

mota, en el propósito por alcanzar. Sería de desearse:

1º Que la autoridad haga cesar definitivamente la immoderada tala de los bosques de México.

2º Fijese para cada especie vegetal el número de plantas nuevas que deban sembrarse por cada árbol que se utilice ó muera.

3º Prescribáse el modo de utilizar la explotación de los bosques y la manera y oportunidad de cortar las ramas y los ramos.

4º Señálense los medios generales de protección de las arboledas contra los agentes destructores.

5º Establézcanse estímulos adecuados para los que mejor conserven y hagan progresar los bosques.

6º Favorézcase, por cuantos medios sea posible, la producción y comercio del carbón de piedra y el petróleo.

7º Procúrese que la producción de energía eléctrica se haga de preferencia por fuerza hidráulica.

8º Organícese definitivamente la irrigación en la República.

9º Refórmese, científica y prácticamente, la enseñanza agrícola, ya en las escuelas especiales, ya por nociones elementales y prácticas en las escuelas primarias rurales.

10 Implántese y practíquese anualmente el día de árboles como fiesta de la Humanidad.

México, diciembre 31 de 1904.—*Manuel S. Soriano*.—*Luis E. Ruiz*, relator.

OBSTETRICIA

¿Cuál es la conducta que debe seguirse en la distocia por hidrocefalia?

La hidrocefalia congénita es un estado patológico caracterizado por el derrame de serosidad en el interior de la cavidad craneana, consecuencia de la producción exagerada de líquido céfalo-raquidiano.

Así comprendida, la hidrocefalia es en realidad la hidropesía de los ventrículos cerebrales; pero, como lo han demostrado las investigacio-

nes de Jaccoud y de Hallopeau, puede extenderse—el derrame seroso—al tejido intersticial del encéfalo, á las mallas de la pia-madre, á los espacios sub-aracnoideos, y aun colectarse entre la pia-madre y la dura madre, en la cavidad que circunscribe la primera de las envolturas cerebrales al reflejarse sobre la segunda.

Esta afección es en realidad bien rara, hecho que demuestran las estadísticas de los autores más caracterizados. Así, Mme. Lachapelle dice que sólo ha observado 15 casos en 43,553 parturientes, cifra que equivale á un hidrocefalo por 2,903 paridas; Lever asegura haber sólo encontrado un hidrocefalo en 4,666 parturientes; Merriman, 1 en 900; Mac-Donald, 1 en 3,000; Rucher, 1 en 4,000, cifras que me parecen en verdad muy bajas, pues en 4,023 partos que he observado en los últimos cinco años en la Casa de Maternidad, y en mi clientela particular, he visto cinco hidrocefalos, proporción que está en armonía en la del Champetier de Rives, 3 en 2,000, y con la cifra ya dada por Merriman.

Las causas asignadas á esta afección son enteramente hipotéticas, supuesto que, hasta estos momentos, algunas de las señaladas no han justificado su acción. En efecto, las que más se han denunciado como productoras, entre otras, el alcoholismo, el cretinismo, la sífilis, la consanguinidad, la edad avanzada, etc., de los progenitores, la inflamación crónica de la aracnoides y de la membrana interna de los ventrículos, no han recibido comprobación.

No hay autor de los que he consultado que no mencione la sífilis como principal causa; pero á mi juicio lo es menos de lo que se cree, pues desgraciadamente esta infección es frecuente y no hay relación con la rareza de la hidrocefalia, pero sí se debe admitir la frecuencia de la reincidencia, si se recuerda que Franck refiere el caso de una mujer que dió á luz siete niños hidrocefalos; que Underwood, Gelis, Castelli, Armstrong han hecho conocer ejemplos análogos, y que Bruchet cita la observación de una alcohólica que tuvo tres hijos hidrocefalos en tres alumbramientos sucesivos.

En cinco casos que he tenido oportunidad de observar en estos últimos años de mi vida profesional, en ninguno he encontrado sífilis, alcoholismo, cretinismo, consanguinidad, etc., y en dos las madres eran tuberculosas y sus ascen-

dientes habían muerto de tuberculosis. Una tuvo en el primer parto un niño hidrocéfalo, y la otra asegura que en cinco hijos que había dado á luz, del segundo y del cuarto había sido operada, y que de estos niños, uno fué extraído muerto y el otro sólo vivió dos días; que sus médicos, los Sres. Alcorta y Lugo Hidalgo, diagnosticaron hidropesía del cerebro, como causa de ambas defunciones. En el quinto alumbramiento el niño fué también hidrocéfalo y murió dos horas después de la expulsión.

