

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV

Bilbao—Julio—1908

Núm. 163

## FISIOLOGÍA DEL ESFINCTER PILÓRICO EN LA EVACUACIÓN DEL ESTÓMAGO

Desde que en las investigaciones experimentales encaminadas á esclarecer la fisiología del tubo digestivo, se han empleado la apertura de fistulas modernas y los rayos X, las antiguas ideas de la evacuación del estómago en una sola contracción, después de zarandear su contenido durante tres ó cuatro horas, han quedado abandonadas y reducidas á un recuerdo científico.

En la actualidad, se sabe que el estómago se vacía por su abertura pilórica de una manera progresiva durante la digestión gástrica.

Ahora bien: lo que no está suficientemente aclarada es la causa que influye en el paso de las diversas sustancias al través del piloro de un modo intermitente.

¿La zona de donde parte la excitación necesaria se encuentra en el estómago ó intestino?

Las contracciones de la pared gástrica no parece que influyen de una manera clara, por cuanto las que preceden ó acompañan á la apertura del piloro no son más enérgicas que las ondas anteriores de suyo ineficaces.

El estado del intestino subyacente al piloro se ha invocado igualmente.

La insuficiencia de ambas causas mecánicas hicieron pensar á los Dres. Boas y Ewald sobre las acciones químicas, llegando á la conclusión de sus estudios con la aseveración de que las variaciones de acidez que tenga el jugo gástrico en el hombre, resuelven el por qué de la evacua-

ción del estómago. Así es que, el paso del piloro no se efectúa hasta que la acidez no sufre una notable disminución. En cambio, si ésta es grande, el orificio no se abre y de aquí las molestias consiguientes de dolor, ardor y sensación de obstrucción que á veces se notan.

Los Dres. Hirsch y Pawlow, sostienen que el cierre de la abertura pilórica, es debida á una excitación refleja procedente de la mucosa duodenal, bajo la influencia de la acidez del medio ambiente.

Dos series de estudios experimentales recientes existen sobre la manera de funcionar el piloro y evacuarse el estómago. Una de procedencia francesa ó sea la del Doctor P. Carnot y otra, americana, del Dr. Cannon, de cuya lectura se desprenden numerosas divergencias en la forma de ver el asunto que tienen ambos autores.

*Opinión francesa.*—Modificando la técnica fisiológica de las fístulas duodenales, colocándolas sobre la región dorsal de los animales sometidos á la experimentación, se ha podido conservar por más tiempo la vida de ellos, al mismo tiempo que se ha estudiado por medio de una sonda introducida en la fístula, la manera como tiene lugar la evacuación del contenido del estómago.

Haciendo beber á un perro 200 c. c. de agua salada en proporción fisiológica, el líquido no hace más que atravesar el estómago, abriéndose prontamente el esfínter, de forma que pasen en saltos sucesivos chorritos del agua; más de la mitad de ella se encuentra en el duodeno á los cinco minutos. Se parece mucho á la manera que tiene lugar la eyaculación del sémen en el acto del coito; el piloro contraído se relaja bruscamente durante algunos segundos, volviéndose á abrir y así sucesivamente. Pero estas contracciones y relajaciones se hacen más lentas, desde el momento que la mitad del líquido ha pasado al duodeno. De todos modos, la evacuación estomacal del agua fisiológica es completa al cuarto ó media hora.

La eliminación de los demás líquidos no se hace con igual rapidez. Los aceites y las grasas líquidas, por ejemplo, quedan por mucho tiempo en el estómago, aun cuan-

do se hallen mezclados con agua salada. En este caso, si se introduce en el estómago una mezcla groseramente agitada de 180 c. c. de agua salada y de 20 c. c. de aceite, el piloro se abre pronto y en los primeros chorritos que pasan se encuentran gotas de la substancia oleaginosa; pero á los pocos minutos se rehace el orificio y no deja atravesar el aceite y sí el agua.

Las gotas oleaginosas, en cantidad, no llegan al duodeno hasta pasada media hora, que es empleada por la evacuación del agua salada y continúa durante varias horas. La citada eliminación del aceite se abrevia mucho, si va mezclado con una pequeña cantidad de bicarbonato sódico, billis ó tintura de quillaya, como quiera que va emulsionado y en el intestino se absorbe.

De igual manera pasan las cosas con la ingestión de la leche. El piloro se abre pronto y durante los primeros minutos, la leche pasa en substancia al duodeno; pero desde que la caseína se coagula bajo la influencia del labfermento, el resto líquido va al intestino al través del esfínter, dejando aquélla retenida en el estómago para su transformación péptica. Si se añade la leche de gelatina que tiene por objeto el asegurar la coagulación de la caseína en partículas finas, pasa entonces rápidamente al duodeno.

Esta retención de las partículas sólidas se observa también, cuando se introduce en el estómago agua salada que tenga en suspensión polvos inertes ó albúmina de huevo coagulada por el calor y finamente dividida. El líquido que deja pasar el piloro lleva al principio partículas sólidas; pero al poco tiempo se hacen estas raras y sólo el agua salada es la circulante hacia el duodeno.

Después, á semejanza de lo que ocurre con la cascina, reaparecen los elementos sólidos más ó menos aislados ó en forma de un puré espeso. En suma: es lo que sucede cuando comemos una mezcla de alimentos sólidos y líquidos; éstos pasan pronto el estrecho pilórico, mientras que la carne, pan, legumbres, harinas, etc., etc., permanecen en seco en el estómago en contacto con los fugos digestivos, esperando su transformación química.

Lo que sí es de notar de una manera especial, es la extremada sensibilidad del piloro á la menor influencia psíquica ó física.

El perro que después de ingerir agua salada, sufre una emoción provocada por un ruido insólito, la vista de un objeto antipático, latigazo, cadena ó amenaza de pegarle, el esfínter se cierra y la eliminación se detiene por un tiempo variable más ó menos largo. Hecho igual existe en el hombre, como quiera que la menor emoción viva, miedo ó contrariedad, es causa de un trastorno digestivo: los alimentos, según expresión corriente, *quedan sentados en la boca del estómago* y pesan como una losa de plomo.

Las excitaciones psíquicas no son las únicas que obran de ese modo, sino que también toda excitación refleja á distancia, provocada por la compresión de un riñón, testículos, ciática y otras, da lugar á una contracción espasmódica del piloro y retención subsiguiente de la evacuación estomacal. La excitación mecánica del estómago, del duodeno ó del recto, da lugar á efecto idéntico.

