mayor de 15 minutos y en los que hemos tenido que recurrir á inyecciones de cafeina. Ellos fueron 4, de los cuales 2 hallarán su explicación en circulares y forceps y los otros dos con mas los dos del grupo anterior serian imputables á la morfina.

Cuatro niños muertos figuran en nuestra estadística general y para explicarnos satisfactoriamente la causa de la muerte no hemos omitido esfuerzo alguno que haya estado á nuestro alcance.

El primer niño pertenece á la observación que ocupa el tercer lugar, nació con dos circulares bien cerradas al cuello; el cordón ya breve se constituyó en obstáculo á la expulsión y en agente de asfixia mecánica por extrangulación; el cordón fué seccionado entre dos pinzas y el estado de asfixia azul no pudo ser vencida por todos los recursos que tuvimos á nuestro alcance. No llegó á respirar el niño.

El segundo corresponde á la historia N.º 5; nació cianótico pero á las primeras maniobras de respiración artificial, quedó bien establecida su función respiratoria. Satisfechos abandonamos el servicio. Tres horas después de su nacimiento tuvo el niño una crisis asfíctica, de la que fué asistido por la obstetriz de turno; 4 horas mas tarde tuvo otro acceso y se sucedieron 3 más en el curso de la noche. Al día siguiente fuimos informados de lo occurrido y al examinar al niño le notamos un color violáceo diferente del que tenía la víspera. En este momento viene un acceso de cianosis provocado por el llanto, el niño toma un color azul oscuro mas acentuado en las extremidades y en las uñas; lo sacamos al aire libre y por lo alarmante de su crisis le prescribimos oxígeno. En presencia de este cuadro, pensamos se tratase de un caso de *enfermedad azul*, que pocos momentos después confirmó la autorizada opinión de nuestro jefe el Dr. S. García, señalándole un pronóstico grave.

A las 42 horas de nacido murió el niño en medio de aquellas crisis que se repetían con frecuencia y al menor esfuerzo. La necropsia reveló la persistencia del agujero de Botal y la insuficiencia de su válvula semilunar.

El tercero corresponde á la observación N.º 10, parturienta en quien pudimos observar todos los signos de una intoxicación aguda por la morfina y en la que, en lugar de producir la analgesia perseguida, determinó una hiperalgesia; hubo una intolerancia para la morfina que nos obligó el uso de la cafeina a altas dósis por vía endovenosa.

El niño nació en estado de muerte aparente, de color azul, con los músculos en relajación y con un corazón que latía muy debilmente. Durante cerca de dos horas agotamos todos los recursos indicados en tales casos inclusive la cafeina (0.20) y logramos que el niño ejecutara algunas inspiraciones profundas acompañadas de algunos gritos; quedó establecida la respiración, pero de un modo tan superficial que unida a la extrema algidez del niño nos hacía temer un desenlace fatal muy cercano. Efectivamente, fueron inútiles nuestros esfuerzos y a despecho de todo recurso que la ciencia aconseja, falleció.

¿No sera justo encontrar la explicación de esta muerte en una suceptibilidad idéntica a la de la madre con respecto a la morfina?

Cuan ilustrativa habría sido la investigación y dosage del alcaloide ó sus derivados en la sangre del niño muerto, pero desgra-

ciadamente los recursos con que contamos no nos han permitido realizarlo.

Sin embargo el Dr. CARLOS A. GARCIA jefe del Laboratorio del Hospital «Santa Ana», esta dedicado a estas investigaciones y sentimos mucho que lo complicado de su técnica no le haya permitido aún llegar al fin que se propone y nos prive de acompañar tan valioso documento que nos habría dado, sin duda, grandes luces al respecto.

El cuarto niño es un heredo sifilítico de 8 meses, cuya muerte fué diagnosticada antes de la analgesia, que la practicamos tan solo teniendo en cuenta a la madre, para ver los efectos del analgésico. La madre era portadora de lesiones secundaria manifiestas.

Si la morfoatropina ha podido solo determinar la muerte de un niño por su extrema sensibilidad, ¿carecerá de toda acción nociva para el desarrollo ulterior de los que se sustrajeron de su acción tóxica?

La evolución extrauterina sin accidentes que hemos podido observar durante los días de permanencia de los recién nacidos, en el servicio, nos autoriza a creer que una vez desaparecidos los efectos del medicamento, por la natural eliminación de toda sustancia ingerida; nada debe temerse como efectos lejanos de una causa que ya no existe.

Todos los niños salieron del hospital en perfecto estado, excepto uno que murió 10 días después de nacido, consecutivamente á una onfalorragia á la caída del cordón. El niño presentaba antecedentes hemofílicos y equimosis expontáneas en distintas regiones del cuerpo.

En resumen, si en algunos casos el medicamento ha tenido acción manifiesta en el niño, se puede decir que ha sido pasajera, salvo el caso del N.º 10 cuya muerte lamentamos y que es una magnífica lección para que en todo momento, pensando siempre en esa suceptibilidad individual, no inyectemos de una sola vez toda la dósis de una ampolla, sino que por precaución vayamos por tanteos á estudiar esa mayor ó menor tolerancia de cada parturienta y con la de ella la de su hijo y nos libremos de ese peso de conciencia y mal rato que proporcionan semejantes fracasos.

En lo que toca al alumbramiento no hemos tenido que lamentar accidentes y creemos que con la pituitrina bien manejada se conseguirá siempre la retracción uterina, factor esencial de la hemostasia pues nos evitará deplorables hemorragias postpartum.

Así lo hemos observado.

En el puerperio no hemos observado nada anormal.

Debemos dejar constancia que con el estudio de la «formula N.º 3» que acabamos de hacer no hemos podido llegar á la solucion del problema del parto sin dolor, sino, dar un paso más con el empleo deun nuevo compuesto.

Para terminar, digamos que hay que ser optimistas respecto á lasolucion del problema del parto sin dolor, porque así como se evita hoy el dolor en las operaciones, no obstante que VELPEAU lo conceptuo quimérico, también es posible en el porvenir, alcanzar la

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

aspiracion de hacer el parto indoloro, problema á cuya solucion á contribuido de manera brillante la medicina americana.

CONCLUSIONES

1a.—La «fórmula N.º 3» compuesto de 4 centígramos de clorhidrato de morfina y 1 miligramo de sulfato de atropina, es una asociación bien fundada en el antagonismo de los efectos de sus componentes.

2a.—Administrada á la mujer en trabajo, produce la analgesia completa ó buena en el 58 %; incompleta ó regular en el 24 % mala en el 16 % y nula en el 2 %.

3a.—Excepcionalmente tiene acción analgésica, en el periodo de expulsión, sobre el dolor resultante de la distención perineo vulvar.

4a.—De esta ineficacia participan todos los analgésicos obstétricos, á base de morfina, propuestos hasta la fecha.

5a.—La depresión de la energía uterina producida por la morfina, es facil restablecerla á la normal ó cerca de ella, por el uso de la pituitrina.

6a.—La pituitrina forma parte integrante de la «fórmula N.º 3», pero debe administrarse separadamente y á dósis fraccionada, según las necesidades de cada caso.

7a.—El trabajo parece favorablemente influenciado, pues es menor la duracion de sus dos periodos.

8a.—El 28 % de los niños nacen en estado de apnea y el 10 % en estado de asfixia, que, con los recursos indicados en tales casos se puede hacer desaparecer fácilmente.

9a.—En circunstancias aún no bien determinadas el sufrimiento del niño puede llegar á ser muy grave.

10a.—Carece de influencia nociva sobre el puerperio y la vida futura de los recién nacidos.

11a.—La morfoatropina en sus efectos está íntimamente vinculada á la idiosincracia individual, debe manejarse con prudencia empezando por dósis fraccionadas, porque la dósis completa inyectada en una sola vez, puede producir accidentes muy serios para la madre y mortales para el feto.

12a.—La «fórmula N.º 3» no debe ser usada por las Obstetrices.