Con anterioridad, durante mi residencia en San Luis Potosí, había extraído dos hidrocéfalos, y, como en mis mencionadas observaciones, tampoco encontré huellas de sífilis, alcoholismo ni edad avanzada en los progenitores, y en una la madre me aseguró que ella había tenido un hijo con la misma deformación de la cabeza, y que, como su nieto actual, sólo había vivido algunas horas.

No niego que, ya solas, ya combinadas las causas señaladas por los autores, tengan acción efectiva en casos particulares; lo que sí creo es que hasta la época actual es casi ignorada la etiología de esta afección. ¿Es debida á una meningitis ventricular? Puede hacerlo suponer el hecho que en la vida fetal la región ventricular y los ganglios opto-estriados tienen una actividad circulatoria y funcional preponderante con relación á los hemisferios cuyo desarrollo nervioso no es aún terminado.... ¿Se debe considerar ocasionada por la obstrucción del orificio de Magendie?...

Pero no es este el asunto que me propongo tratar; y si he mencionado las causas denunciadas como productoras, es para indicar la deficiencia de la terapéutica aconsejada para prevenirla, y para señalar la coincidencia que he encontrado entre la tuberculosis y la hidrocefalia, que si fuese comprobada, tendría gran importancia para una profilaxis racional.

Conocida la influencia que puede tener la sífilis, es evidente que nadie debe vacilar en aceptar la que debe ejercer un tratamiento antisifilítico enérgico. En el caso en que una mujer haya tenido un hidrocéfalo y se demuestre en ella, en el padre, ó, con mayor razón, en ambos, la existencia de la afección específica, se les debe someter á un tratamiento antisifilítico enérgico; y si en idéntico caso se demuestra la tuber-

culosis, un tratamiento higiénico y creosotado, á los progenitores afectados, quizá evite la reincidencia; mas, repito, la verdadera profilaxis queda por ahora bien limitada.

Aunque rara, en verdad, la hidrocefalia existe, y fácilmente se comprende que opone serio obstáculo á la expulsión y aun á la extracción del feto; obstáculo que está en relación con el volumen de la cabeza, en el caso de encontrarse normales los demás factores del parto, y es necesario precisar la conducta que el tocólogo debe seguir para salir airoso.

Simpson ha relatado á la Sociedad Obstétrica de Edimburgo la observación de una mujer que había tenido dos niños hidrocéfalos y que en su tercer embarazo provocó el parto prematuro en el último mes de gestación, y que el niño nació sano. Pero el ejemplo de Simpson no ha sido—y con sobrada razón—imitado, pues aunque la hidrocefalia sólo se revele al partero en un período avanzado de su evolución, es evidente que existe en germen después de algún tiempo, y la perspectiva de hacer nacer antes de su término á un niño, cuya vida es necesariamente comprometida por su enfermedad y con la debilidad propia á su expulsión prematura, no es ciertamente halagadora.

Si la afección ha sido reconocida durante el embarazo — y la Ciencia posee medios para hacer el diagnóstico—se debe determinar con la mayor exactitud posible la presentación del feto, el volumen de la cabeza y las dimensiones del canal pelvi-vagino-vulvar. Cuando el feto se presenta por alguno de los planos laterales, se debe convertir esta presentación viciosa en una longitudinal, llevando á la entrada de la pelvis alguno de los polos, de preferencia el pélvico, y procurar que esta nueva posición del feto se sostenga, lo que se consigue aplicando la cintura entógena del Profesor Pinard, ó en su falta un buen vendaje y compresas adecuadas.

Creo la presentación pélvica más favorable á la marcha regular del trabajo—en el supuesto que el tronco tenga la conformación normal—á la extracción definitiva del feto, así como á exponer menos el segmento inferior de la matriz á ser desgarrado, como lo expone la distensión exagerada que puede determinar la cabeza de dimensiones exageradas en la parte normalmente más delgada del órgano de la ges-

tación, que es el segmento inferior. Además, expulsado ó extraído el tronco, da éste un buen punto de presa para la extracción de la cabeza, sin dificultar la punción y extracción del líquido, si ésta se juzga necesaria. Pero si la cabeza se encuentra á la entrada de la pelvis, no debe intentarse alejarla para sustituirla por el polo pélvico, pues debido á su volumen, en el supuesto de ser éste muy grande, es muy difícil ó imposible desalojarla, y cuando la cantidad de serosidad sea moderada y la cabeza no muy grande, quizá con una aplicación de fórceps se consiga su extracción. Claro es que la presentación pélvica, que por cierto es la más frecuente, debe ser respetada.