Repetidas veces el Dr. Carnot ha visto, en los perros, el cambio de ritmo en la eliminación del agua salada, haciéndose irregular sin causa aparente: la presentación de ascarides en la fístula descubrió luego el enigma; así mismo ocurre si una ulceración se desarrolla en el estómago duodeno. El esfínter pilórico manifiesta entonces una verdadera hiperexcitación, contrayéndose espasmódicamente, á la menor ocasión hasta que la solución de continuidad se cicatrice.

Estos hechos tienen su corolario en patología humana, conociéndose las contracciones espasmódicas del piloro por úlcera gástrica ó duodenal, vermes intestinales y estado anormal de la mucosa gástrica ó intestinal, para explicar los dolores, regurgitaciones fermentativas, vómitos y otros fenómenos reflejos.

En cuanto á la terapéutica gástrica nos corrobora la clínica la poderosa influencia que tienen el agua caliente bicarbonata, sola ó bismutada en unión de un régimen suave de leche y pastas vegetales, para calmar los dolores

y verificar un autolavado del órgano. Desde la dispepsia irritativa de los neuro-artríticos, hasta la úlcera simple ó epiteliomatosa encuentran aplicación esos medios con ligeras variantes, según los casos é individuos, sin necesidad de recurrir al opio, estriçnina y bromuros de los que tanto se abusa en la práctica por desconocimiento del manejo del agua caliente, el bismuto, el carbonato de magnesia y el bicarbonato sódico.

Dedúcese finalmente de estos hechos que el piloro actúa como un inteligente escogedor mecánico de alimentos, impidiendo la obstrucción del intestino por substancias sólidas poco divididas y modificadas.

*Opinión americana.*—Las investigaciones radiográficas empleadas por el Dr. Cannon, no dan una interpretación tan optimista para explicar esas descargas sucesivas del estómago.

Dicho fisiólogo cree que los alimentos diversos dados aisladamente tienen una permanencia variable en el estómago; los hidratos de carbono pasan por él casi inmediatamente, en diez minutos: los albuminoideos no comienzan á franquear el piloro hasta pasado un mínimun de treinta á treinta y cinco minutos y siempre con gran lentitud por pasos ó etapas sucesivas; finalmente las grasas tardan mucho más tiempo en salir de la cavidad gástrica.

Teleológicamente, es decir, de lejos, todo se explica, al menos para los dos primeros grupos. El estómago nada tiene que hacer sobre los hidratos de carbono y los expulsa pronto de su interior. Por el contrario, su jugo obra sobre los albuminoideos y por eso los retiene. La hipótesis, pues, de la inteligencia gástrica, no es suficiente explicación, es preciso otra más fisiológica.

Admitiendo que la abertura del piloro sea provocada por el contacto del líquido ácido y aceptando, lo que nos parece discutible, que los hidratos de carbono y los albuminoides den lugar á la salida de la secreción gástrica, se concibe que con los primeros el jugo ácido formado, no utilizado, llegue inmediatamente al contacto del orificio pilórico y lo abra; con los albuminoideos en los que se fija

el ácido, sería necesario para que ocurriese lo propio, el que después de saturar á dichos alimentos, aparezca en cantidad importante.

Pero ¿por qué esta inhibición del esfínter pilórico no persiste, dando lugar á la evacuación en masa del estómago? Aquí intervienen las observaciones de Hirsch y Sedjukow, por las cuales el paso del ácido al duodeno provoca la paralización de las contracciones del estómago; los alimentos no corren sobre el piloro, el cual tiene reforzada su tonicidad, evitando todo paso, hasta que llega el momento en que la reacción ácida del quimo duodenal desaparece bajo la influencia neutralizante de los alcalis intestinales y pancreáticos.

Dejando la enumeración de la multitud de detalles que tienen las experiencias de dicho fisiólogo, resumiremos su modo de apreciar dicha función digestiva.

1.º Toda causa que retrase la aparición del ácido clorhídrico lo hace á su vez sobre la evacuación gástrica: la mezcla con los alimentos del bicarbonato sódico puede servir de ejemplo.

2.º Por el contrario, todo agente que acelere la presencia del ácido citado, activa la salida del contenido gástrico: las sintoninas (ácido-albumina) son más rápidamente evacuadas que los albuminoides no acidulados.

3.º La aparición del ácido en el antro prepilórico precede siempre á la evacuación del estómago.

4.º Sobre un estómago abierto con bisturí, si se vierte en el sitio indicado ácido clorhídrico da lugar á la apertura del piloro.

5.º La presencia del ácido en el duodeno inhibe la evacuación gástrica.

6.º La ausencia de secreción alcalina en el duodeno retarda la evacuación del estómago á consecuencia de no haberse verificado la saturación del ácido clorhídrico en aquel órgano.

No obstante estas pruebas acumuladas, el mismo Doctor Cannon reconoce que pueden ser objeto de crítica basándose en la observación ó la experiencia é ir en con-

tra de su teoría. El agua, por ejemplo, que pasa inmediatamente al duodeno: pero á eso contesta que las condiciones entre un líquido y los alimentos, son muy diferentes. Con el agua, el tono pilórico es poco elevado en grado y al quedar entreabierto el orificio, su paso se hace sumamente fácil. La ovo-albúmina cruda atraviesa el estómago con tanta prontitud como el agua, porque ambas tienen igual línea de conducta para con la excitación de la mucosa hacia el acto secretorio del jugo gástrico, el cual es casi nulo.

Puede así mismo objetársele, que en los casos patológicos acompañados de aclorhidria, la evacuación gástrica tiene lugar sin entorpecimientos. A esto, dice Cannon que este hecho, que es absolutamente cierto, no es argumento bastante sólido en contra de su opinión, porque las reacciones funcionales de un órgano enfermo no son idénticas á las de uno sano. Por tanto, nada tiene de particular el que la evacuación se haga por otro mecanismo no bien definido que escapa por hoy á nuestra observación.

Como se ve, en estos trabajos del Dr. Cannon existen cierto número de ideas nuevas que no serán fácilmente aceptadas sin controversias sucesivas, á fin de depurar más la fisiología del estómago.

Ambas opiniones, francesa y americana, no obstante hallarse basadas en un espíritu analítico y verdades de observación muy plausibles, no aprecian en conjunto la manera de proceder que tiene el estómago lleno de materias alimenticias diversas y su acción sobre el piloro. No es lo mismo ver salir al agua y albumina del huevo crudo, inmediatamente del estómago cuando se dan aisladamente, que si van mezcladas con otras substancias sólidas que las detienen: ni la mayor ó menor acidez del jugo gástrico en las digestiones, por sí sola, hace abrirse ó cerrarse el esfínter.

Así es que dada la complejidad de hechos físico-químicos que en la digestión intervienen y la influencia del sistema nervioso, tardará mucho tiempo en averiguarse el resultado que se persigue.

