2809

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONJUNTIVITIS

DE LOS RECIÉN NACIDOS

TESIS

Para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

PASCUAL L. OLIVERIO

Ex-practicante de la Asistencia Pública — Ex-practicante agregado á la
Clínica Oftalmológica del Hospital de Clínicas
Médico del Consultorio de Oftalmología del Patronato de la Infancia

BUENOS AIRES

4080 – Imp., Lit. y Enc. **MARIANO MORENO,** Corrientes, 829

1894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONJUNTIVITIS

DE LOS RECIÉN NACIDOS

TESIS

Para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

PASCUAL L. OLIVERIO

Ex-practicante de la Asistencia Pública — Ex-practicante agregado á la
Clínica Oftalmológica del Hospital de Clínicas
Médico del Consultorio de Oftalmología del Patronato de la Infancia

BUENOS AIRES

4089 - Imp., Lit. y Enc. **MARIANO MORENO,** Corrientes, 829

1894

Art. 162 del Reglamento de la Facultad. La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vicedecano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos Honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTÍN SPUCH.

Académicos Titulares

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan José Naon.*
Anatomia Topográfica.	"	*Mauricio González Catán*
Histologia teórico-práctica	"	*Andrés F. Llobet.*
Fisiologia General y Humana	"	*José M. Astigueta.*
Higiene Pública y Privada.	"	*Melitón González del Solar.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Roberto Wernicke.*
Materia Médica y Terapéutica.	"	*Justiniano Ledesma*
Patología Externa.	"	*Guillermo Udaondo.*
Patología Interna	"	*José Penna.*
Anatomia Patológica	"	*Telémaco Susini.*
Medicina Operatoria	"	*Adalberto Ramaugé.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	"	*Jacob de T. Pinto.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	"	*Manuel Blancas.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica.	"	*Pedro Lagleyze.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José M. Ramos Mejia.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva	"	*Domingo Cabred.*
Clínica Quirúrgica	Dres.	*Ignacio Pirovano.* / *Julián Aguilar.*
Clínica Médica.	Dres.	*Eufemio Uballes.* / *Gregorio N. Chaves.*
Obstetricia y clinica respectiva	Doctor	*Samuel A. Molina.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Eduardo M. Pérez.*
Química aplicada á la Medicina.	Dres.	*Pedro N. Arata.* / *Atanasio Quiroga.*
Física Médica.	Doctor	*Jaime R. Costa.*
Historia Natural Médica	"	*Eliseo Cantón*
Fisio-patologia experimental	"	*Juan B. Señorans.*
Enfermedades venéreas y dermatologia	"	*Baldomero Sommer.*
Laringologia, otologia y rinologia.	"	*Eduardo Obejero.*
Farmacia y Práctica farmacéutica	"	*Juan A. Boeri.*
Obstetricia para alumnas parteras	"	*Juan R. Fernández.*
Odontologia	"	*Nicasio Etchepareborda*

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomia Descriptiva.	Doctor	*Juan D. Piñero.*
Anatomia Topográfica.	Dres.	*Juvencio Z. Arce.* / *Avelino Gutiérrez.*
Histologia teórico-práctica.	Doctor	*Rodolfo de Gainza* (en ejer.)
Fisiologia General y Humana.		*Vacante.*
Higiene Pública y Privada	"	*Enrique Revilla.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Gregorio Araoz Alfaro.*
Materia Médica y Terapéutica.	Dres.	*Enrique E. del Arca.* / *Angel M. Centeno.*
Patologia Externa.	Dres.	*Obdulio Hernández.* / *Pascual Palma* (en ejer.)
Patologia Interna	Doctor	*Marcial V. Quiroga.*
Anatomia Patológica	"	*Carlos Malbrán.*
Medicina Operatoria.	"	*Diógenes Decoud.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	Dres.	*Enrique Bazterrica* (en ejer.) / *Alfredo Lagarde.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	Dres.	*Antonio F. Piñero.* / *Facundo Larguia.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	Dres.	*Francisco Barraza.* / *Teófilo A. Moret.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José A. Esteves.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva.		*Vacante*
Clínica Quirúrgica	Dres.	*Antonio C. Gandolfo.* / *Juan B. Justo.* / *Alejandro Castro* (en ejer.)
Clinica Médica.	Dres.	*Abel Ayerza* (en ejer.) / *Julio Méndez* / *Francisco Sicardi.*
Obstetricia y Clinica respectiva	Doctor	*Luis F. Vila.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Francisco de Veiga.*
Química aplicada á la Medicina	"	*José M. Irízar.*
Farmacia y Práctica Farmacéutica		*Vacante.*
Laringologia, otologia y rinologia		*Vacante.*
Enfermedades venéreas y dermatologia.	"	*M. Aberastury* (en ejer.)
Obstetricia para alumnas parteras.	"	*Enrique Pietranera.*
dontolo gia		*Vacante.*

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. Pedro Lagleyze

A mis padres

A los que me aprecien

A la memoria de mi malogrado amigo y
compañero de estudios

J. Vicente Silva

Patogenia

Antes de ocuparnos del estudio inmediato de las diversas causas que pueden ser consideradas como factores incriminables de las conjuntivitis de los recién nacidos, séanos permitido exponer, que reina aún en lo que se refiere á este punto bastante obscuridad, causada exclusivamente por pretender todos los autores encerrar en una sola clasificación (*Conjuntivitis purulenta de los recién nacidos, Blenorrea neonatorum, Blepharitis puriformis neonatorum, etc.*) varias afecciones que sólo tienen de común el terreno donde se desarrollan, es decir, el niño. En efecto, se verá pronto cómo y con qué elementos llegamos de la manera más racional, á dividir esa unidad de los autores, en tres afecciones, á saber:

1º. Catarro conjuntival.

2º. Conjuntivitis purulenta simple.

3º. Conjuntivitis purulenta específica.

Esta división, no indicada en los autores clásicos, se impone, no solamente por la patogenia misma

de la afección, sino también por los caracteres clínicos diversos en una y otra forma, diferencias que se extienden al pronóstico y al tratamiento, volviéndose á encontrar unidas en lo que se refiere á las medidas profilácticas.

Á la fecha, debido á los considerables adelantos de la microbiología, hoy que es de todo punto inadmisible la producción de un estado inflamatorio por la simple acción de los elementos exteriores, tales como el aire, la luz, etc., tenemos que buscar en otra parte, y negar de paso la relación de causa á efecto entre los cuerpos extraños, vengan de donde vengan, introducidos dentro de los párpados del niño, á menos que no sean éstos portadores de gérmenes de infección, único caso en los que podrían ser acusados por su rol de intermediarios.