Pero es excepcional que esta distocia fetal sea reconocida antes del parto, y en la mayoría de casos, durante el trabajo es cuando somos solicitados para resolver la cuestión, y á veces sólo después de haberse agotado la parturiente por inútiles y prolongados sufrimientos.

Entonces pueden presentarse los casos siguientes:

1° El feto se presenta por el vértice, está vivo, el volumen de la cabeza es moderado y desciende hasta iniciarse en el estrecho superior. En este supuesto, se debe intentar extraerlo con el fórceps cuando la dilatación del cuello de la matriz sea completa y se demuestre que las fuerzas expulsivas son insuficientes para verificar el parto.

2° El feto se presenta por el vértice, pero la cabeza muy voluminosa se encuentra colocada arriba del estrecho superior y desbordando el borde superior del pubis. En este caso no se debe vacilar en practicar la punción de la cavidad craneana, desde el momento en que el cuello está dilatado ó dilatado, pues á no dudarlo, el feto no es viable y está destinado á una muerte casi cierta. En efecto, el pronóstico de esta enfermedad congénita, según los autores más verídicos, es fatal cuando el derrame es muy abundante. Chassinat refiere que en veintiocho casos de hidrocefalia, veintiocho niños nacieron muertos; D'Ouvrier, 17 hidrocefalos, 17 nacidos muertos; Hergot, 20, con 20 defunciones fetales. Después de escurrido el líquido, la cabeza se reduce y puede descender á la excavación, completar la dilatación del cuello de la matriz y el parto terminarse espontáneamente; pero lo

más frecuente es que, debido á las contracciones sostenidas é ineficaces, el útero esté ó se ponga inerte. Se debe entonces terminar la dilatación con el dilatador Tarnier, con el de Rossi, con el globo de Champetier, ó con la mano, método al que doy la preferencia; y si el feto está móvil dentro de la cavidad uterina, extraerlo por la versión podálica; en el caso contrario, tomar la cabeza con el basiotribo Tarnier, para terminar el parto.

3° El feto se presenta por la pelvis; la extracción del tronco, es decir de los miembros inferiores, del tórax y de los miembros superiores, se efectúa generalmente por los esfuerzos naturales, si estas regiones están bien conformadas, y las verdaderas dificultades se presentan para la expulsión de la cabeza. Si en estos momentos se emplean violentas tracciones, es fácil desgarrar la matriz. Así es que, bien demostrado que la hidrocefalia es la causa de la retención de la cabeza, se debe puncionar ésta por alguna de las cavidades orbitarias, por la apófisis mastoidea, detrás del pabellón de la oreja, ó, lo que es preferible, por la bóveda palatina. También se ha aconsejado practicar la sección del cuello, que al abrir el canal vertebral permite la salida del líquido céfalo-raquídeo y la reducción del volumen de la cabeza, la que puede ser extraída después con un gancho, ó aun con la mano. Más sencillo me parece recurrir al procedimiento de Van Huevel, que consiste en abrir el canal vertebral, en la parte media de la región dorsal, y por esta vía hacer penetrar una sonda hasta la cavidad craneana. El Prof. Tarnier se declara partidario de este método.

4° El feto hidrocefalo se presenta por alguno de los planos laterales, el líquido amniótico ha salido y el volumen de la cabeza hace difícil ó peligrosa la versión por maniobras internas; en este supuesto, lo más sencillo es practicar la embriotomía por el procedimiento nacional, es decir, recurrir al corte acromio-axilar del señor Prof. D. Aniceto Ortega.