Mientras tanto se pueden tener en cuenta algunos de los hechos en el tratamiento de las enfermedades del caprichoso estómago.

DR. GOICOMENDIA.

---

## REVISTA EXTRANJERA

---

**Las estaciones higiénicas, por el Dr. Delisle.**—El conocimiento más acabado que en el día se tiene de la etiología y evolución de algunas enfermedades, así como del terreno orgánico á ellas expuesto, ha dado lugar á la aplicación del cambio de clima como medio de evitar su desarrollo ó servir de poderoso auxiliar de su terapéutica naturista.

Los ingleses y holandeses de alguna posición social, fueron los primeros en trasladar los enfermos torácicos, escrofulosos y débiles con malos antecedentes hereditarios, por medio de buques de vela, á sus posesiones coloniales de la América, Asia y Oceanía. La estancia marítima larga, que el viaje envuelve y la terrestre en campiña sola ó combinadas, sirvieron de terapéutica higiénica, con muchos buenos resultados.

Más tarde, en vista de la inutilidad de los medios empleados contra la tisis pulmonar, hizo al Dr. Laenec recomendar el cambio de localidad como recurso importante para detener la evolución del padecimiento.

Esta utilidad es más demostrable en los neurasténicos, histéricos, viejos, anémicos, bríhticos, convalescientes y en general en todos los débiles de origen ó por circunstancias transitorias, gracias á los progresos de la biología y fisiología.

Las estaciones higiénicas suelen clasificarse en invernales y veraneales y éstas á su vez, dividirse en terrestres y marítimas con sus variedades de campo, montaña, costa y alta mar. Quizá andando el tiempo se introducirán en ellas modificaciones, por medio de globos cautivos ó aparatos de aviación, escogiendo alturas convenientes y exposiciones soleadas.

Ahora bien: toda cura climatérica, para que sea eficaz ha de ha-

llarse bien indicada y dirigida, á la vez que obedecida fielmente por el enfermo ó débil que á ella haya de someterse y usada por tiempo suficiente.

Cualquiera de estos factores que sea alterado, el resultado será nulo ó quizá nocivo.

Y tanto es así, que estamos cansados de saber los fracasos y muertes ocurridas á consecuencia de errores ó debilidades médicas cometidos al aconsejar un cambio de estación á ciertos sujetos y al que éstos hayan hecho sus caprichos de niños voluntariosos mal educados.

La acción saludable que con una estancia higiénica se persigue, se desarrolla por la influencia de un aire puro constante, los rayos físico-químicos del sol, el ejercicio moderado y una alimentación suave y nutritiva.

El tiempo que ha de durar una estancia higiénica será muy variable, según la causa que la motive y el tipo individual, siendo preciso romper con la mala costumbre de determinar períodos fijos. Muchos enfermos ó débiles que salen á las costas ó campo de veraneo, adquieren una salud satisfactoria en apariencia, y sin embargo, llega el invierno y se encuentran condenados á llevar una vida sedentaria y confinada, en una habitación, que por buena que sea, les debilita y enerva, volviendo á su mal estado anterior.

Todo cambio de clima tiene inconvenientes que se deben salvar con una higiene especial y cuyas reglas no se pueden dictar á distancia y sólo el médico de la estación á donde vaya el enfermo es el encargado de formular los detalles de la cura con su experiencia adquirida en la localidad; pero muchas veces ocurre que bien por la elección del pueblo, habitación, género de vida ó caprichos del individuo, no son oídos ni consultados los médicos de cabecera y el de la estación y vienen catástrofes inevitables.

La imprudencia más frecuentemente observada es la excesiva confianza que tienen los individuos que desde un clima más ó menos frío se trasladan en invierno á una estación meridional superior á los trópicos en latitud, imaginándose encontrar un verdadero verano. Al efecto, salen de paseo por la tarde, sin precaución alguna para el momento de la vuelta. El acortamiento de los días en invierno y la poca duración en la estancia del sol, bastan para explicar la rápida sensación de frío que sobreviene en las mejores estaciones invernales á la caída de la tarde. La condensación de la humedad produce

desde una simple neblina hasta una lluvia pulverizada, que aumenta el efecto de la refrigeración por entorpecimiento de las funciones de la piel. Si á esto se añade que en el Mediterráneo, á esas horas se suele levantar un viento más ó menos fuerte en las montañas que se dirige hacia el mar, se comprenderá que acrecienta el peligro de enfriamiento.

Este produce muchas veces desde la tarde misma un acceso de fiebre con malestar, anorexia, escalofríos penosos y prolongados. Si se tiene cuidado inmediatamente de calentar al enfermo, colocándole en una cama, bien abrigado y dándole bebidas calientes y estimulantes, como el té con rón ó vino caliente con canela, todo se limitará al acceso febril; pero de no hacerlo, es casi seguro que al día siguiente aparezca una angina ó bronquitis por lo menos.

Algo parecido sucede en las estaciones de altura, pues las nieblas y el aire causan una depresión termométrica temible para los aparatos respiratorio y el digestivo.

En toda estación higiénica que se elija ha de procurarse el que haya la menor cantidad posible de humedad, polvo, corrientes de aire frío, exposición buena al sol, habitación bien orientada y alimentos aceptables. Para que el público técnico y vulgar tuviera datos á qué atenerse, sería preciso que se hiciera un mapa climatoterápico de las principales regiones recomendables; pero desgraciadamente hay que regirse por descripciones incompletas cuyas referencias suelen tener mucho de interés industrial.

Gozan de fama Menton, Cannes, Niza, Sicilia, Malta, Corfú, El Cairo, Biskra, Alicante y Málaga en la zona Mediterránea; las islas Canarias, Madera, Jamaica y otras, como estaciones invernales. De altura cuéntanse los sanatorios de Suiza y Alemania, bien organizados, con toda clase de previsiones para las diversas estaciones del año. En España, aunque atrasada en esta materia, suelen elejirse en verano á Panticosa, Benasque y Moncayo en Aragón; Cercedilla, Escorial y la Sierra de Gredos, en Castilla la Nueva, á donde concurren muchas familias con individuos anémicos, catarrosos y convalescientes. Como estaciones de costa y campiña suelen jugar mucho en verano, las menos calurosas y de más moda en cada nación.

Raras son las personas que van á pasar temporadas en alta mar y de ellas los anglo-sajones y suecos son los más aficionados. Limitanse á lo más, á tomar como un buen pasatiempo elegante el sport de los

balandros de paseo, regatas ó pesca, empleando varias horas del día embarcadas.