Para que se produzca un estado inflamatorio de las conjuntivas del niño, es preciso que exista el agente infeccioso, sea específico ó no. Éste proviene, en la generalidad de los casos, de la madre, y veremos más tarde como puede ser adquirido por aquél.

En efecto, siempre es posible establecer la relación patogénica entre el flujo vaginal purulento simple ó el blenorrágico de la madre por una parte, y la

conjuntivitis purulenta simple ó blenorrágica del niño por la otra.

El aire confinado, viciado, las sustancias irritantes varias, la introducción de cuerpos extraños, células epidérmicas desprendidas, etc., etc., pueden dar lugar y entretener un catarro conjuntival, pero jamás podrán producir ninguna de las otras dos formas que estudiamos. Á este respecto debe tenerse muy en cuenta las condiciones en que se verifican generalmente los partos; á puertas cerradas, mal ventiladas las piezas, aglomeración de personas, todas condiciones suficientes para viciar la atmósfera en que debe hacerse el alumbramiento.

La necesidad de emplear en muchos casos aguas jabonosas para el lavado del niño, produciéndose entonces la acción de éstas sobre las conjuntivas, justamente en el momento en que él abre sus ojos á la luz; la costumbre de muchas parteras que agregan á esto, el lavado de los ojos con la misma agua que ha servido para el resto del cuerpo, el empleo de sustancias alcoholizadas para ayudar el desprendimiento de la materia sebácea, etc., explican suficientemente la frecuencia de la hiperemia de las conjuntivas, y la producción de un estado catarral, ayudado además por la actividad considerable de

la circulación que existe en las mucosas, en los primeros días del nacimiento.

Sabido es que la mayor parte de las mujeres en el estado de embarazo, están sujetas á flujos catarrales con mayor ó menor cantidad de células de pus. Este flujo, que en un número considerable de ellas es tan poco intenso que pasa enteramente desapercibido, es lo que muchas veces ha hecho decir, que la conjuntivitis de los recién nacidos puede producirse sin su presencia previa.

Á nuestro juicio, son esas células de pus las que inoculadas en las conjuntivas del niño, producen la conjuntivitis purulenta simple, al mismo título que el flujo leucorreico de las adultas desprovisto de todo elemento específico, da lugar á la conjuntivitis leucorreica, bien distinta por cierto de la conjuntivitis blenorrágica, tanto por sus síntomas, como por su misma gravedad.

Cuando, por el contrario, pulula dentro de las secreciones y excreciones vaginales el *gonococus específico de Neisser*, no es necesario ir á buscar en otra parte la causa inmediata de la afección que se produce en el niño con tanta rapidez, revistiendo desde el primer momento todos los caracteres de una intensísima inflamación.

Menos uniformidad de opiniones existen aún en lo que se refiere al mecanismo según el cual los elementos de la infección llegan á ponerse en las condiciones de ser el punto de partida de las alteraciones ulteriores; en efecto, mientras los unos niegan su producción en unas condiciones dadas, otros la aceptan.

No está, pues, demostrado á pesar de los numerosos estudios al respecto, el *modus* de llegada de los agentes patógenos procedentes de la madre á las conjuntivas del niño. En efecto, el punto es tanto más discutible cuanto más se tengan en cuenta los hechos denunciados como positivos, desde las alteraciones intra-claustrales, hasta las que pueden producirse durante la vida exclaustral del niño.

Si bien la mayor parte de los autores, repitiéndose los unos á los otros, citan casos de haber nacido el niño con todas las alteraciones, llegando en algunos hasta la ceguera, dependientes de un estado inflamatorio agudo, producido y evolucionado durante la vida intra-uterina; no podemos dejar, á pesar de todo el respeto á que son acreedores ilustraciones científicas de primer rango, de presentar nuestras reservas, y si se nos permite justificarlas, en la medida que implica una verdadera negación.

Nuestro derecho á poner en duda la exactitud de

esa afirmación, se explica por el sólo hecho de que nadie ha creído deber explicar el mecanismo de producción de la infección. En efecto, bien difícil sería hacerlo, protegido como se halla el niño, encerrado en las bolsas amnióticas, de todas las causas que procedentes del exterior, pudieran actuar de una manera tan directa sobre él, y á tal punto de producir una lesión infecciosa, precisamente localizada en el aparato ocular. Concebimos, sí, alteraciones del órgano de la visión, de origen enteramente general, y dependientes de las mismas condiciones de vitalidad fisio-patológicas; lesiones que con tanta razón pueden localizarse en el ojo, dentro de la vida intra-uterina, como lo hacen durante la existencia extra-claustral. Estas alteraciones del órgano de la visión, localizadas en la córnea, conjuntiva, etc., debidas á un estado demasiado prematuro de debilidad constitucional, son más que suficientes para dar una franca explicación de esos casos desgraciados de ciegos, al nacer, sin necesidad de torcer tantos caminos para llegar á hacerlos colocar en el balance de las conjuntivitis purulentas de los recién nacidos.

Esto es, en cuanto se ha inculpado á las afecciones motivo de este estudio, de haberse manifestado dentro mismo de las bolsas, y sin su ruptura previa.

Si bien no creemos en ese mecanismo, lo que no podemos negar, y muy por el contrario, es que la inoculación puede muy bien hacerse estando la cabeza del niño dentro de la cavidad uterina ó encajada en el cuello uterino dilatado.

En efecto, todas las maniobras del parto, tactos, etc., hechos sin ninguna antisepsia, y más ó menos repetidos, pueden llevar los elementos purulentos simples ó específicos á ponerse en contacto, sino con los ojos mismos, por lo menos bastante cerca.

En todo caso, yo no creo que la inoculación conjuntival tenga lugar allí mismo. Seguramente no, por cuanto todas las condiciones son desfavorables para la abertura de los párpados; lo que sucede es simplemente la llegada de la materia infectante á ellos, al pasar por los sitios impregnados, haciéndose entonces fácil la entrada del elemento perjudicable á los sacos conjuntivales, en el momento en que el niño abre sus ojos á la luz, á pesar del unto sebáceo que constituye un factor natural de protección.

Aceptando la proporción dada por el Dr. Lederschold, de la Maternidad de Stockolmo, de uno sobre siete niños nacidos de madres con flujos francamente manifiestos, atacados de conjuntivitis puru-

lenta, se ve pues que escapan á la infección 86 % en condiciones perfectamente establecidas para que ella tenga lugar.