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

Clinica Medica del Hospital «Dos de Mayo»

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TABES

Lección clínica

Por el Dr. ERNESTO ODRIOZOLA

La tabes dorsal *no cura nunca* y este concepto tan categorico como desconsolador, está fundado en la naturaleza irreductible de las lesiones que la caracterizan. No existen medios ni procedimientos capaces de reintegrar la sustancia nerviosa perdida por las degenaraciones; todo lo que puede ocurrir es que ellas hagan alto en un punto de su camino y ya este resultado, debe considerarse como un triunfo inapreciable. Hay en efecto tabes dorsales que de una manera natural se cristalizan en determinado periodo de su evolución y permiten una supervivencia más ó menos prolongada. Otras, por el contrario, progresan sin misericordia y determinan la muerte en medio de las grandes alteraciones tróficas y de los trastornos viscerales. El pronóstico pues, de la tabes dorsal es siempre *muy reservado* y en nuestro enfermo, dados los antecedentes de todo orden que ya ustedes conocen, es *muy grave* y sin esperanza, plausible por ahora, de que sus desórdenes puedan detenerse siquiera. Este desventurado en efecto, ha perdido las más bellas oportunidades de labor provechosa y las alteraciones han alcanzado impunemente una vastedad que está por encima de toda espectativa terapéutica.

Un hecho debe sin embargo guardarse en la memoria, en lo que se refiere al pronóstico de esta dolencia y es que la *conservación de un buen estado general* es un título suficiente de pronóstico favorable.

Con respecto á su *diagnóstico*, debemos hacer resaltar la circunstancia de que la tabes es una enfermedad de la edad adulta, apesar de que se han señalado ejemplos de tabes *juvenil* y aun *infantil*, pero son tan raros que bien vale la pena no tomarlos en consideración; en cambio existen también casos *retardados*, después de los 50 años. Es preciso no olvidar por otra parte que la tabes dorsal no es la consecuencia invariable de la *infección sifilítica*, el sindroma tabético se presenta con sus habituales perfiles en la *diabetes* y en la *difteria* y también en las tituladas *nervotabes* ó *pseudo tabes*, derivaciones de *polineuritis* más ó menos complejas, ya *tóxicas* ya *infecciosas*, como la *alcohólica*, la *arsenical*, la *cúprica*, la *nicotínica*, la *sulfocarbonada*. En todos estos casos existen los signos tabéticos que ya conocemos, pero falta constantemente el signo de *Argill Robertson* y los desórdenes sensitivos predominan en las extremidades, fuera de que la evolución de estas neuritis es

constantemente rápida; en semanas y aún en días llegan á su completo desarrollo y presentan casi de golpe el cuadro acabado de la incordinación motriz. En la *tabes dorsal*, por el contrario, el curso es casi siempre *lento*, de años, antes de alcanzar ese grado de trastorno; al rededor de diez años en nuestro enfermo. Ya hemos dicho por último, que debe rechazarse enfáticamente la tentativa diagnóstica de la tabes fundada en un sólo síntoma.

Pasemos, señores, al *tratamiento*. Este es un asunto tan importante como discutido en sus resultados prácticos. Algunos autores sostienen que el tratamiento *antisifilítico* es ineficaz; otros, por el contrario, le reconocen una acción apreciable. Los primeros fundados en esa titulada ineficacia, sostienen que la tabes es de origen *sifilítico*, pero que no es de esa naturaleza. A nosotros nos parece que semejante manera de raciocinar, es jugar con las palabras. En la gran mayoría de casos, los tabéticos son sifilíticos *descuidados* en su principio y cuyas lesiones por consiguiente avanzan sin estorbo, engendrando lesiones ya irreparables. Pero cuando son atendidos á tiempo, es *indiscutible*, y autoridades en la materia así lo creen, que se obtienen resultados evidentes, no por cierto de reparación, pero sí de detensión de la enfermedad, en sus manifestaciones más odiosas. Los dolores se calman, los trastornos viscerales se modifican de manera más ó menos favorable y el estado general beneficia de todo ello. Si esto es pues asi, no nos parece dudoso que las alteraciones de la tabes son no sólo de origen sifilítico, sino de esa misma naturaleza; la ineficacia entonces del tratamiento antisifilítico debe considerarse como la consecuencia del desamparo terapéutico en que estos enfermos viven los primeros tiempos y á la frágil estructura del sistema nervioso, cuyas alteraciones una vez constituidas son irremediables. La mejoría que indiscutiblemente se advierte en muchos de estos casos, á influjos del régimen antisifilítico, prueba, en nuestro concepto, sin haber lugar á dudas, que esta medicación contiene el desarrollo y la localización progresiva de las alteraciones, en la delicada estructura nerviosa y que por consiguiente la invocación de lesiones *parasifilíticas*, para explicar la resistencia de las lesiónes al régimen mencionado, debe considerarse mas que á una naturaleza especial de ellas, *extrasifilíticas*, á una circunstancia puramente histológico regional. Es preciso advertir sin embargo, que el tratamiento antisifilítico debe establecerse en alguna prudencia, vigilando muy de cerca la actitud de los riñones y por consiguiente la tolerancia del sujeto. Oportunamente nos ocuparemos, en este sentido, del tratamiento por medio del *arsenobenzol*

El tratamiento general de la *tabes*, comprende cuestiones de diverso orden que es preciso considerar.

La higiene, en este caso, como en todas las enfermedades, debe tener lugar preponderante. Todas las afecciones *complicatorias*, todo trastorno funcional, reflejan de una manera desgraciada en el tabético y por estas causas se observarán recrudecimientos que igualmente despiertan la fatiga intelectual ó física, los trastornos urinarios, gastrointestinales, los pesares, las preocupaciones fuertes. Por estas razones, conviene en el tabético, revisar constantemente

el estado de sus órganos y funciones para atender á todo aquello que merezca corregirse ó enmendarse. Tratándose de individuos que están amenazados por crisis *asténicas* más o menos pronunciadas, y derivadas de un compromiso del simpático, conviene someterlos á la *hidroterepia*, más bien *tibia* que fría. Pueden emplearse los baños *sulfurosos* que dan resultados apreciables. El régimen alimenticio debe ser bien escogido, desprovisto de excitantes y de platos indigestos. Hacer poco uso de bebidas fermentadas. Pueden emplearse en todo tiempo, durante la larga evolución, los tónicos, como la quinquina, el cacodilato de soda.

Ocupémonos ahora de una de las cuestiones más delicadas y al mismo tiempo más apremiantes de la condición patológica del tabético, me refiero al tratamiento de los *dolores*, que constituyen, como ya ustedes pueden suponerlo, una de las manifestaciones más cruelmente torturadoras en la vida de martirio del tabético.

Las aplicaciones de *puntos de fuego*, á lo largo de la columna vertebral, así como las *pulverísaciones* de *eter* ó de *cloretilo*, producen á veces resultados. En el vasto campo actual de los *analgésicos*, se encontrarán muchas veces, elementos utilizables. La *aspirina*, en la dósis de 2 gramos por día, en obleas de 40 ó 50 centígramos; el *piramidón*, en obleas de 25 centígramos, dos ó tres en el día; la *fenacetina*, en obleas de la misma cantidad y en el mismo número, con una hora de intervalo; la *antipirina*, en la dósis de 50 centígramos, dos ó cuatro obleas, con agua de Vichy; el *hipnal*, á la dósis de 1 ó 2 gramos; el *salicilato de antipirina*, de uno á tres gramos. Estos analgésicos conviene administrarlos de una manera sucesiva y siempre con una buena cantidad de bebida y no deben emplearse sino por periodos, para evitar la irritación gástrica. Es preciso guardar las inyecciones de *morfina* para sólo aquellos casos en que no habrá gran inconveniente en su empleo, por la condición de caquexia en que el enfermo se encuentra. El clorhidrato de heroina, á la dósis de 5 á 10 milígramos, se puede también emplear. Igualmente se puede apelar al método *epidural*. Se ha recomendado también últimamente la *santonina*, en la dósis de 1 centígramo, dos ó tres veces por día, vigilando su acción, para suspenderla tan pronto como se inicie la *xantopsia*.