*Contraindicaciones.*—1.<sup>a</sup> Ningún enfermo muy debilitado ó caquéctico debe moverse de su casa para ir á una estación higiénica, porque corre el riesgo de morir en el camino ó en ella. 2.<sup>o</sup> Todo tipo erético de la tisis, el cavernoso, hemorrágico y neurasténico con fobias de los grandes espacios descubiertos no debe ser llevado á estaciones de altura so pena de agravación ó muerte. 3.<sup>o</sup> El catarroso torácico ú ocular crónicos, eczematosos, neuro-artríticos y asmáticos, no les va bien á orillas del mar y sí en tierra adentro.

Todos estos detalles y otros, relativos á la elección de habitación, comida, ropa y ejercicio que se recomiendan, parecerán abrumadores y minuciosos, pero los consideramos indispensables para obtener el máximun de acción benéfica. Sin duda alguna de estas precauciones podrán ser atenuadas en los individuos simplemente fatigados por sus ocupaciones, que van á una estación á descansar higiénicamente.

No debemos olvidarnos que elejida una estación higiénica, se debe, una vez adaptado el sujeto á ella, permanecer todo el tiempo que sea posible sino surje alguna contraindicación atendible.

**Estudio de la secreción gástrica sin sondaje, por el Dr. L. Meunier**—Clásicamente, cuando se desea conocer la naturaleza de la secreción estomáquica, se suele sujetar al enfermo á una comida de prueba, extrayendo al cabo de una hora la mezcla gástrica para en último término, analizarla químicamente.

Realmente esta manera de proceder presenta numerosos inconvenientes á saber: para el enfermo, que sufre con la introducción de la sonda gástrica; para el médico, no ejercitado, la extracción es difícil, sino imposible, del líquido estomacal, complicándola con un análisis químico: en fin, y aun para el especialista, sólo tiene el dato de la secreción en el momento del sondeo, dejándole ignorante de lo que ésta es antes y después del ensayo.

Para salvar estos defectos, empleamos un procedimiento basado en el principio siguiente:

Las experiencias de Einhom, Saito y Sahli, demuestran que el catgut preparado, como se sabe, con la submucosa del intestino del carnero, se disuelve en el jugo-gástrico, tanto más rápidamente, cuanto más activo sea.

A este efecto, se hace una especie de cápsula en la cual se intro-

duce una perla de éter. La abertura de ese saco está atada y cerrada por medio de un hilo de catgut más fino que el número 00, del usado en el comercio: este hilo se rompe bajo el peso de dos kilogramos. Damos al enfermo, en plena digestión estomacal, una de esas cápsulas preparadas y llegada al órgano sufre el hilo de catgut la acción del jugo gástrico y en un momento dado, la ligadura cede expulsando la perla de éter fuera de la cápsula. La perla luego, se disuelve y se rompe. En este instante preciso se indica por el mismo enfermo que eructa el éter, el tiempo trascurrido entre la toma de la cápsula y la disolución del catgut en el jugo gástrico.

Para apreciar el valor de estas cápsulas, hemos efectuado dos series de experiencias, que las vamos á exponer:

*Digestión artificial.*—1.º Colocamos una cápsula en un líquido, que como el agua, carece de poder digestivo y lo mantenemos á 37º en una estufa apropiada. Al cabo de muchas horas de permanencia en ella, el catgut queda intacto y la perla de éter encerrada en el saco, no sufre alteración alguna.

2.º Enseguida ponemos una cápsula en un jugo gástrico filtrado colocando el todo en una estufa y al cabo de un tiempo más ó menos largo, se abre el saco y se rompe la perla de éter. El tiempo para que este hecho tenga lugar será tanto más corto, cuanto más activo sea el jugo empleado. De aquí el que cabe hacer una escala de actividades proporcionales á la cantidad de ácido clorhídrico que contenga el jugo gástrico.

Resumiendo las experiencias hechas con jugos gástricos diferentes, podemos citar las cifras siguientes:

### CUADRO DE ACIDECES

Cantidades de H C L en los jugos gástricos	Tiempos de rotura de la perla de éter
H C L = 1,20 ‰ . . . . .	20 minutos
» » 0,50 ‰ . . . . .	50 »
» » 0,15 ‰ . . . . .	1 hora y 20 »
» » 0 ‰ . . . . .	3 á 4 horas

*Digestión estomacal.*—Veamos ahora la disolución de la cápsula en el interior del estómago.

Para ello, hacemos tomar á un enfermo la comida de Ewald (60 gramos de pan y 250 de agua) y le suministramos inmediatamente después una de las cápsulas mencionadas y anotamos el tiempo que transcurre hasta el momento en que aparece el eructo de éter. En este momento, hacemos la extracción del líquido gástrico, que analizado, lo comparamos del mismo modo en su acidez clorhídrica y el tiempo empleado hasta el eructo etéreo.

Las cifras obtenidas nos dicen que los resultados hallados por medio de la digestión estomacal, se aproximan mucho á los suministrados por la digestión artificial, lo cual parece muy lógico.

En efecto, el tubaje no nos da el estado de la secreción, más que en el momento mismo del ensayo; pero después de una comida, esta secreción varía por instantes, siendo muy activa al cabo de media hora y tal vez nula después de una hora ó en el momento del tubaje. De aquí, nace un error grosero de interpretación.

Por el contrario, con la cápsula, el clínico se entera de la actividad real de la digestión, durante toda la permanencia de aquélla en el estómago,

Además: con la cápsula se puede estudiar la secreción gástrica después de cualquiera comida. A título de ejemplo, exponremos los tiempos de disolución de una cápsula tomada después de una comida de Ewald. Estos tiempos, deducidos de varias observaciones pueden resumirse en el cuadro siguiente:

## CUADRO DE ACIDECES DIAGNÓSTICAS

Tiempo de eructación del éter	Diagnóstico de la secreción
Antes de 1 hora. . . . .	Hipersecreción
Entre 1 hora y 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> . . . . .	Secreción normal
Después de 1 hora y <sup>1</sup> / <sub>2</sub> . . . . .	Hiposecreción
Falta de eructo . . . . .	Aclorhidria

Resumiendo: la cápsula nos parece que tiene las ventajas siguientes:

1.<sup>a</sup> Una gran facilidad para el enfermo que la toma cuantas veces sean necesarias al examen de su jugo gástrico, sin que sufra molestias de ningún género.

2.<sup>a</sup> Posibilidad para el médico de conocer la actividad gástrica, con tal ó cual comida que elija y las variaciones que imprima el régimen alimenticio que instituya.

3.<sup>a</sup> Obtención inmediata de los datos necesarios al diagnóstico y tratamiento sin necesidad de sondajes, ni análisis químicos.

**Dispepsias duodenales, por el Dr. Gaultier, de París.**

—Ante la Sociedad de Terapéutica de París se ha leído una comunicación interesante en la que se aclaran muchos puntos oscuros que sobre las dispepsias existen y merecen por lo tanto el honor de resumirla.