Debe buscarse, seguramente en las maniobras después del parto, la razón de este hecho, pues como veremos en el capítulo de la Profilaxia, ésta es puesta en juego, muy á menudo, de una manera inconsciente, aunque aceptable aparte de las mismas condiciones en que nace el niño protegido, vuelvo á insistir, por la materia sebácea que dificulta el escurrimiento del flujo leucorreico ó blenorrágico, dentro mismo de sus ojos.

De las cifras consignadas, es decir, del 14 % de atacados debe restarse las que corresponden á otros mecanismos de infección. Me refiero á las prácticas adoptadas tan generalmente para el lavado del niño, y especialmente, de sus ojos. Todos habrán visto á la partera ó encargada oficiosa de esta operación, sumerjir el niño en el agua y sin mayores miramientos lavar tan pronto una ú otra parte del cuerpo, las más de las veces con una esponja que así se pasa sobre los ojos del niño, que los cierra instintivamente, como sobre cualquier otro sitio. Es materialmente imposible, pues, que existiendo los gérmenes

de infección, escapen en ese momento, de ser inoculados los ojos.

Por nuestra parte, no hemos presenciado hasta ahora, ningún nacimiento en el público, donde el lavado del niño se haga de una manera profilácticamente metódica. No tenemos, tal es la importancia que concedemos á esto último, inconveniente alguno en afirmar, que á este mecanismo corresponde el mayor número de supuraciones conjuntivales.

Desde este momento, debe generalmente comenzarse á contar el período de incubación.

Esta afección hace su aparición, por lo regular, al tercer día del nacimiento en un 40 % de los casos. En los restantes, es decir, en aquellos en que la afección se señala más tarde, hasta los once ó quince días, por ejemplo, el mecanismo de la inoculación es distinto, y se hallará en la relación establecida, con las manos de la madre, impregnadas de productos vaginales, con los paños de uso, etc., etc.

Síntomas

Catarro conjuntival.—Este estado que hemos podido observar un sinnúmero de veces, se caracteriza esencialmente por la benignidad absoluta de todos sus síntomas. La secreción catarral que se presenta acumulándose en el ángulo interno del ojo, puede notarse desde el primer día del nacimiento, se deseca fácilmente, y se desprende de la misma manera, casi no existe aglutinamiento de las pestañas después de varias horas de sueño, como sucede en la conjuntivitis catarral, común á otras épocas de la vida. Los párpados aumentan ligeramente de volumen, y á este respecto es necesario no confundir con la pequeña hinchazón con que se presentan desde el momento del nacimiento, el cual es debido á causas enteramente distintas del estado inflamatorio, que disminuyendo gradualmente desaparece en tres ó cuatro días.

Evertiendo los párpados se constata un enrojecimiento general y uniforme de las conjuntivas pal-

pebrales, bien diferente de la congestión vascular de la mucosa, frecuente en los primeros días del nacimiento. En los fondos de saco, cuyas papilas están ligeramente aumentadas de volumen, una que otra aglomeración muco-purulenta nos indica el proceso catarral.

Estos síntomas, limitados siempre á lo descrito, van aminorándose sucesivamente, no adquiriendo jamás una marcha inversa, á no ser en algunos casos, hasta el segundo ó tercer día de comenzada la afección. Por lo general, todo termina en ocho ó diez días.

El segundo ó tercer día del nacimiento es la época común de aparición del catarrro conjuntival, pero no deja de ser frecuente ver retardado el período inicial, pudiendo comenzar éste en cualquier día más ó menos cercano al parto.

Los términos de la afección son siempre los mismos, no diferenciándose tampoco en lo que se refiere á la benignidad absoluta.

Conjuntivitis purulenta simple. — En la división que hemos establecido de las afecciones conjuntivales del recién nacido, correspondería á esta forma un sitio que se hallase en la proporción siguiente: 1—*ca-*

tarro conjuntival; 3—*conjuntivitis purulenta simple*; 4—*conjuntivitis purulenta específica*; es decir, que podríamos establecer en cuanto á síntomas, marcha y pronóstico, la fórmula 1: 3: 4.

En esta forma de conjuntivitis, desde el primero ó segundo día del nacimiento llama la atención la aparición continua de un liquido seroso de color ligeramente amarillento y mezclado con uno que otro grumo purulento, los párpados se enrojecen sobre todo en sus bordes, se entumecen y adquieren en breve tiempo, de 36 á 48 horas, tal volumen que hace imposible se entreabran.

Examinando la conjuntiva palpebral se la encuentra roja, vivamente congestionada, edematosa, infiltrada de serosidad, sobre todo en los fondos de saco, y sangra con bastante facilidad. La conjuntiva bulbar conserva su aspecto normal, salvo unas que otras ramificaciones vasculares más ó menos acentuadas. La secreción se modifica hasta hacerse francamente purulenta, llena los fondos de saco que no toman una participación muy considerable en este proceso asentado como se halla, principalmente sobre la conjuntiva torsal. Esta secreción es muy abundante, reproduciéndose con rapidez, y á menudo se proyecta con violencia al entreabrir los

párpados, teniendo el médico que tomar las mayores precauciones para no ser inoculado con ella.

Con la modificación en los caracteres del pus, se observa generalmente una pequeña disminución en la turgesencia y aumento de volumen de los párpados, haciéndose ya más fácil su eversión.

Esto constituye el verdadero período de estadío de la afección, y dura un tiempo variable que está en relación con la intensidad misma adquirida, y con los medios terapéuticos puestos en acción. Lo esencial es que muy rara vez, y eso solamente en los casos en que no se ha dado á persona competente ninguna intervención, los síntomas aumenten, extendiéndose el proceso inflamatorio á la mucosa bulbar y á la córnea; pues lo que caracteriza esta forma, es la benignidad relativa al cuadro terrible de síntomas con que suele presentarse.

La inflamación no tiene, vuelvo á repetir, sino en aquellos casos abandonados, tendencia alguna especial á dirigirse á la córnea, produciéndose en ella complicaciones más ó menos graves.

Paulatinamente la secreción purulenta disminuye, volviendo á adquirir los mismos caracteres que poseía al principio, la mucosa conjuntival de tumefacta, rugosa y con papilas bastante pronunciadas, vuelve

á hacerse lisa, su coloración roja va perdiéndose poco á poco hasta volverse rosa pálida, y para darse bien cuenta de la coloración, es preciso observarla inmediatamente de dar vuelta el párpado, pues la conjuntiva se enrojece rápidamente, ya sea por los llantos del niño, como por la misma éxtasis vascular, consecutiva á la eversión, lo que podría hacer inducir en error.