En los casos que he asistido he normado mi conducta á esos preceptos. En dos, el derrame no era abundante; las dimensiones de la cabeza no estaban exageradas; en ambos se iniciaron al estrecho superior, y con aplicación alta de fórceps logré la extracción de los fetos. Los niños estaban vivos, no sufrieron traumatismo de im-

portancia, pero sólo sobrevivieron, uno 5 y otro 11 horas. La otra era una mujer que fué llevada á la Maternidad muy agotada después de diez horas de trabajo y de haber sufrido en su casa laboriosa intervención, con la que sólo consiguieron sus médicos sacar los miembros inferiores y el dorso, dejando la cabeza dentro de la cavidad uterina, arriba del estrecho superior y suspendida á la vulva y vagina, muy maltratadas. La punción á través de la bóveda palatina dió salida á más de tres litros de serosidad, redujo las dimensiones de la cabeza y permitió su extracción por la maniobra de Moriceau. En cuatro, la presentación era pélvica, y con la craneotomía manual y la extracción se consiguió la desocupación de la matriz. En la última, el feto se presentaba por el vértice; ingresó la parturiente al Hospital de Maternidad el día 18 del mes próximo pasado, á las cinco de la tarde, y por creer esta observación de importancia, paso á relatarla, aunque con la mayor brevedad posible.

Se llama Carmen López, es viuda, natural y vecina de esta Capital, tiene 27 años, es de temperamento linfático-sanguíneo y de buena constitución. Empezó á menstruar á los 13 años y se casó á los 16. Ha disfrutado siempre de excelente salud y refiere haber tenido dos embarazos anteriores, uno hace diez años; que á término dió á luz una niña que vive, y que su parto y puerperio fueron fisiológicos; que cinco meses después se hizo embarazada por segunda vez, abortó á los tres meses, y señala como causa de esta interrupción del embarazo, el rudo trabajo á que se entregaba. Un mes después le volvió el período menstrual, y éste continuó apareciendo con toda regularidad cada mes, hasta el 16 de febrero del presente año. En este tercer embarazo había estado bien los seis primeros meses, pero en los tres últimos empezó por sentirse muy fatigada, le aparecieron edemas en los miembros inferiores, que se extendieron á las paredes del abdomen, y desde fines de octubre le alarmó el excesivo volumen del vientre y las grandes molestias que le ocasionaba, muy particularmente la dificultad para respirar y para andar. Estas incomodidades, que diariamente aumentaban, le hicieron temer una preñez gemelar, temor que le quitó la opinión del señor doctor D. Jesús Sánchez.

El día 16 de noviembre se declaró el trabajo de parto, y el 18, viendo que, no obstante enérgicos y frecuentes dolores, éste no avanzaba, consultó con el Dr. Sánchez, y poco después con este ilustrado profesor y con el entendido Dr. Cosío, quienes le aconsejaron se trasladara á la Casa de Maternidad, donde fué recibida ese mismo día á las siete de la noche y previa minuciosa desinfección, reconocida por los practicantes A. Martínez Garza y C. Alcocer, quienes diagnosticaron embarazo intrauterino, de término, en pleno trabajo (período de dilatación), de un solo feto, colocado longitudinalmente en presentación de vértice, posición anterior, cabeza muy alta y voluminosa, sin probabilidades de encajarse en la hilerá pélvica. No hallaron albúmina en la orina, el cuello tenía una dilatación de cuatro centímetros y no encontraron la placenta ocupando el segmento inferior ni nada extraño en la pelvis. Atribuyeron la falta de encajamiento de la cabeza, al exagerado y anormal tamaño que presentaba.

A las 8 de la noche examiné á la paciente y ratifiqué el diagnóstico formulado por mis discípulos, y además, por el tacto manual logré conocer que se trataba de un hidrocefalo muy desarrollado y que el cuello de la matriz estaba muy poco dilatado. Como el estado general de la mujer era bueno y el niño estaba vivo, me limité á recomendar que se le diera una poción con cloral y bromuro de sodio, y á que estuviera bien vigilada. Se calmaron sus dolores, al grado de permitirle dormir algunas horas, y á las diez de la mañana la volví á ver, esta vez acompañado del ilustrado profesor Dr. Cosío, y tuve la agradable noticia de que tanto este señor como el Dr. Sánchez habían diagnosticado la hidrocefalia; pero creyendo que, á pesar de la extracción de la serosidad que inundaba la cavidad craneana, la cabeza, por las dimensiones y grado de osificación que tenían los huesos del cráneo, no sería reducida á un grado que permitiera ser extraída por las vías genitales, juzgaban fuera practicada la sección cesárea antes de que el feto sucumbiera. Aunque en esos momentos el feto aun vivía, la convicción de no ser viable, dado el gran volumen de la cabeza debido á la cantidad de serosidad que encerraba, propuse á mi compañero el Sr. Prof. Cosío, esperar á que el cuello terminara la dilatación ó se hiciera suficientemen-