Tratamiento de la ataxia.—El tratamiento de la *ataxia*, puede decirse que no data sino de estos últimos tiempos, y está fundada en la *reeducación* de los movimientos, sostituyendo así un mecanismo *supletorio* al automatismo normal y fisiológico de los movimientos, en especial de la marcha. Es preciso advertir que este sistema sólo debe emplearse en aquellos enfermos que no tengan *trastornos tróficos avanzados*, por consiguiente no es absolutamente aplicable á nuestro enfermo. Este método consiste en ejercitar los movimientos simples de flexión, de extensión, de abducción, de aducción de los miembros, así como los movimientos del tronco. Todo esto debe ejecutarse con gran paciencia. Enseñar al enfermo á caminar en una línea recta, procurando desvanecer el pavor de una caída; enseñarlo á flexionar el tronco, á agacharse, á sentarse y á ponerse de pié: todo esto debe hacerse á la orden, infundiéndole un espíritu de disciplina. Con constancia y de una manera metódica

se llegan muchas veces á conseguir resultados inesperados, pues es siempre mucho mejor, de una manera general, apelar en medicina, á medios externos que internos, velando de esta manera por la integridad del estómago que debe ser preocupación primordial del médico.

Tratamiento de las crisis viscerales.—En la crisis *laríngea*, como en todas las demás, ya lo hemos dicho, es preciso cautelar el órgano, no exponiéndolo por consiguiente á un inmoderado ejercicio, ó á cambios bruscos de temperatura; no aplicar en el cuello, como á menudo se hace, la *tintura de yodo*, para combatir los trastornos de ese organo, pues la contingencia del yodismo, bastaría para despertar las crisis. El empleo de los apósitos calientes, las pequeñas inhalaciones de *eter alcanforado*, los antiespasmódicos, llegan á dominar estas crisis, que felizmente no duran mucho tiempo y que es muy excepcional que lleguen á determinar la muerte.

Las crisis *genitourinarias* reclaman el empleo de las inyecciones de *morfina* ó de *heroina*, los baños generales calientes (36º).

Las crisis *gástricas*, los mismos medios, á más la alimentación muy discreta.

Los trastornos *tróficos*, las *artropatías* sólo merecen aquellos cuidados de orden higiénico, compatibles con la naturaleza irrepable de las lesiones y por este motivo no hay que hablar en estos últimos casos de intervención quirúrgica.

Desde el punto de vista general, el tratamiento que debe imponerse al tabético, de una manera sistemática, y a plazos, con toda la prudencia y moderación que impone la especial fragilidad del tabético, es la medicación *antisifilítica*, de base mercurial y de preferencia en preparaciones *solubles*, en mayor ó menor dósis, según la condición del enfermo, el estado de sus riñones y su grado de tolerancia ó resistencia. Nos parece indiscutible que con esta medicación regular y prudentemente sostenida, se consiguen, en un gran número de casos, resultados muy halagadores, de reducción de los fenómenos mas mortificantes.

Cuando salieron a luz los sensacionales trabajos de EHRLICH sobre el *arsenobenzol*, se concibieron grandes esperanzas sobre el empleo de esta droga, pero bien pronto se comprobó que en esta enfermedad no producía resultado alguno, por decir lo menos, pues algunos adelantaron la opinión de que era peligrosa. Andando el tiempo, aumentando considerablemente el número de observaciones y afirmandose con mas recursos la experiencia en esta materia, han ido modificandose las ideas, aún en campos manifiestamente hostiles, como la gran escuela francesa. Vemos en efecto que en este último país, practivos de valía, vuelven sobre sus pasos y tienden a modificar sus ideas y sus procedimientos, inclinandose con mas simpatía en favor del preparado de EHRLICH.

En una lección clínica, dada en el «Hospital Beaujon» por el Dr. LEREDDE, el 20 de Febrero de 1913 este distinguido profesional no ha tenido embarazo para recomendar el *Salvarsán* en el tratamiento de la *tabes*, á tal punto que él concluye por sustituirlo al mercurio.

Ustedes saben que EHRLICH descubrió primero el *Salvarsán* ó

606 y después el *neosalvarsán* ó 914. Estos compuestos á la dósis de 1 centígramo por kilógramo de animal del primero y de 15 miligramos por kilógramo del segundo, destruyen *en serie el espiroquete*, en las lesiones de la sífilis experimental. Ahora bien el Dr. LEREDDE arguye que siendo la sifílis humana mas rebelde que la experimental, ambas preparaciones deberán emplearse de una manera prolongada. Afirma que los resultados son mucho más rápidos que los del mercurio y llega aún á decir que los resultados son constantes, de conformidad con los casos por él observados.

La curación de la *tabes*, exige dos condiciones: 1.º tratamiento prolongado y 2.º dósis suficientes; de lo contrario se expone uno á resultados insuficientes ó casi nulos.

El Dr. LEREDDE, recomienda el tratamiento en forma de series que comprenden tres inyecciones con 8 días de intervalo. Se distanciará cada serie por el espacio de un mes.

La primera inyección será de 20 centígramos se salvarsán, de 30 de neosalvarsan; 8 días después, una segunda de 40 centígramos de 606 y 60 de 914; para terminar la serie, una tercera de 60 centígramos de uno ó 90 de otro y aún puede llegarse hasta una cuarta de esta misma última dósis.

Indica que aun con las débiles dosis empleadas al principio, se pueden comprobar fenómenos reacciones como fiebre á 38º ó cefalea. En este caso la siguiente inyección no debe hacerse en dósis superior. En todos los casos, se esforzará uno para alcanzar la dósis normal al fin de la serie, salvo que se tratara de un caso con trastornos bulbares en cuya circunstancia conviene ser muy circunspecto y no se deberá alcanzar la dosis normal sino al fin de una segunda serie de inyecciones.

A partir del momento en que se ha llegado a la dósis normal de 60 centígramos, el camino esta libre y las inyecciones ulteriores pueden hacerse a esa dósis. Por prudencia, en todo caso, conviene siempre reducir la dósis, al principio de la segunda serie.

Recomienda el Dr. LEREDDE una punción lumbar al principio del tratamiento y antes de cada serie de inyecciones se estudiará la suero reaccion sanguínea y en cuanto sea negativa se impone otra puncion lumbar; investigaciones todas que permiten controlar en camino la condicion de la infeccion y de las lesiones meningeas y no supender el tratamiento cuando los síntomas de la tabes, de la sífilis han desaparecido.

La mejoría, según el Dr. LEREDDE, es constante. La atenuación de los dolores es de regla, después de la tercera serie. Lo mismo ocurre con las crisis gástricas; los fenómenos bulbares (accesos de disnea, fenómenos laringeos) curan rápidamente.

Los fenómenos atáxicos mejoran de una manera considerable.

Las observaciones de LEREDDE están establecidas en 39 enfermos, cifra ya respetable que merece tenerse en consideración.

No olvidemos una advertencia importante hecha por este autor y es la de que algunas veces al principio del tratamiento, se observa un aumento de los dolores y de la incoordinación; estos fenómenos desaparecen en el curso del tratamiento.

Ahora bien, ¿qué vamos á hacer con nuestro enfermo? Desde

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

el primer momento recomendamos el análisis de la orina que nos ha demostrado la integridad de los riñones y comenzamos después la medicación mercurial bajo la forma de inyecciones de biyoduro de hidrargirio a dósis creciente. El enfermo mismo declara que se encuentra mejor, pero a la verdad los resultados obtenidos por Leredde son de tal manera tentadores, que no creemos cometer una falta abandonando el mercurio y apelando el *arsenobenzol* cuya acción, según la larga exposición hecha, es mucho mayor. Por otra parte tenemos en esta clínica la obligación de acudir a todos aquellos métodos que, dentro de las debidas garantías, ofrezcan mas espectativas de rapidez en sus resultados. Por estos motivos, vamos a comenzar el tratamiento de nuestro enfermo de acuerdo con las condiciones señaladas por Leredde.

Antes de terminar, permítanme qne por memoria me ocupe de un método de curación, titulado *reflejoterapia* y del cual han hablado Marie, Lortat-Jacob y Jaworski y que tiene por base la *dilatación de la uretra*, por el hecho de que nuestros tabéticos tienen estrecheces de ese canal. Este tratamiento va dirigido a destruir las influencias de orden reflejo que partiendo de una lesión periférica pueden contribuir e exagerar el estado del tabético. En el caso especial de que tratamos, las dilataciones de la uretra, producirían en los que las necesitan, una mejoría mas ó menos apreciable.