Siempre que se han verificado exámenes bacteriológicos de los productos segregados en esta afección, no ha podido comprobarse la existencia del *gonococus* de Neisser, hecho que la diferencia bien de la forma siguiente.

Las alteraciones de la córnea son tan raras, que hemos podido observar niños á los diez ó quince días de la afección, en los que éstas no se habían producido, si bien no es raro hallar en algunos, una ligera infiltración difusa corneal, sin tendencia á localizarse bajo la forma de abcesos ó ulceraciones más ó menos profundas, como se producen en la conjuntivitis purulenta específica, y aun para la explicación racional de estos últimos casos debe tenerse muy en cuenta la constitución del niño y la de sus genitores.

Conjuntivitis purulenta especifica. —(*Blenorrea neonatorum, de los autores.*)—Salvo una mayor brusquedad en la aparición de los síntomas, nada puede hacer sospechar en su principio, de que aquí se trata de esta tercera forma que asigno á las inflamaciones conjuntivales de los recién nacidos. La transición en la modificación de la escreción purulenta es más brusca, el edema inflamatorio palpebral más marcado, llegando á veces el párpado superior á cubrir por completo el inferior, á manera de un tumor voluminoso, la producción de falsas membranas que desprendiéndose fácilmente, provocan una hemorragia más ó menos abundante. La participación frecuente, y á veces muy rápida, de la conjuntiva bulbar á la inflamación, la producción de infiltraciones intersticiales de la córnea, comenzada de la periferia al centro, ó marchando en sentido inverso, la producción de abcesos, úlceras centrales, úlceras periféricas de marcha circundante, perforaciones consecutivas á estos procesos con hernia del iris, son los síntomas y alteraciones que pueden hallarse en el proceso evolutivo de la *blenorrea neonatorum*, confirmada siempre por el examen bacteriológico que señala la presencia del *gonococus* de Neisser.

La mayor parte de estas alteraciones de la córnea no tienen la misma gravedad que en los adultos, pues ellas pueden desaparecer muchas veces sin dejar rastro, debido á que este tejido, lleno de vida, deja circular con la mayor facilidad los elementos de nutrición y de reparación.

Diagnóstico

El diagnóstico de las formas está comprendido en la misma descripción que hemos dado de cada uno de ellos, razón por la cual, para evitar repeticiones inútiles, no entramos á discutirlas.

Con la única afección, con la que podría confundirse la conjuntivitis purulenta simple, y más especialmente la específica ó blenorrágica, es la conjuntivitis diftérica.

Aunque muy rara de manifestarse esta enfermedad en el recién nacido, y según Wecker, Galezowski, Abadie, Meyer y otros que dicen no haberla jamás observado en su práctica, creemos no ser superfluo indicar las diferencias que existen entre ambas afecciones, y que permitirán al médico hacer un diagnóstico, puede decirse, exacto.

Ambas enfermedades comienzan casi con los mismos síntomas, pero esta semejanza no tarda en desaparecer, no bien se produce la infiltración fibrinosa que caracteriza el primer período de la afección

diftérica, donde la conjuntiva se encuentra fuertemente espesada, lisa y lustrosa, con una coloración tirando al amarillo, sembrada muchas veces de pequeñas equimosis, vascularizada escasamente por algunos vasos, que después de un corto trayecto, se pierden en la profundidad.

Á medida que el proceso diftérico avanza, la conjuntiva va adquiriendo un color amarillo cada vez más marcado. En este estado la eversión de los párpados es difícil, y sobre todo muy dolorosa, debido á la rigidez característica que ellos adquieren.

La exudación fibrinosa que se produce, una vez coagulada, penetrando en el estroma conjuntival, contribuye á estrangular los pocos vasos que existen, deteniendo por completo la circulación, quedando por consiguiente, la conjuntiva completamente exangüe, y para obtener la más mínima cantidad de sangre hay que escarificar profundamente. Muy distinto, como vemos, de lo que pasa en la conjuntivitis purulenta, y especialmente respecto á esto último, donde la simple eversión de los párpados basta para provocar derrames de sangre más ó menos abundantes.

En el segundo período de la conjuntivitis diftérica, llamado *de supuración*, la infiltración fibrinosa es

reabsorbida ó liquidificada, la conjuntiva se ulcera, presentando numerosas asas vasculares hinchadas, turgentes, que sangran con facilidad, y si á esto se agrega la hinchazón de los párpados y la producción de una supuración cada vez más abundante, difícilmente podría el médico distinguirla de la conjuntiva purulenta; pero la presencia de ulceraciones, con pérdidas, más ó menos, de sustancia conjuntival que no existe en esta última, servirá para establecer el diagnóstico.

En el tercer período, ó de cicatrización de la afección diftérica, se presenta otro elemento seguro para el diagnóstico diferencial, pues la formación de cicatrices, más ó menos señaladas, debidas á las ulceraciones producidas en el segundo período, que en ésta se forman, no pueden jamás observarse en la afección que estudiamos, donde el proceso es enteramente superficial.

La presencia de alteraciones de la córnea que pueden existir, no ayudan para establecer el diagnóstico; pues evolucionan de igual manera en ambas enfermedades.

Como vemos, aun cuando en su principio estas dos afecciones pudieran confundirse, la duda no

podría prolongarse, teniendo en cuenta el conjunto de síntomas que hemos indicado, siendo esto de suma importancia para la elección de los medios terapéuticos que deben entrar en acción.

Tratamiento

El tratamiento de las diversas formas de inflamación conjuntival de los recién nacidos, está basado como en las análogas de los adultos, en el empleo del nitrato de plata, sustancia modificadora por excelencia de la mucosa ocular.

Es el medicamento heroico, puede decirse, en estas afecciones, pues á su acción astringente agrega un gran poder antiséptico, debiendo su uso universal á los brillantes resultados que de él se han obtenido, y que todo médico habrá podido comprobar.

Muchas otras sustancias han sido ensayadas y empleadas con el mismo objeto, como el *Sulfato de Cobre*, *Sulfato de Zinc*, *Acetato de Plomo*, el *Tanino* y otros, habiéndose obtenido más ó menos buenos resultados, pero siempre inferiores á los del *nitrato de plata*.

En la primera forma, ó *catarral*, de la afección que tratamos, se obtiene generalmente su curación sin necesidad de este medicamento, pues siendo muy

leve, es fácilmente dominada con simples lavatorios antisépticos que se harán repetidas veces durante el día, siendo preferible, la siguiente solución:

Ácido bórico.....	ãã	20 gramos.
Biborato de sodio..		
Agua destilada....		1000 "

En las formas purulenta simple, y especialmente la específica ó blenorrágica, es que debe usarse el nitrato de plata en la seguridad de obtener un buen resultado. El tratamiento clásico consiste en la aplicación, una ó dos veces al día, según la gravedad del caso, de una solución al 2 %, pudiendo llegar hasta el 4 %.