El Dr. Gaultier basa los resultados obtenidos en la cropología clínica, de la que ha verificado un estudio especial, para fijar de una manera clara los síntomas y formas principales que adopta y poder plantear la terapéutica de las dispepsias duodenales.

Como signos funcionales el autor ha observado:

1.<sup>o</sup> Las variaciones en el apetito, aumentado ó disminuído. En general, si el aumento es considerable y llega hasta la polifagia, acompañada ó nó de polidipsia, la dispepsia pancreática es la que domina: por el contrario, si está disminuído ó es casi nulo, se trata de una dispepsia con predominio biliar.

2.<sup>o</sup> Los dolores umbilicales ó supra-umbilicales que simulan á veces un cólico hepático. Sobrevienen habitualmente algunas horas después de las comidas, se acompañan de meteorismo abdominal y se terminan por una abundante emisión de gases.

3.<sup>o</sup> Alternativas de diarrea y estreñimiento. Cuando este último domina y las heces están más ó menos descoloridas, se trata de una dispepsia biliar y de pancreática si se nota diarrea, grasosa principalmente.

4.<sup>o</sup> Por último, el prurito y las náuseas. El primero, si es nocturno de preferencia, caracteriza la dispepsia biliar y las náuseas, que rara vez llegan al vómito, se observan en la de carácter pancreático. Sin embargo, estas suelen notarse algunas veces cuando hay insuficiencia biliar en juego.

Los síntomas apreciados por la percusión y palpación, consisten principalmente en timpanismo abdominal, marcado dos ó tres horas después de la comida, tumores estercoreáceos más ó menos voluminosos del intestino grueso, dolor provocado por la presión en la zona ó punto pancreático del Dr. Chauffard y por último, el hígado es pequeño y duro casi indoloro unas veces y otras voluminoso y sensible.

De lo dicho se infieren dos formas duodenales: una, biliar y otra pancreática. En ambas, el color de la piel es terroso, hay enflaquecimiento y decadencia física rápida.

El tratamiento no obedece todavía á reglas fijas, porque ciertos puntos de fisiología patológica permanecen oscuros. No obstante, el Doctor Gaultier, dá algunas, bastante precisas que las indicaremos.

El régimen alimenticio tiene ante todo la mayor importancia. Como casi siempre depende de un cansancio prolongado del estómago, conviene moderar su trabajo, prescribiendo la leche, harinas de cereales y purés de legumbres, bebiendo aguas alcalinas débiles. Se suprimirá todo lo que pueda excitar las funciones pancreática y biliar, es decir, la carne, leguminosas, cuerpos grasos, dulces, ácidos, condimentos, el vino, alcohol, chocolate, té y café. Esta régimen se usará por mucho tiempo y se comprobarán sus efectos por un examen coprológico. Puede ser oportuno el empleo de ciertos fermentos, como la pancreatina total, capaz de facilitar el descanso del órgano y suplir su función.

Como medios medicamentosos aconseja el uso de las aguas de Vichy, sulfato y fosfato de sosa, áloes ó sen como colagogos para aumentar la bilis, y los ácidos clorhídrico y láctico como excitantes del páncreas.

La medicación ácida duodenal del Dr. Enriquez, considerada como específica, nos parece contradictoria y los resultados no han sido satisfactorios.

**La poliomiелitis y las pseudo-hernias ventrales, por el Dr. Román von Baraęz.**—Este ilustre profesor de la Facultad Médica de Lemberg, ha reunido ocho casos clínicos, dos suyos y seis ajenos, de hernias abdominales consecutivas á una poliomiелitis anterior aguda, recaídas en jóvenes y niños.

De su lectura se infiere lógicamente á deducir que en la parálisis infantil, los músculos del abdomen pueden estar comprometidos del mismo modo que los de otras regiones. Paralizados, se dejan disten-

der por las vísceras abdominales y los esfuerzos de la tos, estornudos y defecación, concluyendo por dar lugar á la formación de una hernia ó laparocèle.

Esta rara complicación de la parálisis infantil fué indicada en 1807 por Duchenne de Boulogne en un solo caso observado y que se halla comprendido entre los enumerados más arriba.

Las ocho observaciones parecen calcadas las unas en las otras, salvo una, en que el laparocèle no va acompañado de parálisis más ó menos acentuadas en uno ó ambos miembros inferiores.

De todos modos podremos resumir su cuadro clínico.

Un niño de cuatro años, ingresó en la clínica del profesor citado, por una parálisis del miembro inferior derecho y un tumor que ocupaba el lado derecho del abdomen.

Nacido á término, á los 10 meses tuvo fiebre, vómitos y agitación, que desaparecieron al cabo de algún tiempo. Un mes después, la madre notó la parálisis de la pierna derecha y algo más tarde, la aparición de un tumor abdominal, que aumentaba de volumen al llorar. A pesar de un tratamiento eléctrico, la pierna no se modificó y sí algo el tumor, haciéndose menor en volumen.

El examen del niño dió por resultado el diagnóstico de parálisis del miembro citado, con pseudohermia ventral lateral debidos á una poliomiélitis anterior aguda.

Cuatro años más tarde, en 1907, teniendo 8 años de edad, fué llevado nuevamente á la clínica, en donde la inspección dió el siguiente resultado:

La parálisis de todo el miembro inferior derecho era completa, péndula, extendida á todos sus segmentos y acompañada de una atrofia marcada, con trastornos de circulación (cianosis) y de temperatura.

### Laparocèle por poliomiélitis infantil.



(Figura 1.<sup>a</sup>)

Parálisis del miembro inferior derecho y de los músculos abdominales con laparocèle.

Entre el reborde costal y la cresta iliaca del lado derecho se vió un tumor oval de dimensiones análogas á la de un huevo de un avestruz, pronunciándose su volumen al poner el niño en juego la región abdominal. Lijeramente elástico dió una sensación de empastamiento y sonido mate á la percusión.

El orificio de salida visceral era mal determinado y sus bordes formados, por fuera, por el músculo recto del abdomen y por dentro, por una especie de brida, constituida por el oblicuo externo. El diámetro transversal del orificio midió en 7 centímetros; su borde superior llegaba á la altura de las costillas falsas y el inferior se detenía á 3 centímetros de la cresta illaca (fig. 1.<sup>a</sup>)

El examen elérrrico de los músculos, demostró una degeneración parcial del músculo recto del abdomen del lado izquierdo y total de su compañero. El oblicuo estaba por completo degenerado en la derecha y normal en la izquierda.