Declaro honradamente que en nuestros hospitales, este método no es aconsejable, por las severas precauciones que exigen sondeos mas ó menos repetidos y aún será poco aplicable en la misma practica civil, por razones analogas. Por otra parte, tratandose de fenómenos de orden dinamico cuyas variaciones son infinitas, el método en sí mismo nos parece de actuación muy restringida y todo lo que sea por último recargar un régimen, ya de suyo bien complicado, como es el que debe observar un tabético, constituye una practica confusa, por no decir inútil. Por consiguiente no lo recomendaremos a nuestro enfermo.

ERRORES Y PELIGROS QUE PARA LA DEMOGRAFIA Y LA CIENCIA MEDICA PRESENTA EL USO DE LA CLASIFICACION DE BERTILLON

Por el Dr. RICARDO P. SAURI †

La tendencia actual de la Medicina como ciencia, es llegar á la concepción etiológica pura de todas las enfermedades, para

poder salir de las múltiples dudas que hoy representan verdaderos problemas científicos y acercarse al cumplimiento de la vieja frase latina: *Sublata causa, tollitur efectus.*

Pero al lado de las incesantes investigaciones que constantemente se ejecutan para la determinación del agente causal de cada enfermedad en estudio, se busca también con el mismo interés el órgano ú órgano que hacen acto de presencia para poner á nuestra vista el momento patológico, y se escudriña las transformaciones primeras que el sufre; así como es axiomático que mas lógico es prevenir que curar; ante el caso patológico el ideal sería combati siempre las primeras manifestaciones.

El lazo Anatomo-Etiológico-Patogénico es estrecho, inseparable y poderoso y en el se apoyan las ciencias investigadoras, para contribuir, pausada pero seguramente, abriéndose trocha hacia el ideal etiológico.

La clínica, el arma poderosa de la Ciencia Médica, nos ha abierto el nuevo horizonte de la Parasitologia, hoy una verdadera ciencia; ha impulsado nuestros conocimientos sobre las glándulas de secreción interna, que desde 1856, con la enfermedad bronzeada, de Addisón, hasta la época actual con la serie de distrofias y hasta casos de muerte súbita, en otras épocas en completa obscuridad, encuentran hoy su razón etiológica, en las perturbaciones de la suprarenal, hipofisis, cuerpo tiroides; no pudiendo nosotros vislumbrar ni remotamente hasta donde intervendrán estos órganos en las funciones orgánicas, y que nuevas vías terapéuticas mostrarán en el futuro

En la actualidad, apesar de poseer secreciones internas, el hígado, el pancreas, el ovario, etc. los órganos glandulares que llevan esta denominación y que gozan como tales de autonomía forman un sistema aparte, del cual son dependientes todos los estados morbosos debidos á las perturbaciones de su normalidad.

Y así como se adelanta en lo que podríamos llamar novedades científicas, también se hace labor de progreso en las viejas afecciones de todos conocidas y se procura una mejor diferenciación de ellas, dando á cada una el agente causal que debe corresponderle.

En esta marcha hacia adelante y en la que el Médico es el que sigue con mas fidelidad la divisa de Juan Jacobo Rousseau—Vitam impéndere vero—(consagrar la vida á la verdad); el que investiga tiene forzosamente que buscar el apoyo de todas las ramas de la misma ciencia y aún de ciencias auxiliares que contribuyen á suministrarle los datos que tonifican sus argumentos y fortifican sus conclusiones.

De entre estas ciencias auxiliares, la Estadística y la Demografía una de sus derivados, desempeña papel importantísimo cuando se solicita su apoyo en los diversos problemas que la Ciencia Médica tiene en estudio y en camino de resolución; y es de tal importancia su papel, que todos los que cultivan el arte y se interesan por su adelanto científico la incrementan con sus datos y beben siempre en sus fuentes.

Una clasificación de las enfermedades es un elemento imprescindible, para que la Demografía y la Estadística puedan tener valor

efectivo; pero ella, debe lógicamente seguir la marcha del adelanto científico, pues es la única forma en que puede utilizarse provechosamente, y en la cual los datos que suministre, sean claros, terminantes y sobre todo, de acuerdo con la verdad científica.

¿Cómo, pues, aceptar, en el estado actual de nuestros conocímientos, ese complejo inordenado, titulado clasificación Bertillón, en la que se entremezclan lesiones tan de semejantes, de orígenes etiológicos tan diversos, de localizaciones anatómicas tan variadas? ¿Cómo aceptar, que porque se denomina á una agrupación impropiamente «Enfermedades Generales» en ella se muevan pesadamente, como verdaderas abúlicas ó atacadas de la obseción de la duda, la Difteria con el Alcoholismo agudo; la Leucemia con el Mal de Pott; la Lepra con el Bocio exoftálmico; la Diabetes con la Pústula Maligna.

Como permitir, el que se establezca una agrupación que se titule «Enfermedades del Sistema Nervioso y Organo de los Sentidos» y solo se hable del ojo y del oído? Que ha sido del olfato; qué del gusto; qué del tacto.

Es el resultado del desconocimiento anatómico, que conduce á las malas denominaciónes; cuando llegó el momento de ocuparse de ello, la Anatomía se puso delante impidiendo que se le fragmentaran sus aparatos y ante imposición tan perentoria, no quedó otro recurso que reunir á los más dóciles, á los que estaban solos.

Que depreciación han sufrido las enfermedades de la Piel, para que no tengan denominación el Forunculo, el Antrax, el Flegmón, y otras, por las cuales generaciones médicas han luchado para estudiarlas y clasificarlas, y solo sean despectivamente, Otras, como lo dice el 145 del grupo VIII.

Dejando de lado las simples apreciaciones, hagamos un recorrido á travez de la clasificación, efectuando su crítica Anatomo Etiológica Patogénica, primero; considerándola después en la constitución intima de sus grandes grupos, para terminar por el análisis de algunos casos prácticos en los cuales se refleja intensamente su inutilidad en la época actual.

Anatómicamente. Si en una clasificación se dice enfermedades de tal ó cual aparato, es natural suponer, que solo se consideran las que afectan á un órgano ú órganos del mismo, ó dicho aparato en totalidad.

Pues bien; ¿cuál es el efecto que produce, cuando se dice que el Cuerpo Tiroides es un órgano que forma parte del aparato respiratorio, como lo indica el 89 del Bertillón? ¿Cuál si muestran el bazo, órgano hematopoyetico tomando ingerencia en el aparato digestivo, como miembro activo de él? 115 del Bertillón.

Los trastornos de orden mecánico, directos sobre la tráquea ó aún sobre la laringe, que ocasionan fenómenos de asfixia y aún la muerte, ó indirectos por intermedio de los recurrentes ó neumogástricos, no autorizan para considerar al cuerpo tiroides como órgano de la respiración, ni aún anexo; pues lo mismos motivos que pretendieran invocarse, serían también razones aplicables al aparato circulatorio, cuando vemos la Taquicardia del Basedowiano acompañar á la hipertrofia de la glándula; el mismo derecho tiene para

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

considerarla como constituyente del sistema nervioso, cuando vemos presentarse los trastornos intelectuales del mixedematoso, con la atrofia del órgano.

Puede invocarse como razón de peso, que porque el bazo se hipertrofia en ciertas cirrosis hepáticas, sea un órgano que tenga carta de ciudadanía en la república digestiva?; los mismos derechos tiene para cambiar de nacionalidad y tomar la del aparato circulatorio, puesto que también interviene en ciertas leucemias y leucocitemias, con trastornos marcados del tejido sanguineo.

Es al lado del sistema linfoganglionar y de la médula osea, en donde, hoy por hoy, debe situarse.

Etiologica y Patogéneticamente hablando la crítica enume - va sería interminable y solo voy á mostrar algunos casos.

El Carbón, la Rabia y el Tétanos, tres procesos toxomicrobianos, cuyo origen, ó mejor dicho. cuya puerta de entrada es una solución de continuidad del tegumento externo ó de las mucosas, accidental ó favorecido por algún proceso patológico (Tétanos y Tifoidea, por penetración del bacilo á travez de las placas de Peyer ulceradas) son según Bertillón, el Carbón y la Rabia enfermedades generales y el Tétanos enfermedad del Sistema Nervioso.