Con un pincel mojado en ella, se pasará sobre la conjuntiva, y en seguida con el objeto de neutralizar el exceso de la sal de plata, se pasará otro pincel mojado en una solución de cloruro de sodio al 10 %, ó se lavará en seguida con agua abundante.

Á esto debe agregarse siempre lavados frecuentes con soluciones antisépticas diversas, pudiendo usarse, ya sea la de *Bicloruro de Mercurio*, disuelto sin alcohol al $1/_{2000}$ ó al $1/_{3000}$, la de *Tricloruro de Iodo* al $1/_{2000}$, la de partes iguales de *Biborato de Sodio* y *Ácido Bórico*, ú otras.

Puede suceder que en el curso de las dos últimas

formas que acabo de indicar, y especialmente la específica ó blenorrágica, la exageración de alguno de sus síntomas y la presencia de complicaciones, obligue á una intervención más activa; así, por ejemplo, cuando se produce un quémosis muy pronunciado, el empleo del Escarificador de Desmarres encontrará una justa aplicación, y en algunos casos se harán varios cortes con la tijera en los puntos más culminantes del quémosis.

En cuanto á las complicaciones corneanas desde las infiltraciones más ó menos profundas, descamaciones superficiales, úlceras, perforaciones con mayor ó menor destrucción de tejido, enclavamiento consecutivo del iris, y hasta la panoftalmía, pueden igualmente presentarse en el curso de esta afección. En la mayor parte de estos casos no se modificará en nada, y muy por el contrario, se deberá insistir en la aplicación rigurosa de los medios indicados; pero tomando las mayores precauciones para evitar la acción del cáustico sobre las córneas alteradas. Se deberá recurrir entonces á la instilación de Eserina, á pomadas antisépticas (de iodoformo, de aristol y otras) llegando hasta el empleo del Galvano-cauterio, con el cual conseguiremos en los casos de ulceraciones más ó menos profundas, modificarlas de la ma-

nera más favorable, y si existe hernia del iris, lograremos evitar dentro de cierto límite, el desarrollo de estafilomas consecutivos.

Una vez desaparecidos los fenómenos inflamatorios, el médico deberá aplicar toda su atención á las lesiones subsistentes, combatiéndolas por los medios usuales, y que no entro á describirlos por no salir del límite de este trabajo.

Hemos tenido ocasión de emplear en el Consultorio Oftalmológico del Patronato de la Infancia, en la forma más grave de esta enfermedad, cuya supuración es intensísima, la siguiente fórmula, empleada por primera vez en esta afección, por el doctor T. A. Moret, la cual es una modificación de la que Chantemeusse y Widal indican para el tratamiento de la angina diftérica:

Ácido tartárico.....	0.50	centígramos
Ácido fénico.....	2.00	gramos
Alcohol.....	3.00	"
Alcanfor.....	3.00	"
Vaselina líquida.....	30.00	"

Con un pincel empapado en esta solución, se pasará sobre la conjuntiva, teniendo cuidado de lavar in-

mediatamente con un algodón mojado en una solución antiséptica, con el objeto de evitar su acción sobre la córnea.

Los buenos resultados obtenidos toda vez que hemos empleado este tratamiento, nos han inducido á hacer mención de él en este trabajo.

Frecuencia

Nada extraño es que no podamos establecer con números exactos la frecuencia de esta afección entre nosotros, si tenemos en cuenta la gran dificultad que existe para conocer todos los casos que se producen fuera de las Maternidades.

Esta dificultad la encontramos en la mayor parte de los autores, que tan sólo pueden presentar cifras personales, no habiéndose logrado en ningún país, hacer estadísticas generales al respecto.

Aun en las de los establecimientos públicos, vemos que no existe una base absoluta de juicio, por cuanto en algunas Maternidades, seguramente no tomarán en cuenta los casos leves, dando importancia solamente á aquellos en que la enfermedad típica se manifiesta. Así sólo se explica, en el sentir de Fuchs, que en el Instituto Tocológico de la Universidad de Berlín, según los años, se obtenga cifras variables desde el 1 al 8 °/₀, mientras que en la del Hospital

de la Caridad de la misma ciudad, varían desde 7 á 21 °/₀.

Lo que hay de cierto, teniendo en cuenta cifras dadas por el mismo autor y tomadas de Haussmann, es que en las diversas clínicas de partos de Berlín, Breslau, Dresde, San Petersburgo, Viena, Stockolmo, Leipzig y otras, las cifras varían desde 0.6 á 25.3 °/₀, dando una media de 3.35 °/₀ como *mínimum* y 14.008 °/₀ como *máximum*.

Esta frecuencia de conjuntivitis purulenta, á pesar de los cuidados que toman en dichas Maternidades, se explica perfectamente por las mismas causas que le dan origen. Así vemos que Haussmann, sobre 250 mujeres embarazadas de la clase baja de la sociedad, encontró 249 veces el catarro vaginal mucoso ó purulento, mientras que en la práctica privada lo comprobó solamente 30 veces, sobre 50, y Charrier, sobre 100, lo ha hallado 72 veces.

Se ve, pues, según estas cifras, que son los establecimientos públicos de caridad los destinados á aumentar el tanto por ciento estadístico, por las mismas condiciones de sus alojadas, en la proporción de 99.75 °/₀ atacadas de flujo más ó menos virulento.

Hubiéramos deseado presentar algunos datos de utilidad estadística sacados de nuestros estableci-

mientos maternales; pero no nos ha sido posible, por cuanto no se consignan en ellos los datos ilustrativos necesarios.

Respecto al peligro que existe en esta afección, de producir alteraciones más ó menos indelebles en la córnea, capaces de atacar para siempre el órgano de la visión, existe bastante obscuridad.

En el cuadro que á continuación transcribo, tomado de Fuchs, vemos que no existen sino datos aislados y tan distintos, que es muy difícil formarse idea de una justa proporción:

ESTABLECIMIENTOS	Casos de Blenorrea	Complicaciones de la Córnea	Ceguera Monolateral	Ceguera Bilateral	Ojos atacados (Por 100)
Caridad de Berlín....	213	2	2	?	1.9
Maternidad de Munich	123	1	2	1	2.4
» de Dresde..	1378	38	15	4	3.8
» de Stuttgart	538	13	12	1	4.6

En cuanto á las Cunas, el mismo autor ha observado, que el número de ojos atacados y alterados para siempre, se eleva á la considerable cifra de 21 á 45.7 %; diferencia enorme si se compara con las del cuadro anterior, debido sin duda, á que en estos

establecimientos se reciben niños cuya afección está ya tan avanzada, que cualquier tratamiento se hace imposible para salvar sus córneas.