Había también degeneración total en los músculos del miembro inferior derecho y parcial de su pareja. Los reflejos tendinosos abolidos en el miembro derecho; el cremasteriano normal en ambos lados; el plantar disminuido en ambos y más ó menos abolidos los abdominales. La sensibilidad normal.

Resulta de esta observación, que la parálisis infantil puede alcanzar á los músculos abdominales y dar lugar á una pseudohernia.

Las diferencias en algunos de los otros casos, existen en la mayor ó menor gradación del laparocèle ó la parálisis de los miembros inferiores, según la mayor ó menor extensión que tenga la lesión medular.

Uno de los casos más raros, demuestra que es posible sufrir de

### Laparocèle por poliomiélitis infantil.



(Figura 2.<sup>a</sup>)

Poliomiélitis sin que afecte más que á los músculos abdominales, causando la hernia.

una poliomielitis anterior aguda, atacando solamente los músculos abdominales para dar lugar al laparocèle y quedar indemnes los miembros inferiores. (fig. 2.<sup>a</sup>)

**Las exóstosis digitales, por el Dr. Broca.** —Esta afección aunque poco frecuente, se la observa en los dedos gruesos del pie y mano y su situación preferida, suele ser subungüéal, causando grandes incomodidades, especialmente en la progresión y trabajos manuales.

Sin embargo: el doctor Broca ha señalado un caso, en el que el tumor ocupó el borde cubital de la falangeta del dedo medio de la mano, sobrepasando el borde correspondiente á la uña y extendiéndose hacia la cara palmar.

Sobre él, la piel estaba roja, adherente y espesa como un callo fuerte, formando cuerpo con el hueso, de una manera clara.

Todo roce era doloroso y hacía imposible el uso del dedal de coser, en la enferma.

La ablación quirúrgica es en este caso el tratamiento único y práctico. (fig. 3.<sup>a</sup>)

**Un medio mecánico de cortar un ataque de epilepsia, por el Dr. Conoghey de Edimburgo.** —Entre los diversos medios puestos en práctica para detener una crisis epiléptica, este médico escocés recomienda el siguiente, cuya sencillez es evidente.

Consiste en cojer al paciente y volverlo bruscamente sobre el lado izquierdo de su cuerpo y mantenerlo en esta posición. Casi inmediatamente cesan las convulsiones, las mandíbulas se abren y el enfermo vuelve en sí á los pocos momentos.

### EXÓSTOSIS DIGITAL



Figura 3.<sup>a</sup>

Exóstosis del dedo medio.

Afirma dicho profesor que ha empleado esta manipulación en gran número de casos, con resultados sorprendentes jugulando la crisis nerviosa. En dos casos ocurridos en la vía pública, causó tal admiración entre las gentes, que le tomaron por un ser notable.

Aunque no se sabe cual sea el mecanismo que explique el alivio obtenido en la enfermedad, merece ser experimentado el procedimiento por su sencillez, rapidez é inocuidad.

¿Tendrá aplicación á otros estados convulsivos de neuropatas, cuya causa no sea una infección ó intoxicación? No lo sabemos; pero nada se pierde con ensayarlo.

DR. IGNOTUS

---

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

---

*Sesión celebrada el día 3 de Abril de 1908*

Preside el Sr. Bolívar

Con asistencia de los Académicos Sres. Uníbaso, Alonso, Gil y Gorroño, Entrecanales, Esparza, Gil é Ibarzüengoitia, Carrasco, Díaz, Saralegui y Otaola, dió comienzo la sesión.

En la sección de «casos prácticos» el Sr. Díaz y Emparanza presentó uno referente á una muchacha afecta de

### Caso de gangrena simétrica de las extremidades

*Asfixia local (enfermedad de Roinaud).* —Se trata de una mujer, Luisa Goñi, natural de Lodosa (Navarra), de 20 años de edad, soltera, costurera, de buena salud habitual, constitución débil, linfática, sin antecedentes hereditarios dignos de mención, ni patológicos propios interesantes. Su enfermedad data de unos dos meses de fecha. A principios de año comenzó con malestar general y una erupción generalizada, de cuyos caracteres no se acuerda; pocos días después, desaparecida la erupción, comenzó á sentir pinchazos al nivel de las uñas de los dedos de las manos y pies, que al mismo tiempo se pusieron rojas, para más tarde volverse blancas, aumentando los dolores.

Más tarde el color cambió á verdoso, con dolores cada vez más intensos, y, por último, las últimas falanges se pusieron negras, con alguna ampolla en las falanges segundas.

*Estado actual.*—El 14 de Marzo, día en que la vimos por primera vez, su estado era el siguiente: aparenta más edad de la que tiene, presenta la última falange de todos los dedos de sus cuatro extremidades negra, arrugada, seca y dura (momificada), las segundas negruzcas, con alguna ampolla llena de serosidad en unas, con el epidermis levantado en otras y entre éstas y la raíz de los dedos, un círculo inflamatorio limitante; este estado es menos marcado en los pies; no tiene olor, ni dolor espontáneo; el dorso de las manos ligeramente edematoso.

*Aparato circulatorio.*—Pulso pequeño, frecuente y depresible, 120 por minuto: Tensión 12,50. El corazón late visiblemente en el 5.º espacio: al nivel de la punta ligero estremecimiento catario; á este mismo nivel la auscultación revela ruidos anormales; el primero normal, está sustituido por un ruido sordo, prolongado, que empieza antes del sistole; luego se oyen dos secos, uno más fuerte que el otro; á medida que se ausculta hacia la base, sólo se oyen dos ruidos, uno apagado y largo y el segundo más fuerte, sobre todo en el foco pulmonar. Temperatura de 38º y décimas.

Lengua saburral nada especial por parte del estómago é intestinos, etc.

*Sistema nervioso.*—Sensibilidad táctil, térmica y del dolor, normales; reflejos rotulianos, normales.

*Orina.*—Sólo se observa en ella ligera disminución de urea.

*Observaciones hasta el día de la fecha.*—Sometida á una dieta apropiada, se la ponen compresas de cianuro, para que no se infecten los dedos: se le dan tónicos generales y cardíacos: la fiebre desapareció en dos ó tres días, no volviendo á subir el termómetro de 37º, el pulso no se ha modificado nada, ni aun con la digital ni el bromuro, ni el ioduro de potasio, que últimamente tomó. Su estado general hoy, es bueno, no tiene dolores, se levanta todos los días, pero el estado local sigue exactamente igual.

Tal es el cuadro clínico que presenta esta joven, que encaja perfectamente en el que presentó Rainaud, con el nombre de

Asfíxia local, gangrena simétrica de las extremidades: ahora bien; ¿es una enfermedad propiamente dicha ó sólo un Síndrome?