¿Cuál es el origen de esta separación? Si por enfermedades generales se sobrentiende aquellas que perturban el estado general de un individuo, tan enfermedad general es el Carbón, como el Tétanos, y aquí no hablo de enfermedades generalizadas que es cosa enteramente diferente.

Si porque la toxina tetánica, tiene acción electiva sobre los centros nerviosos, se invoca esto como razón para colocarla en el grupo correspondiente á este aparato, la Rabia con mayor razón debía ocupar el mismo grupo, pues, los trastornos que se presentan son de orden psicopático y nervioso.

No puede existir, como única razón para cometer este crimen etiológico, síno, haber tenido en consideración al estudiar el Tétanos, la naturaleza de sus manifestaciones objetivas, habiendo descuidano llegar al conocimiento de su verdadera causa original.

La condición de epidemicidad ó contagiosidad, es de gran importancia para la Demografía en sus relaciones con la Profilaxis y la Higiene y bajo este punto de vista, es lo racional que las enfermedades infectocontagiosas, epidémicas y eruptivas, se encuentren agrupadas, tanto más que todas ellas son generalizadas y seguramente microbianas ó parasitarias.

Pues bien, vemos el caso de la Meningitis cerebroespinal epidémica, enfermedad infectocontagiosa, epidémica, de gérmen específico, por el simple hecho de radicar su acción en las meninges, ser considerada en el grupo de enfermedades del sistema nervioso, cuando en este caso la razón etiológica y patogénica, al lado de los caracteres y propiedades microbiológicas, obligan á situarla al lado de la Lepra, Viruela, Tifus, Difteria, etc.

Las otras meningitis, agudas ó crónicas (paqui ó leptomeningitis) aún cuando todas de origen microbiano ó tóxico, carecen del

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Hemeroteca del Área de Ciencias de la Salud

carácter contagioso y epidémico, que prima profilácticamente hablando.

Entremos ahora en el terreno de las confusiones lamentables. El término *Eclampsia*, (hacer explosión) se aplicaba antiguamente para la designación de las convulsiones tónicas y clónicas en la mujer puérpera, con abolicion del conocimiento y precidido el fenómeno de la albuminuria. Es en virtud de este concepto anticuado de la Eclampsia, que vemos en el Bertillón, signado con el número 135, el título «Albuminuria y eclampsia puerperales».

En la época actual, aún cuando se conserva por el uso el término Eclampsia, el no es ya sinónimo de convulsiones, sino que tiene un significado mas lato, abarca toda la serie de manifestaciones cutáneas, digestivas, nerviosas, renales, etc., cuyo origen claramente localizado en el hígado, y en las que las convulsiones y la albuminuria son simples epifenómenos, de una intoxicación profunda, que ha merecido de Pinard la denominación justa de «Hepatotoxemia gravida» y para las cuales el férreo poder de la costumbre, puede mantener el antiguo lema Eclampsia, que por esta razón consigno en mi clasificación, pero con toda la latitud que debe dársele.

Como consecuencia natural del adelanto de nuestros conocimientos sobre este punto, la designación del Bertillón es defectuosa, pues la albuminuria es un epifenómeno de la intoxicación y existe al mismo título que en otras toxemias y no es ni la manifestación única ni la necesaria para que exista la eclampsia. Si se refiere, en todo caso á albuminurias, banales ó por fatiga que preceden ó acompañan al parto no sería lógico asociarla bajo la misma cifra que la eclampsia.

Sobre esta punto, el error de que me ocupo, podría considerarse como *pecata minuta*; lo grave está, en que, en el grupo de Enfermedades del Sistema Nervioso enumera también la Eclampsia, (70) con el título (no puerperal) y aquí indudablemente se refiere á las convulsiones, pues confieso, que no conozco enfermedad que se denomine Eclampsia, radicada á este sistema.

Si de las convulsiones se trata, ellas son síntomas ligados á un sin número de enfermedades de diversos aparatos, que se presentan como consecuencia de trastornos tóxicos, como acompañantes de algunas neurosis, y psiconeurosis y carecen de derecho para ascender á la categoría de enfermedad definida.

Si por Eclampsia, pretende referirse á lo que se titula crisis nerviosas, ellas presentan manifestaciones variadas, no exclusivamente convulsiones. vómitos, visceralgias, etc.. y sus orígenes son tan variados como los de las convulsiones.

A las convulsiones esenciales de la primera infancia no se refiere, porque las cita en el número inmediato

Veamos otro caso revelador de un profundo desconocimiento de la Patogenia.

La Icteria grave enfermedad cuyo punto de partida se encuentra en el aparato digestivo, está situada en la clasificación en este aparato, aún cuando ateniéndonos al concepto que guía al Berti-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. DECANA DE AMÉRICA

llón y por sus fenómenos tifoides y hemorragiparos, bien podría haberla considerado en el de Enfermedades Generales.

Mas á la vez encontramos una forma de enteritis, que no es entidad nosológica, y que solo la costumbre dá hasta hoy denominación especial, el Cólera nostras, signado con el N.º 13, en el grupo de Enfermedades Generales.

Las enteritis, cualquiera que sean sus formas, tienen los mismos derechos que la Icteria grave, para no ser separadas del aparato digestivo.

Cabe mayor error respecto al concepto Patogénico de las enfermedades? no lo creo.

Pasemos del caso de formas de una enfermedad, consideradas como enfermedades independientes y veamos el caso de error de concepto, por carencia de conocimientos científicos y el de confusión de síntomas con enfermedades.

El caso primero se encuentra representado por la Escrófula (35 de Bertillón).

Antiguamente designábase con este título á las adenitis cervicales, y aún ya en aquella época, se mencionaba la Escrofulosis, como un estado constitucional,

Brissaud señaló, caracteres especiales, objetivos, propios de dicho estado; en la actualidad este estado obedece á causas diversas, herencia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, toxiinfecciones gastrointestinales de la primera infancia y estas causas originan trastornos diversos, adenitis, amigdalitis. otitis, lesiones de la piel, etc., cuyas denominaciones son perfectamente elocuentes.

La Escrófula no es pues entidad mórbida, es un estado constitucional, preparador ó predisponente á cierto género de lesiones, como lo es el Artritismo, que en el concepto de Bertillón, no veo porque no lo ha considerado, apesar de ser 100 veces de más importancia que el anterior.

Hasta aquí someramente señalado un error de concepto.

Veamos la confusión de un síntoma; dice el Bertillón (Diarrea y Enteritis) 105 y 106. El síntoma y la enfermedad marchando del brazo, con menosprecio de los otros síntomas, sin tener en consideración las buenas relaciones que siempre han guardado entre sí.

¿Qué dirán el vómito, qué los eritemas y las convulsiones, qué la serie de trastornos que acompañan á las enteritis ó las continuan, cuando lleguen á vislumbrar, la desconsideración y el poco aprecio que se les tiene?

Además. ¿Es la diarrea un síntoma propio y exclusivo de las enteritis puras? ¿No la vemos, también, en la fiebre tifoidea, en las disenterias microbianas ó parasitarias, en las afecciones hepáticas, en las del corazón, en la grippe, viruela, gota, diabetis, bocio exoftálmico y tabes, en las psicosis.

No hay derecho para colocar, la diarrea a un nivel superior al que realmente tiene, ni para elevarla de categoría colocandola al lado de una enfermedad, uno de cuyos elementos forma; lo contrario es suponernos sumergidos en una ignorancia supina.

Para concluir con las enfermedades mal definidas señalaré un término que en la actualidad solo tiene significación grafica, en el

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Digitalizado por el Perú-Biblioteca de América

vulgo. Hidropesía (N.º 177). Qué ha pretendido decir el Bertillón con este término? ¿Ascitis ó Edema?

Si se refiere a la Ascitis, además de su denominación de todos conocida, su origen, mecanico peritoneal ó discrasico, no admite dudas y no existe profesional que en presencia de una colección de líquido ceroso ó quiloso en la cavidad peritoneal se atreva a suscribir un certificado en el N.º 177 pues le causaría bochorno el hacerlo.