En las estadísticas de algunas clínicas particulares, vemos que sus cifras se diferencian muy poco de las que acabamos de citar, debido indudablemente á las mismas causas.

He aquí un cuadro sacado del mismo autor:

AUTORES	Número de Observaciones	Complicaciones de la Córnea	Ceguera doble	Ojos atacados (Por 100)
Dr. Horner...	108	43	0	39.8
» Hirschberg	200	55	6	27.5
» Schœler	156	43	?	27.5
» Heyman.....	139	25	?	18.0
» Emrys Jones.....	420	72	16	17.1

No habiéndonos sido posible, como antes dijimos, conseguir estadísticas de las Maternidades, publicamos á continuación algunas sacadas de nuestras Clínicas Oftalmológicas, que pueden ser deficientes, debido al poco cuidado con que son llevados los libros que nos han proporcionado los datos, pero teniendo en cuenta la utilidad que esto pueda repor-

tar, y en el deseo de presentar algunas cifras que pongan de relieve la frecuencia con que se produce en esta capital la afección que tratamos, hemos hecho cuanto nos ha sido posible para que ellas reunan la mayor exactitud.

CASA DE EXPÓSITOS

AÑO	NÚMERO DE ENFERMOS	Conjuntivitis de los Recién nacidos	Complicaciones de la Córnea	CEGUERA		Por 100 sobre el número de enfermos
				BILATERAL	MONOLATERAL	
1886.....	413	59	6	—	—	14.28
1887.....	457	38	1	—	—	8.31
1888.....	527	60	1	1	—	11.38
1889	269	73	7	—	2	27.13
1890.....	308	80	8	—	1	25.97
1891.....	147	45	10	—	1	30.61
1892.....	162	45	3	—	—	27.16
1893.....	155	45	5	—	2	29.03
Sumas.....	2438	445	41	1	6	18.25

AÑO	NÚMERO DE ENFERMOS	Conjuntivitis de los Recién nacidos	Complicaciones de la Córnea	CEGUERA		Por 100 Sobre el número de enfermos
				BILATERAL	MONOLATERAL	
1886.....	598	14	2	1	—	2.34
1887.....	787	10	3	1	2	1.26
1888.....	818	12	2	1	1	1.46
1889.....	721	11	2	—	2	1.52
1890.....	1023	15	1	1	—	1.46
1891.....	1179	22	3	—	2	1.87
1892.....	1597	21	5	1	2	1.31
1893.....	1931	15	2	—	2	0.77
Sumas.	8554	120	20	5	11	1.42

HOSPITAL SAN ROQUE

AÑO	NÚMERO DE ENFERMOS	Conjuntivitis de los Recién nacidos	Complicaciones de la Córnea	CEGUERA		Por 100 sobre el número de enfermos
				BILATERAL	MONOLATERAL	
1886.....	665	5	1	—	1	0.73
1887.....	435	6	—	—	—	1.37
1888.....	886	8	2	—	2	0.90
1889..... ...	587	10	1	1	—	1.70
1890.....	792	14	—	—	—	1.76
1891	419	6	1	1	—	1.43
1892.....	630	6	2	1	—	0.95
1893.....	956	6	—	—	—	0.62
Sumas.....	5370	61	7	3	3	1.15

CONSULTORIO DE LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA

AÑO	NÚMERO DE ENFERMOS	Conjuntivitis de los Recién nacidos	Complicaciones de la Córnea	CEGUERA		Por 100 sobre el número de enfermos
				BILATERAL	MONOLATERAL	
1886.....	850	14	1	1	—	1.64
1887.....	994	17	4	1	2	1.71
1888.....	1076	11	—	—	—	1.02
1889.....	917	7	1	—	—	0.76
1890.....	1163	13	1	—	—	1.20
1891.....	1089	14	1	—	1	1.28
1892.....	1025	10	1	1	1	0.97
1893.....	1105	14	2	—	1	1.26
Sumas.....	8319	100	11	3	5	1.20

HOSPITAL ITALIANO

AÑO	NÚMERO DE ENFERMOS	Conjuntivitis de los Recién nacidos	Complicaciones de la Córnea	CEGUERA		Por 100 sobre el número de enfermos
				BILATERAL	MONOLATERAL	
1886.....	1622	27	?	?	?	1.66
1887.....	802	12	?	»	»	1.37
1888.....	1035	31	»	»	»	2.97
1889.....	888	26	»	»	»	2.92
1890.....	1001	30	»	»	»	2.99
1891.....	951	30	»	»	»	3 25
1892.....	1138	18	»	»	»	1.58
1893.....	1258	41	»	»	»	3.26
Sumas.....	8695	215	?	?	?	2.47

RESUMEN

	ESTABLECIMIENTOS	NÚMERO DE ENFERMOS	Conjuntivitis de los Recién nacidos	Complicaciones de la Córnea	CEGUERA		Por 100 sobre el número de enfermos
					Bilateral	Monolateral	
De 1886 á 1893	Casa de Expósitos.....	2438	445	41	1	6	18.25
	Hospital de Clínicas.....	8554	120	20	5	11	1.42
	Hospital San Roque.....	5370	61	7	3	3	1.15
	Consultorio de la Sociedad de Beneficencia.....	8319	100	11	3	5	1.20
	Hospital Italiano.....	8695	215	?	?	?	2.47
	Totales.....	33.376	941	79?	12?	25?	2.81

Profilaxia

Entramos á tratar un punto de suma importancia, de cuya buena y justa aplicación depende en gran parte la disminución de esta afección, á menudo funesta para el recién nacido.

Y no necesitamos extendernos mucho para comprobar esto. Basta comparar las estadísticas de los tiempos en que no se practicaban las precauciones antisépticas con las de la época actual, y se notará una disminución notable de enfermos en favor de éstas.

Fué Gibson el primero, que á principios de este siglo (1807) deja establecido con claridad y precisión las bases de profilaxia en los siguientes términos:

1º. La necesidad de hacer desaparecer durante la preñez, los flujos de la madre.

2º. Verificar una limpieza escrupulosa de la vagina durante el parto.

3º. La limpieza de los ojos del niño, inmediatamente después del nacimiento.