Entre los datos suministrados por la mujer en cuestión no hay ninguno que nos dé la clave etiológica de esta afección: los signos que se observan en su aparato circulatorio, revelan la existencia de un proceso inflamatorio crónico del endocardio, localizado probablemente al nivel de la mitral, dando lugar á una estrechez: ¿será este proceso, con el trastorno circulatorio consiguiente, el causante de las lesiones que presenta en sus dedos probablemente sí.

En cuanto á la patogenia de esta afección, no están conformes los diversos autores: Rainaud lo achaca á un estado tetánico del simpático, que da lugar á un espasmo de las arterias de las partes más lejanas del centro circulatorio: otros dicen ser una neuritis la causa de esta asfíxia y hay quien habla de un proceso infeccioso: yo no se cuál sea la esencia de esta afección; es posible sea el espasmo vascular de Rainaud, debido á su vez de diferentes causas, puesto que la gangrena simétrica de las extremidades, se encuentra en el cuadro de diversas afecciones, especialmente nerviosas, mielitis, siringomielia, etc. Presenta el caso como curioso, pues raras veces se encuentra en la clínica en la forma descrita en esta historia, y espera que los Sres. Académicos con su vasta ilustración nos aclaren el asunto.

### Parto con estrechez pélvica y eclampsia

**Sr. Gil y Gorroño.**—Reanudando su interrumpido discurso de la sesión anterior, dice que va á contestar á los tres puntos en que le objetaron los Sres. Mendaza y Entrecanales.

Respecto del primero, ó sea de la conducta seguida por él en el curso del parto referido, asegura que se decidió á seguir una conducta expectante, en vista de que la mujer se hallaba en buen estado, con fuerzas suficientes, con contracciones uterinas regulares é intermitentes, con una intermitencia tan perfecta, que en el intervalo de las contracciones, la matriz quedaba en completo reposo; que no había fiebre, que la matriz no se hallaba en anteversión y que, por último, la cabeza del feto no era muy voluminosa y los parietales se acabalgaban, hecho este último muy

importante, pues sabido es que al acabalgarse uno sobre otro los parietales, disminuyen los diámetros de la cabeza fetal y se facilita grandemente el paso de la cabeza á través del estrecho superior. Estas son las razones que invoca en defensa de su conducta y que han merecido la aprobación de los señores que tomaron parte en la disertación el último día.

Además, encuentra muy oportuno hacer recordar que, aun siendo dato muy importante la cuestión de los diámetros pelvianos, este dato no es suficiente, pues para el curso del parto conviene tener presente el volumen de la cabeza fetal, que en este caso no era muy grande.

Respecto de la versión profiláctica, opina que la extracción de la cabeza última no es procedimiento muy factible, pues si difícil es la expulsión de la cabeza al principio del parto en una pelvis estrecha, más difícil es aun extraerla en último lugar, toda vez que la cabeza se halla mejor dispuesta á recorrer la hilera genital al principio del parto que al final. La extracción de la cabeza última, requiere una gran habilidad tocológica, si se desea extraer el feto vivo.

Acerca del forceps, él está convencido de que una aplicación alta de forceps es peligrosa para la madre y para el feto, especialmente para este último, y, puesto en el caso, prefiere hacer una versión á una aplicación de forceps en el estrecho superior.

Otro de los puntos que se han tratado en este debate, es la cuestión de la extracción manual de la placenta, que si él la practicó en este caso, fué por la premura del tiempo y porque, convencido de que la expulsión de la placenta aminora la intensidad de los ataques de eclampsia, extrajo rápidamente aquélla, para evitar este peligro.

Distingue la extracción de la desinserción manual de la placenta, y dice que él emplea indistintamente estos dos términos para designar el acto de coger la placenta con la mano dentro de los genitales femeninos. De todos modos entiende que la extracción manual tiene sus indicaciones, y él no la recomienda siempre, pero opina que sobre este particular se han exagerado los peligros, y aun cuando cree que se hace bien con ello, pues si no mencionaran aquéllos más ó menos grandes, todo médico se creería autorizado para introducir impunemente la mano en el útero,

creo que no deben sacarse conclusiones tan exageradas como las expuestas por el Sr. Mendaza en la sesión anterior. Por su parte él ha tenido multitud de casos en que ha extraído la placenta valiéndose de esta maniobra, y ha visto pocas infecciones, lo cual lo atribuye al hecho de que siempre ha procedido ayudado por la asepsia.

Que hay exageraciones en estos detalles, lo prueba el hecho de que en alguna de las obras modernas de «Obstetricia» se recomienda, cuando tarda en desprenderse la placenta, tirar suavemente del cordón, y en el punto donde se aplican los dedos, rodear aquél con un trozo de gasa ó de algodón asépticos y si á pesar de ello tarda algún tiempo más en desprenderse, se introduce suavemente el dedo en la vagina hasta procurar alcanzar la masa placentaria; y todo esto le parece ridículo, pues si está aséptico el dedo que tira, no ve por qué motivo ha de rodearse el codo con una substancia aséptica, y si no lo está, tampoco comprende la razón de introducirlo en la vagina. Por otra parte, conceptúa asimismo ridículo el procedimiento de ligar el cordón con seda aséptica, y el de colocar también un apósito aséptico, pues no entiende, y desea que se lo digan, el mecanismo de la infección en un cordón umbilical.

Acerca del desprendimiento artificial de la placenta, dice que debe practicarse introduciendo la mano por su borde cubital entre la placenta y el útero, para desinsertar aquélla en totalidad, mientras que, efectuándose con los dedos el desprendimiento no es completo, corriendo el riesgo de dejar dentro de la cavidad uterina restos placentarios y trozos de membrana que luego son la causa directa de una infección que se achaca al desprendimiento ó desinserción manual, y no se debe más que á la imperfección de aquel procedimiento.

A propósito de la infección puerperal, asegura que no es el médico ni la partera muchas veces responsables de aquel accidente, pues como ha visto algunas veces, y lo hará resaltar en su día, si se discute este asunto, la misma parturiente, y hasta las personas que la rodean, pueden tener la culpa de semejante complicación.

Respecto de la estadística presentada por el Sr. Mendaza, dice que este es un nuevo caso que corrobora lo que viene diciendo

hace tiempo; que con los números se hace lo que se quiere, y en efecto, en el cuadro presentado aquí, en el que un individuo asegura que una operación cesárea es más inocente que una extracción manual de placenta, no tiene presente que practicada la operación cesárea, tiene luego que desinsertar manualmente la placenta y se contradice de una manera palmaria.

De todas las maneras ofrecerá peligros la repetida extracción pero los peligros se atenúan considerablemente y aun pueden desaparecer si aquella maniobra se efectúa en buenas condiciones.