Si de edema se trata, anasarca en su designación general, es un mero síntoma, y no pasa de esta categoría. ni aún en el Angioneurótico (de Quincke) ó en el Trofoedema de Meige.

Es pues una palabra despojada de sentido científico que no debe figurar cn una clasificación.

Hasta este momento, solo nos hemos ocupado de los grandes errores de la clasificación de Bertillón, en lo que ella presenta.

Pero al lado de lo que ofrece, malo y bueno, no llega a vislumbrarse por donde se encontraran un sin número de enfermedades que tienen importancia para el investigador científico, para el Higienista, para el Demógrafo.

Qué se han hecho, el Dengue y la Fiebre urleana? en dónde se encuentran la Melitococia? Qué ha sido de la Enfermedad del sueño; de las Filariasis; Leishmaniasis; Escabiosis; Triquinosis, etc. Carecen de importancia, los parasitos vegetales, para que no se tomen en consideración. la Actinomicosis y Micosis, las tiñas, las Sacaromicosis, etc.

¿Carecen acaso de importancia las múltiples enfermedades de la piel?

No tiene interés científico conocer detalladamente el número de casos de muerte por intoxicaciones, y saber el porcentaje que corresponde a causas criminales, accidentales, profesionales, terapéuticas ó voluntarias?

Pues bien por más que se las busque, sin descanso en el Bertillón, ó en su cuadro de desarrollo no se les encontrará.

Vamos á referirnos á algunos casos prácticos, de aquellos que se presentan á cada instante, cuando se trata de hacer Estadística Demográfica, urbana ú hospitalaria y otros en los cuales el investigador científico necesita de los datos que debe suministrarle esta misma estadística para sus trabajos.

1*er. caso.*—Se trata de saber la mortalidad urbana y hospitalaria por Beri-Beri ó fiebre de Malta; el encargado de proporcionar los datos tiene que confesar ingenuamente, que no les tiene y en realidad nunca llegarán á sus manos pues el Bertillon no les consigna; á fuerza la invocación, que sacrílego sería, si se pretendiera sostener que para la Higiene carecen de importancia.

Es este el caso de la falta del dato necesitado.

2.º *caso.*—Se desea conocer la mortalidad por la Anquilostomiasis o por Disentería amibiana, por ejemplo.

Encontramos en los registros—Año 1914 30 inscripciones con el N.º 14 (Disenteria)—100 inscripciones con el N.º 107 (Parásitos intestinales).

Habríamos llegado a saber cuantas disenterias amibianas habían ocasionado la muerte?—No es posible.

Quiero ser benévolo con el Bertillón y suponer que en sus cuadros de desarrollo existe, cosa que no es así. Qué sucedería en este caso? Cada certificado de defunción sería motivo suficiente, para que se constituyera donde el Médico firmante y le hiciera las siguientes preguntas: La Disentería que Ud. ha signado, era microbiana ó parasitaria? ¿El parasito intestinal productor de ella cual ha sido? La Entameba histolítica, el Balantidium colí, la Bilarzia hematobia ó la Anguilula?

Por otra parte, habran casos de disentería parasitaria signados 14 y otros 107 desde que la misma clasificación se presta a cometer este error.

Como se comprende este sistema es perfectamente absurdo, como absurdo sería negarle importancia a la posesión de estos datos.

He aquí el caso de la existencia de un dato en el Bertillón, que suministra un conocimiento demografico ó científico, *insuficiente* y *sujeto al error de cada instante.*

3er. caso.—Se establece entre nosotros la industria de conservas alimenticias y el Ministerio del ramo al tener noticia de presentarse hece algún tiempo casos de intoxicación y muerte (Botulismo) pide a la Dirección de Salubridad, elabore un Reglamento sanitario sobre esta Industria y lo acompañe con el número de casos presentados ó la mortalidad.

Al jefe de la oficina se le pregunta para la obtencion del dadato; el Bertillon en mano procura encontrar en un número que pesa sobre él como masa granítica, luchando para sacar algo de ese 175 mas indescifrable que la Esfinge y agotado tiene que responder tristemente, no se!

Es este un caso semejante al anterior, aún cuando medicamente hablando podríamos llamarlo, sobre agudo.

4.º *caso*—Al Jefe de la Seccion Estadística de un hospital, se le ordena dar el número de hospitalizados y un porcentaje por enfermedades y lesiones durante un año. El médico que revise un cuadro de estos, se dará cuenta inmediata, de la no presencia de de muchas lesiones y enfermedades caso 1.º y de la denominación dudosa de otras muchas, casos 2.º y 3.º

5.º *caso*—Un Médico ó Estudiante practica investigaciones científicas sobre la Peste (15 del Bertillón) y necesita como dato indispensable, conocer entre los casos presentados, el porcentaje de las diversas formas: Bubónica, Neumónica, Septicemica, Gastrointestinal; recurre á las Estadísticas hospitalarias y á los datos Demográficos, como es natural, y tropieza. con un bendito N.º 15 verdadero sordomudo educado, con quien es imposible entenderse.

Otro estudia los quistes hidátidicos y busca la proporción de casos en los diferentes órganos; el Bertillón con su número 111, le sostiene que solo hay hidatides en el hígado y que las del abdómen, bazo, cerebro, etc., son los cuentos de las mil y una noches.

He aquí el grave caso, en el cual, nuestros investigadores, tienen que transformarse en detectives científicos, estando siempre a la pes-

ca de casos que apuntar y molestando á todo el mundo para que le proporcione datos, que debía encontrar sin molestarse, ni molestar, si hiciéramos uso de una buena clasificación.

Ante este cuadro desconsolador, podrá existir oficina Demográfica, que empleando esta clasificación, pueda facilitar datos exactos al higienista ó proporcionar al hombre de ciencia los elementos indispensables para lograr el apoyo numérico de sus trabajos?

No se me diga, que la Tuberculosis y el Paludismo son los únicos problemas higiénicos por resolver. No se sostenga que solo la mortalidad ó natalidad es lo único interesante para la Demografía, pues para la primera sobre todo hemos señalado casos, manifestado insuficiencias y mostrado errores.

En que situación se pone al Jefe de una Oficina de Estadística y Demografía si se le pregunta cuantos casos de Intoxicación por el Oxido de Carbón, se han presentado, cuando solo cuenta con un número sin sentido científico 174 y siempre 174 (Absorción de gases deletéreos).

Basta: causa horror, el pensar que se nos obsequie con este crimen científico, en nuestros hospitales; con el cuál se hace Estadística Demográfica; con el que marchan Oficinas cuya importancia es indiscutible, y en las cuales el mérito es solo de quienes las dirigen por buen camino sin contar con el apoyo fundamental, una verdadera clasificación.

Probable se me tilde de apasionado, quizá esté en el error; pero el voto obtenido en el Congreso Médico Pan Americano de Lima logrando el que se incluyera como tema para la próxima reunión, el estudio de una nueva clasificación, conforme al trabajo que presenté, me hace creer que muchos nacionales y extranjeros siguen el mismo camino equivocado, que sigo yo, ó que todos están convencidos de los peligros é inutilidad de la clasificación de Bertillón.

Pero, no crean, en lo absoluto, que el apasionamiento por la propia obra; el deseo de que ella sea aceptada ó aún más, la vana idea de que sea inmejorable, son los móviles que pueden guiar esta crítica, yo me he despojado de la idea de autor, me he convertido en su verdadero disector anatómico é investigador de anomalías, he seccionads fríamente mi clasificación mucho tiempo después de agotados los entusiasmos del momento y presento mi pieza anatómica, la disección de mi propia obra: me transformo en el asesino de 8 años de labor y tomando como único lema el que *Veritas suprema lex* doy comienzo á la enumeración de sus defectos y hago la lista de sus errores que habrían encontrado los que la conozcan. (1)

1.º *Errores etiológico-patogénicos.*—El primero que cito, imperdonable y sin disculpa, es colocar la Diarrea de Cochinchina entre las enfermedades contagiosas, grupo A, debiendo estar entre las producidas por parásitos animales (Anguilula estercoralis, por ejemplo).

---

(1) Ricardo P. Sauri.—Ensayo de clasificación de las enfermedades.—*Actas y Trabajos del 6º Congreso Médico Pan—Americano*—Lima, 1913.