te dilatable para alcanzar la cabeza con el perforador, y reducida ésta con la evacuación del líquido, hacer la extracción del feto por la versión interna ó con el basiotribo, si la reducción no fuere suficiente. Aceptada mi proposición, citamos al Dr. Sánchez para las 4 de la tarde, recomendando á la segunda partera, que estaba de guardia ese día, se hiciera esmerada desinfección del canal genital, cada tres horas; con el mismo intervalo, se le diera una taza de leche con vino de Quina Laroche, y estuviera muy bien vigilada, para llamarme si alguna complicación se presentaba. A las cinco de la tarde, encontrando el cuello suficientemente dilatado y previa desinfección y anestesia, practicamos la perforación, que dió salida á más de tres litros de serosidad, y, como lo habíamos previsto, la cabeza se redujo; logré tomar los pies, y por la versión interna, ayudada por maniobras externas que hizo la partera segunda, Srita. Dolores Osorio, extraje un feto muy grande que presentaba las dimensiones siguientes:

Longitud	65	centímetros.
Diámetro occípito-frontal	19	—
Occípito-mentoniano	22½	—
Sub-occípito-frontal	15	—
Bi-parietal	17	—
Bi-temporal	16	—
Bi-acromial	15	—
Bi-trocantérico	13	—

Ni en él ni en la placenta se encontraron huellas de sífilis congénita.

El puerperio fué apirético; la matriz siguió su involución con entera regularidad fisiológica, y el 5 del presente mes salió de la Maternidad en estado enteramente satisfactorio.

En este caso, la craneotomía, seguida de la versión podálica, por maniobras combinadas internas y externas, ¿debe considerarse como el mejor tratamiento?... Así lo creo, y me apoyo en las consideraciones siguientes:

El gran volumen de la cabeza hacía enteramente imposible la expulsión ó extracción por las vías normales, y crear una vía artificial á un feto no viable, por la operación cesárea, haciendo correr á la madre los serios peligros inherentes á esta siempre peligrosa intervención, la creo un delito de lesa cirugía contemporánea.

La antisepsis y los perfeccionamientos en los procedimientos operatorios han disminuído los peligros de esta operación, pero no les han hecho desaparecer, y creo que su verdadera indicación es para los casos en que el niño está vivo, es viable y las dimensiones del canal genital, sea cual fuere la causa, no permiten su extracción, aun con el agrandamiento que proporciona la sinfisiotomía. En el caso actual, el feto no era viable, y el procedimiento empleado permitió el desembarazamiento sin peligro para la madre. Además, la reducción de la cabeza del feto después de la salida de la gran cantidad de serosidad que la inundaba, y el haber permanecido esta región ya disminuída de volumen arriba del estrecho superior, en momentos en que la matriz quedaba relajada, tanto por la exagerada distensión que había sufrido cuanto por el excesivo trabajo que había desplegado, hacían fácil la extracción por la versión podálica. Querier tomar sólidamente la cabeza del feto con el basiotribo, empleado como craneoclasta, ó con alguna pinza ó gancho, dada la altura en que se encontraba, además de difícil, exponía á traumatizar más seriamente el canal útero-vagino-vulvar, pues por grande que sea la habilidad de un operador, los instrumentos de que se sirve lastiman más que su mano; y aun en igualdad de condiciones, *lo más inofensivo y sencillo creo debe ser preferido á lo peligroso y complicado.*

México, noviembre 14 de 1904.

DR. A. LÓPEZ HERMOSA

HIGIENE PÚBLICA

De algunos accidentes causados por los tranvías eléctricos.

Puede calcularse que, por año, no bajan de 600 los casos de atropellamientos debidos á los tranvías eléctricos; de manera que actualmente ni la tuberculosis, ni el tifo, producen la mortalidad que es debida á la causa que indicamos; sin embargo, ya se han dictado algunas medidas, tanto por las autoridades como por la Empresa, para evitar en lo posible las desgracias, y creo que algo se ha conseguido.

No es mi ánimo ocuparme de los accidentes