Estos primeros esfuerzos iban poco á poco olvidándose, á pesar de que cada día se comprobaba más el contagio de la blenorrea. Y así tenemos, que recién en 1875, Bischoff, vuelve á emprender la campaña practicando en la Maternidad de Bâle, la desinfección de la vagina con una solución de ácido fénico, y la de los ojos del niño con una solución de ácido salicílico. Á éste le siguen Schiess, en 1876, Fieuzal, Haussmann, Olshausen, Abeg, Schmidt-Rimpler, Bunge, Credé y otros, que dándose cuenta del peligro, se hacen cargo de la responsabilidad que les corresponde.

Respecto á la madre, la desinfección de la vagina antes y durante el parto, empieza á preocupar á los prácticos.

Si bien es cierto, según algunos, que la salida de los líquidos amnióticos, ejecuta una especie de lavado, éste no puede ser tan completo que no queden entre los pliegues de la mucosa secreciones más ó menos peligrosas, las cuales, como hemos visto en el capítulo de la Patogenia, de allí son recogidas, más bien depositadas, ya sea entre las pestañas ó en los bordes palpebrales del niño, y destinadas á atacar la conjuntiva, en cuanto abra sus ojos.

Para evitar, pues, la presencia de estas secrecio-

nes y escreciones patógenas, todas las sustancias á las que se ha concedido alguna acción antiséptica, como el *ácido fénico, el ácido salicílico, el bicloruro de mercurio, el ácido bórico,* etc., han sido sucesivamente empleadas.

Á pesar de la importancia de estas prácticas profilácticas referentes á la madre, no es posible bajo el punto de vista que nos ocupa, presentar estadísticas de sus beneficios; pues las desinfecciones vaginales han sido siempre acompañadas de la de los ojos del niño, á la que en todo tiempo se ha concedido la mayor importancia.

Las prácticas, respecto al órgano de la visión del niño, pueden resumirse en las siguientes: 1º –Limpieza; 2º—Desinfección.

La primera puede verificarse (a)—lavando con abundante cantidad de agua los párpados, cara, etc.. del niño, buscando con este medio obtener una consiederable dilución de las materias infecciosas y por lo tanto atenuar ó hacer desaparecer la influencia de los gérmenes patógenos. Es indudable que este lavado no debe hacerse tal como generalmente se practica en el baño, y cuyos efectos nocivos hemos indicado en el capítulo de la patogenia, sino con agua constantemente renovada, hasta la limpieza

perfecta de las partes ya citadas; (b) Schirmer, no usa para esto el agua, sino un paño seco con el cual limpia la cabeza, especialmente la cara, tomando las mayores precauciones en los ángulos y bordes palpebrales, y con cuyo método en 50 nacimientos dice no tuvo ningún caso de conjuntivitis.

Si la simple limpieza de los ojos, más bien dicho, de los párpados, da estos brillantes resultados, con mayor razón debe esperarse obtenerlos poniendo en juego los diversos líquidos antisépticos que tenemos á nuestra disposición; así vemos que el ácido fénico en la proporción de $1/_{250}$ fué recomendado por Fieuzal, el ácido salicílico al $1/_{100}$ por Bischoff, el ácido bórico al $1/_{60}$ por Credé, el agua clorada por Schmidt-Rimpler y el iodoformo, últimamente empleado con éxito en las Maternidades de París.

Credé, después de emplear el ácido bórico bastante tiempo, lo abandona y da la preferencia al ácido salicílico en la proporción de $2/_{100}$, y después de lavar con esta solución los ojos de niño, instila una gota de solución de nitrato de plata al $1/_{40}$. Reemplaza luego el ácido salicílico por el agua pura, ordenando la instilación del nitrato de plata al $1/_{50}$ seguidas de compresas de ácido salicílico al $2/_{100}$. Abandona en seguida otra vez el ácido salicílico,

para limitarse á los lavados de agua pura y la instilación de nitrato de plata al $2/_{100}$; los brillantes resultados obtenidos por esto último hizo que muchos otros emprendieran su uso, dando á todos ellos los mismos buenos resultados.

Bayer, entre éstos, que sobre un total de 1106 recién nacidos, antes del empleo de las medidas profilácticas obtenía una proporción de $12.3/_{100}$ de conjuntivitis blenorreicas, logró con este método verla reducida á 0 sobre un total de 361 nacimientos.

Credé mismo demostró, que sobre un total de 1600 recién nacidos donde aplicó su método, apenas comprobó uno ó dos casos de supuraciones conjuntivales.

Los estudios comparativos que en seguida se hicieron con otras sustancias antisépticas, pusieron de manifiesto la incuestionable superioridad del nitrato de plata en solución al $2/_{100}$, y si bien algunos autores observaron que esa solución era demasiado fuerte, Credé demostró que más débil no sería bastante enérgica para producir una completa desinfección, agregando que lo único que podría producirse sería, y en muy raros casos, una ligera hiperemia acompañada de una pequeña secreción mucosa que desaparecen en dos ó tres dias.

El momento en que deben hacerse estas desinfecciones tiene también su importancia; así vemos que Olshausen, cuando desinfectaba los ojos del niño después de la sección del cordón umbilical, tenía $8.8/_{100}$ de conjuntivitis blenorreicas, mientras que cuando el lavaje de los ojos fué practicado inmediatamente después de la salida de la cabeza, esta cifra disminuyó á $3.6/_{100}$. En vista de esto, y para obtener aún mejor resultado con este método, debe ser aplicado antes de la sección del cordón, y no después como lo indica su autor.

Por nuestra parte, con el objeto de continuar la profilaxia y oponer á la inoculación posterior al nacimiento una barrera á la infección, aconsejamos durante los primeros días, lavar los ojos del niño cada doce horas con una solución de bicloruro de mercurio al $1/_{3000}$, y la extensión sobre los párpados de una ligera capa de pomada de aristol al $10/_{100}$.

Y si á estas medidas agregamos las mayores precauciones respecto á los loquios de la parturienta, á los paños que están de ellos impregnados, á las mismas sábanas de la cama, á las manos más ó menos cargadas de materia infectante, etc., tendremos derecho á considerar como definitivamente alejado todo peligro.

Como se comprende, en la ejecución exacta de cuanto dejamos dicho, ya sea en las Maternidades, y especialmente en el público, el rol principal corresponde á la partera, pues raras veces es requerida para el parto la presencia del médico.