El segundo error es el siguiente: entre las enfermedades y lesiones de la piel, está señalada la Uta.

Los numerosos trabajos de Veles, Escomel, Gastiaburú, Rebagliati y los de Monge sobre ella y sobre las Leishmaniasis en general en el Perú, prueban, y sobre esto no existe discusión, que la Uta es una enfermedad parasitaria; (Leishmania tropica peruviana, variedad peruviana ú otra) el hecho es innegable.

La Uta debe pues figurar en el grupo B. Enfermedades producidas por parásitos animales, grupo en el cual vemos las siguientes:

Kala Azar.

Leishmaniasis esplénica infantil.

Espundia.

Botón de Oriente.

Estas enfermedades debian tener una sola fórmula titulada Leishmaniasis y como agregado, letras minúsculas para la designación de cada variedad.

Volviendo á la Uta, para la cual existe el error etiológico, en la época en que terminé y presenté mi clasificación, Mayo de 1913, todavía estaba en discusión su verdadera etiología que quedaba aclarada un mes después. Es este un error involuntario, que no tuvo lugar en la Espundia, pues Escomel señaló su origen, antes de que se aclarara el de la Uta.

2.º Otro grupo de errores, y numeroso, es el relativo al lugar de colocación de las numerosas distrofias de todos conocidas. ¿Qué papel desempeña el sistema nervioso, en el Gigantismo, Infantilismo, Nanismo, Gerodermia genitodistrofica, etc.? ¿Qué intervención dar á las glándulas de secreción interna? Hasta hoy se discute y lucha por la primacía de uno ú otras; las distintas opiniones son tan numerosas para un grupo como para el otro. ¿Qué camino podía seguir al hacer la clasificación de ellas? El único, para mí, aceptable, desde que era necesario incluirlas en una agrupación, era adoptar el temperamento de la mayoría y es este el que he seguido. Opiniones autorizadas pueden señalarles la agrupación de que deben formar parte.

Si esto es una falta, es totalmente involuntaria.

3.º Errores de denominación se encontrarán á cada paso y entre ellos las enfermedades con nombres propios, que creo los más dificiles de desterrar, por más que todos comprendemos la necesidad de una reforma radical en la terminologia Médica, para que esté más en armonía con los conocimientos actuales.

Y ya que de tales enfermedades se trata, debo decir dos palabras sobre la Enfermedad de Carrión. No menciono en mi clasificación la Verruga, porque soy tan Unicista como el que mas. Miré asombrado y con horror que el dualismo volviera á presentarse con el Prof. Strong; pues al lado de las pruebas científicas innegables, puestas de manifiesto por los trabajos de los doctores Arce, Rebagliati, Monge, Carvallo, etc., y de las sabias doctrinas de cátedra sustentadas por nuestro querido maestro el Dr. Odriozola, se levanta la figura del hombre, que sostuvo, hechándose en brazos de la muerte, el principio de la unidad.

El último grupo de errores, es el debido á la insuficiencia de conocimientos y este es inherente á mi mismo.

Estos errores, que es casi seguro se encontrarán á cada paso en la clasificación, solo se han hecho perceptibles á mí, en el grupo de enfermedades del sistema nervioso, que en la época actual, con las nuevas orientaciones y vinculaciones de la Ciencia Médica con otras ciencias abstractas, en lo que al psiquísmo se refiere, hace necesario poseer conocimientos sólidos de Psicología individual y colectiva, ser un verdadero filósofo, para lo cual no es bastante la buena voluntad, siendo indispensable, poseer al lado de las características del médico una capacidad intelectual apropiada, una contracción sin límites y un desarrollo especializado hacia esta clase de estudios; aquello que, vulgarmente se llama, vocación ó tendencia innata.

Confieso lealmente, que en esta materia mis conocimientos son muy restringidos y que no me sentiría capaz de realizar el esfuerzo, por estar convencido del fracaso.

Me limito á pedir auxilio para él, esperando la ayuda del competente, de buena voluntad.

Por último, y para terminar, no quiero hacer comparación científica entre una y otra clasificación. Solo hago uso, de un sistema vulgar, pero el único que puedo emplear, por carecer de derecho á la emisión de fallos.

El Bertillón es un volumen frágil con 179 inscripciones que muy poco pueden emplearse.

Mi sistema de fórmulas patológicas permite registrar detalladamente 4000 enfermedades y lesiones y si á esto se agregan formas y variedades y el grupo auxiliar de tumores, aplicado al desarrollo de las formulas, se llega á 5000.

Sistema especial el mío, en verdad; pero el poder de los números es innegable.

Sobre el tapete, para todas las actividades, este nuevo campo de accion científica y al lado de él, trabajar porque se destierre de la terminología médica, todo lo que carezca de sentido científico, todo lo que el uso o la costumbre han hecho ley.

ASOCIACION DE INTERNOS DE LOS HOSPITALES

Sesion celebrada el 18 de noviembre de 1916

Presidencia del señor Manuel O. Cruzado

UN CASO DE TUBERCULOSIS CONGENITA DE LA ARTICULACION ESCAPULOHUMERAL.—El señor *Alfredo Parodi* expone el siguiente caso: La enfermita R. V. P. de 40 días de nacida, hija de padres aparentemente sanos, ingresa por una tumoración de la articulación del hombro izquierdo que presenta desde su nacimiento.

Refiere la madre que estando en el 6.º mes de la gestación sufrió una grave contusión en el abdómen que le ocasionó fiebre y pérdída de la sensibilidad de la pierna derecha, que, sin embargo el hecho no tuvo mayores consecuencias, pues alcanzó el embarazo su término, ya que la enfermita nació á los 9 meses de éste.

Los antecedentes hereditarios y personales de la madre no ofrecen particularidad digna de mención, salvo sarampión y amigdalitis frecuentes. Sin embargo, refiere una congestión pulmonar que quita toda la bondad á los antecedentes personales.

El padre de la enferma señala una hemoptisis traumática hacen 6 años, y repetidos catarros. Es un tanto áfono.

La enfermita, al día siguiente de nacida, presentó fiebre elevada que obligó á la madre á buscar asistencia médica, hasta que la trajo Hospital «Santa Ana» por indicación del Dr. C. J. Carvallo.

El examen de la tumuración hizo pensar en una neoplasia ó en un absceso frio, inclinándose la opinión sobre la segunda posibilidad y en este sentido se le hizo una punción que evacuó 150 c. c. de pus característico y permitió inyectar 3 cc. de la solución n.º 2 de Calot; dos días después se repitió la punción, extrayéndose 200 c.c. una tercera punción practicada á los dos días siguientes, dió 100 c. c. de pus y permitió la inyección de 2, 5 c. c. de lamisma solución de Calot, la cuarta y última punción realizada al gunos días después, y evacuó 3 c. c. de pus y facilitó la inyección de 2 c. c de la solución de Calot.

La enfermita ha mejorado en su estado general, no obstante que en el trascurso de este tratamiento presentó los síntomas de la enteritis. La exploración ha permitido comprobar que hay lesiones osteoarticulares.

La presentación de este caso dió oportunidad á una animada discusión sobre la probable génesis de esta lesión y á exponer el estado actual de los estudios sobre la tuberculosis congénita.

REVISTA DE TESIS

LA AZOHEMIA EN EL CURSO DEL MAL DE BRIGHT. —Tesis que para optar el grado de bachiller presenta Max. Arias Schreiber.

Esta interesante tesis está dividida en los siguientes capítulos: *Historia.—Los cuatro grandes sindromes del mal de Bright.—La azohemia en el curso de las nefritis crónicas.—Estudio clínico de la Azohemia.—Evolución y pronóstico.—Tratamiento de la uremia.—Conclusiones.—Historias clínicas.*

Sus conclusiones son las siguientes:

1a.—La clasificación de las nefritis crónicas basada en la Fi-

siología Patológica es la más racional y debe, por lo tanto, reemplazar a la antigua clasificación Anatomo-Patológica.

2a.—En el Mal de Bright hay que considerar cuatro grandes sindromas funcionales: urinario, clorurémico, hipertensivo y uremigeno.

3a.—Estos sindromes pueden encontrarse aislados, al estado de pureza, deduciéndose del estudio de los brighticos monosindrómicos los síntomas dependientes de la alteración de tal ó cual función renal.

4a.—Con la evolución de la enfermedad los sindromes pierden su pureza, se asocian unos á otros, constituyéndose de este modo las formas mixtas, pero, en ellas, mediante el estudio analítico de los síntomas, podemos llegar á determinar lo que corresponde á cada sindrome funcional.

5a.—De todas las asociaciones la que más nos interesa conocer, á consecuencia de las reservas pronósticas que comporta, es la asociación del sindrome uremígeno. Por esta razón, en todo brightico, cualquiera que fuera el sindrome que presentare, debe explorarse sistemáticamente el modo como la excreción ureica se realiza.

6a.—El mejor procedimiento de exploración de la función excretoria ureica lo constituye el dosaje de la urea sanguínea.

7a.—Según la tasa de urea sanguínea se puede formular un pronóstico, por lo menos, aproximado sobre la duración de la enfermedad. Cuando la tasa de urea sanguínea llega á un gramo ó sobrepasa de esta cifra, la supervivencia es cuestión de un año; cifras de dos gramos ó que oscilan entre dos y tres gramos, implican una supervívencia de meses; y cifras superiores á tres gramos solo se hallan en los últimos periodos de la enfermedad. Su constatación nos debe hacer pensar en la muerte, á breve plazo, de los enfermos que la presentan.

8a.—La azoemia se revela por ciertos signos clínicos, cuyo conocimiento es de importancia trascendental, puesto que sirve para poner al médico sobre la pista, antes de hacer el dosaje de la urea sanguínea.

9á.—Casos hay, sin embargo, en los que la azohemia es insidiosa y traidora, no revelándose por síntoma alguno. En estos casos, el único medio que poseemos para despistarla lo constituye el dosaje de la urea sanguínea; y

10a.—Las azoemias permanentes de las nefritis crónicas, en el estado actual de nuestros conocimientos, son incurables, limitándose nuestros esfuerzos á una terapéutica de indicaciones

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

PRENSA MEDICA AMERICANA

(De nuestros canjes)

URUGUAY

Revista Médica del Uruguay (Noviembre, de 1916).

1) DOMINGO PRAT.—«Herida de munición de la región inguinocrural con herida de la vena femoral».—Las heridas vasculares por munición son raras. El A. relata un caso en el que disparo hirió en la región inguinocrural izquierda, pubis, vulva y muslo derecho, determinando una hematoma difuso, ocasionado por dos heridas de la vena femoral, que se suturaron. La enferma curó.

2) JUAN SERVETTI LARRAYA.—«Tratamiento de los cálculos biliares por el ácido timínico».—El autor ha empleado en doce casos de litiasis biliar el ácido timínico administrado á la dósis de 0gr. 75 á 1 gr. diario en obleas de 0gr. 25, tomadas 3 6 4 veces al día, prescribiendo dieta lactea por 8 6 10 días y luego un régimen alimenticio hipocolesterínico. Los resultados han sido satisfactorios, pues los enfermos mejoran ya que los dolores desaparecen, renace el apetito y aumenta el peso, además en las deposiciones existe abundante cantidad de arenillas. Conviene el autor en que el medicamento que señala, no va á eliminar el tratamiento quirúrgico «que en muchos casos es necesario hacerlo con premura, con urgencia».

3) CARLOS P. COLISTRO.—«Un caso de tromboflebitis puerperal».—Relato de un caso en el que la marcha fué larga más de 30 días y en el que se empleó: irrigaciones de suero trementinado, abcesos de fijación, filacogenos, líquido de Carrel, electrargol, etc. La enferma curó.

NOTICIAS

PREMIO DE 50.000 FRANCOS.—La Sociedad Nacional de Cirugía de Paris ha recibido, de un anónimo generoso, un donativo de 50.000 francos, que se destinará á recompensar al autor del aparato de prótesis que supla mejor la pérdida de la mano. Sólo pueden concurrir al certamen los constructores de las naciones aliadas y de las neutrales. Necesitarán presentar á la sociedad mutilados que utilicen los aparatos desde hace seis meses por lo menos.

El aparato premiado quedará de propiedad de su autor. El concurso se cerrará dos años después de terminada la guerra.

Los concursantes se dirigirán al secretario general de la Sociedad Nacional de Cirugía, rue de Seine. 12, Paris.

FACULTAD DE MEDICINA

Sesion celebrada el 20 de diciembre de 1916

Con asistencia de 24 catedráticos, el Decano abrió la sesión.

Prestaron el juramento de ley. para ejercer la profesión de médico y cirujano los señores Elías Carrillo, Luis Gomez de la Torre y Francisco Changanaquí E..

Se confirió el grado de bachiller al señor A. Mora Quimper, y de Doctor al médico y cirujano J. Teobaldo Cancino, quien presentó la tesis titulada «*La dieta en las enfermedades del estómago.*»

Se otorgaron los premios del año escolar de 1916.

BIBLIOGRAFIA

PREVENCION EUGENICA DE LA CRIMINALIDAD EN EL PERU, por Augusto C. Peñaloza.—Lima 1916.

El problema de la criminalidad en el Perú, ha sido encarado por el autor desde un punto de vista original y sugestivo, pues, apartándose de la manera como es tratado por la generalidad, intenta, penetrando á los raigambres donde se encuentra el gérmen, atacarlo antes de que produzca sus efectos.

En tres partes está dividida esta interesante Tesis. En la primera estudia,á veces de manera concisa, otras con lujo de detalles, las diversas escuelas criminalógicas, deteniéndose de manera especial en la escuela argentina, á la cabeza de la cual coloca «como heraldo y principal exponente á José Ingenieros, cuyo científico renombre que ha traspasado las lindes de su uberrima patria, evoca una serie de trabajos sobre diversos temas: desde la psicología y sus ciencias afines, hasta las creaciones poéticas y literarias mas exquisitas».

En la segunda analiza los factores biológicos de la delincuencia y pasa en revista así los problemas de la degeneración y la ciencia eugénica, que le dan oportunidad para vertir sus vastos conocimientos biológicos.

En la tercera expone los factores predisponentes del crimen sosteniendo «que el mal alojamiento, la deficiente alimentación, el trabajo excesivo, la sed de alcohol, como disfraz de la miseria y

sumidero de desgracias, el abandono de la niñez, la ignorancia, la ineducación etc,. producen, en determinadas circunstancias, la crisis violenta de la personalidad, en que, roto el equilibrio moral, el instinto brutal renace con toda su fuerza ancestral». Completa esta parte con algunas soluciones realizables, á fin de esterilizar todos estos factores.

Tal es brevemente expuesto el contenido del trabajo del Dr. Peñaloza, que recomendamos á los aficionados por estos estudios, y por el que lo felicitamos muy sinceramente.

GLANDULA PINEAL y PATOLOGIA INFANTIL, por el Dr. Carlos S. de la Terreros—Madrid 1916.

El papel que la glándula pineal desempeña en la infancia, puesto que es un órgano peculiar de esta edad, no está aún perfectamente dilucidado. El autor trata de agrupar los datos suministrados por los experimentadores y los pediatrias y de esta manera constituye el sindroma de hipofunción pineal caracterizado por crecimiento exagerado, desarrollo precoz de los órganos genitales externos, perturbaciones de orden mental y cierto grado de adiposis. El tratamiento específico en los pocos casos publicados, ha correspondido á las concepciones patogénicas. El autor relata los buenos resultados que ha obtenido en una observación personal, en la que después de haber utilizado glándula pineal de ternera en estado fresco, durante dos meses, pudo obtener notable mejoría en los síntomas mentales de un enfermito que ofrecía antes del tratamiento todo el aspecto de un imbécil.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS GERMENES PATOGENOS DEL AGUA por los Dres Juan Iturbe y Eudoro Gonzáles.—Caracas 1916.

Los autores han tratado de investigar la presencia de gérmenes de los grupos *coli* y *tuphosus* en el agua de Caracas, empleando las técnicas más modernas y de aceptación más generalizada. Como resultados de sus estudios han logrado aislar un microrganismo que por sus caracteres morfológicos, reacciones culturales y aglutinación corresponde al *bacillus faecalis alcaligenes.*

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