Es á este título que ellas deben estar penetradísimas de la importancia de estas indicaciones, para poder imponerse á los padres cuando el caso lo requiera. Pero desgraciadamente sucede lo contrario, la mayor parte de ellas, en vez de exigir á aquéllos la presencia de un médico, una vez declarada la enfermedad en el niño, lo someten á una serie de prácticas propias, como ser: lavatorios con agua de rosas, con orines, con la propia leche de la madre, etc., y seguidas muchas veces de otras tantas, pertenecientes á la rica *medicina casera*, dando como único resultado la pérdida de tiempo, tal vez irreparable en una afección que, tratada desde su principio ó antes que se produzcan lesiones corneanas, tiene un pronóstico relativamente favorable.

Por los motivos que acabamos de exponer, hemos creído oportuno transcribir las conclusiones que en carácter de instrucciones, deben, según Fuchs, ser puestas en práctica por todas las parteras:

" 1º. Cuando una partera es llamada para asistir
" á una mujer embarazada, debe averiguar si existe
" un catarro vaginal, y en tal caso, aconsejar la
" visita de un médico.

" 2º. Antes de proceder al tacto vaginal, debe
" lavarse cuidadosamente las manos, y hacer la
" desinfección de la vagina antes del parto.

" 3º. Los párpados del niño deben ser lavados
" con una solución desinfectante desde el momento
" en que la cabeza ha pasado, ó por lo menos
" antes de la sección del cordón, y sobre todo antes
" del baño."

La observación de esto es sumamente importante.

" 4º. Para este primer lavaje de los ojos, lo
" mismo que para los siguientes, la partera debe
" hacer uso de agua limpia, y sobre todo de es-
" ponjas y paños especiales para la cara del niño."

Nosotros preferimos para estos lavajes una solución de ácido bórico al $4/_{100}$, y en lugar de esponjas, algodón boricado ó salicilado.

" 5º. Después del primer baño se instilará en
" cada ojo una gota de solución de nitrato de
" plata al $2/_{100}$."

Hemos visto ya que esta instilación es preferible hacerla antes del baño.

" 6º. La madre tendrá los mayores cuidados sobre
" la posibilidad del contagio por el transporte de
" una parte de los líquidos vaginales sobre los
" ojos del niño, debiéndosele enseñar los medios
" de impedir dicho contagio.

" 7º. Inmediatamente que una afección ocular,
" aun leve, se muestre en un recién nacido, la
" partera debe llamar la atención de los padres
" sobre su gravedad posible y sobre la contagiosi-
" dad de la afección, les enseñará el modo de
" propagación y les aconsejará llamar un médico.
" Cuando los padres no lo hagan, ella debe dar
" aviso á la autoridad, á fin de salvar su respon-
" sabilidad. En cuanto á los padres, se les debe
" imponer un castigo."

Agrega el mismo autor, que los gobiernos deben vigilar estrictamente el fiel cumplimiento de estas medidas, castigando á los refractarios. Así, cuando un niño es llevado á un médico con una conjuntivitis blenorreica descuidada, y llega á conocimiento de éste, que la partera no ha cumplido con su deber, tiene no sólo el derecho, sino está obligado á denunciar la partera culpable. Hecho muy justo, teniendo en cuenta que el tratamiento que se debe imponer, lo mismo que su ejecución, exige ciertas

condiciones de que carecen las parteras, y así vemos que en el Estado de Sajonia, está prohibido á éstas tratar las oftalmias neonatorum.

Á estas nociones de profilaxia debe dárseles la mayor divulgación, y no es aventurado indicar con Fieuzal, que el Gobierno debería insertar en la libreta de familia, dada por el Registro Civil, los conocimientos necesarios sobre la oftalmia de los recién nacidos.

La preocupación sobre estas ideas llevó á Horner á una campaña que dió por resultado que en Suiza (1865) se hiciera obligatorio á la partera denunciar todo caso de conjuntivitis blenorreica inmediatamente de tener conocimiento de él.

Análogas medidas dictaron, pero sin sanción penal: Prusia, en 1878; Austria, en 1882, y Francia, en 1888.

El país que ha hecho más en obsequio de esto son los Estados Unidos, donde para el distrito de Nueva York, se dictó la siguiente ley, en el año 1889, á iniciativa del Dr. Howe:

" Art. 1º.—Inmediatamente que una partera ó
" una ama encargada de un niño menor de dos
" semanas, se apercibiera que éste tiene uno ó los
" dos ojos inflamados, deberá trasmitir el hecho por
" escrito dentro de las seis horas al médico ó al

" oficial de salud, del lugar donde residen los pa-
" dres del niño.

" Art. 2º.—La contravención al artículo prece-
" dente, será castigada con una multa que no pasará
" de cien dollars ó de una prisión que no excederá
" de seis meses. En ciertos casos la multa y la
" prisión podrán ser aplicadas simultáneamente."

Señor Presidente:

Señores Profesores:

Antes de terminar este trabajo, creemos un deber decir que nosotros también necesitamos hacer algo para evitar, ó por lo menos disminuir, el número de esos seres desgraciados, inútiles desde su nacimiento, especie de párasitos, cuya existencia se verificará á expensas del elemento capaz. Creemos que esta cuestión importantísima de higiene debe preocupar seriamente á las autoridades cuya misión es velar por la salud pública, é imitando á otras naciones, deben tratar por todos los medios posibles de que tanto en las clases elevadas como en las más bajas del pueblo, se convenzan cuan necesarias son las prácticas antisépticas que hemos enumerado con detención, y sin consideración *á nada ni á nadie*, deben hacer que ellas se lleven á la práctica, teniendo en cuenta que *salus populi, suprema lex est.*

P. L. Oliverio

Buenos Aires, Octubre 7 de 1894.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Ventajas que tiene el acortamiento muscular (Procedimiento del Dr. Lagleyze) sobre el avanzamiento en el tratamiento quirúrgico del Estrabismo.

El mejor tratamiento del glaucoma hemorrágico, es la enucleación.

La operación más simple y segura para la corrección del entropión, es la operación del Profesor Dr. Lagleyze.

Buenos Aires, Octubre 19 de 1894.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los señores Académico Dr. José M. Astigueta, y Profesores Suplentes Dr. Francisco C. Barraza y Dr. Teófilo A. Moret.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

L. M. Acuña

Buenos Aires, Octubre 23 de 1894.

Señor Decano:

El presente trabajo del señor Oliverio, no contiene nada que obste á su publicación y á la prueba oral del candidato.

J. M. Astigueta

F. C. Barraza

Teófilo A. Moret

Buenos Aires, Octubre 29 de 1894.

En vista del informe que antecede, entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo señalarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

L. M. Acuña