No quiere terminar este asunto sin hablar algo acerca de otro procedimiento que él lo cree oportuno, y hoy no se recomienda: las inyecciones intrauterinas. Dice que éstas tienen sus indicaciones muy claras, especialmente en lo que atañe al tratamiento de las hemorragias, *post partum* que se logran cohibir bastante fácilmente á beneficio de una inyección intrauterina caliente y aséptica; además de que el agua arrastra los coágulos que, como ya es sabido, constituyen un excelente medio de cultivo microbiano. Merced á este procedimiento, la matriz queda retraída y limpia, y el peligro de infección desaparece.

A propósito de la génesis de la eclampsia, el tercer punto importante tratado en esta discusión, dice que es en este caso muy importante, pues no existía síntoma alguno que hiciera temer la explosión de los accidentes. La contracción muscular y el cansancio no explican suficientemente la eclampsia, pues una vez expulsado el feto y la enferma tranquila, persistieron las convulsiones algún tiempo.

Se atreve por ahora á adelantar la idea de que la eclampsia pueda ser un síndrome de una enfermedad determinada: cuál pueda ser ésta, no lo sabe.

**Sr. Mendaza.**—Agradece á los Sres. Entrecanals y Gil la intervención en este debate. Respecto del Sr. Gil dice que ha dado un verdadero curso de «Obstetricia» de urgencia, que él estima en lo que vale.

Contestando al Sr. Gil, asegura que él también participa de sus opiniones acerca de la extracción de la cabeza última en las pelvis estrechas, pues entiende que siendo difícil en las pelvis normales, con más razón lo será en las estrechas, y se necesita

una habilidad manual grande para extraer rápidamente la cabeza sin detrimento de la vida del feto, y esta habilidad son pocos los tocólogos que la poseen.

Opina asimismo, que la aplicación del forceps en el estrecho superior, es de peligrosos resultados para la vida del feto, y expone á la madre á traumatismos de importancia.

En lo que no está conforme es en lo que atañe á la cuestión de la desinserción manual de la placenta. No rechaza esta intervención cuando se halla indicada, pero entiende que estas indicaciones son muy limitadas, se trata solamente de una indicación vital, por ejemplo, una hemorragia súbita, y claro está, que aquí no caben temporizaciones, hay que obrar con rapidez. No es esto lo que él censura, lo que él combate es el afán desmedido de algunos médicos de que, á la menor indicación una hemorragia ligera, la prisa por salir de la casa, un alarde de valentía, de despreocupación de habilidad obstétrica, introducen la mano hasta el fondo de la matriz y desprenden con más ó menos violencia, una placenta que, con un poco de paciencia, se hubiera desprendido sola, sin exponer la vida de la mujer á ulteriores y serias consecuencias. Contra esto es contra lo que hay que luchar, aparte de que considera deficientes los procedimientos de asepsia que ponen en práctica algunos médicos, que consideran suficiente el simple lavado de las manos con una disolución de sublimado corrosivo, y esto, á la verdad, no es bastante.

Replica al Sr. Gil, contestándole en lo que respeta á la operación cesárea, que aquien efecto, hay que desprender manualmente la placenta, pero las condiciones no son las mismas; el tocólogo, sus ayudantes, la enferma, todos han sido esterilizados, así como el material que se emplea, mientras que en un parto ordinario se halla el médico muy lejos de haber adoptado tales precauciones.

---

*Sesión celebrada el día 10 de Abril de 1908*

Bajo la presidencia del Sr. Bolivar y con la asistencia de los Académicos Sres. Entrecanales, Carrasco, Esparza, Somonte, Díaz y Unibaso, dió principio la sesión.

**Sr. Entrecanales.**—Amplía lo que dijo en una de las sesiones anteriores acerca del caso de *Hematuria* presentado por él, y manifiesta que se trataba de un individuo de 55 años de edad, deplorable tara orgánica, arterio-escleroso, con degeneración renal y cardíaca, y con una congestión pulmonar.

Hace un año tuvo una hematuria, expulsando la orina con algunos coágulos sanguíneos y fuertemente teñida de sangre; practicó el experimento de Guyón, y pudo convencerse con ello de que el origen de la hemorragia se hallaba en la vejiga; se analizó la orina, dando la reacción propia de la sangre.

Pensó se trataría de alguna neoplasia vexical, pero rechazó este supuesto por varias razones.

La hematuria adoptó el carácter de intermitente; en largos períodos de calma, y llamando un especialista no pudo hacer un reconocimiento intravexical, porque existían algunos inconvenientes.

El tratamiento fué el de los hemostáticos al interior, y alguna inyección vexical astringente, pero sin resultado satisfactorio, hasta que las inyecciones intra-vexicales de la adrenalina, consiguieron concluir con la hemorragia.

**Sr. Díaz.**—Como caso nuevo y raro, presenta el siguiente:

Joven de 14 años, sin antecedentes de ningún género; presentaba una hematuria sin dolores ni trastorno local ni general de ninguna clase, sin albuminuria ni cilindros, ni síntoma alguno por parte de la vejiga.

Por exclusión hizo el diagnóstico de hematuria nerviosa y la sometió á la dieta láctea, propinándola tres ó cuatro cápsulas diarias de un decígramo de esencia de trementina, cesando la hemorragia. Reaparecida ésta tres ó cuatro meses después, la sometió al mismo tratamiento, con tan satisfactorio resultado, que desde hace tres años, no ha vuelto á tener novedad.

**Sr. Entrecanales.**—Entiende que no existe relación alguna entre el caso presentado por él y el citado por el Sr. Díaz.

En aquél se trata de una lesión local de la vejiga, y la prueba está en el resultado por el tratamiento tópico; el del Sr. Díaz quizá fuera debido á un estado general nervioso ó angioneurótico, ó quizás hemofílico.

**Sr. Unibaso.**—Está conforme en que en el caso del Sr. En-

trecanales se tratara de una lesión local, la prueba está en el tratamiento.

Indica que la forma especial de los coágulos sanguíneos pueden hacer sospechar el origen de la hemorragia.

Pero hay otra cuestión: en un individuo da una tara fisiológica, verdaderamente miserable, depauperado, alcohólico y arterioescleroso, no tiene nada de extraño que las arterias de la vejiga, frágiles, como ya es sabido que lo es todo el sistema arterial, en un arterio-escleroso, se rompieran con cualquier motivo. Además pudiera tratarse de una congestión habitual de la vejiga, ó quizás también, cabe existiera algún plexo varicoso de la misma, hipótesis todas ellas que pudieran explicarnos la génesis de la hematuria de este sujeto.

El caso que ha expuesto el Sr. Díaz es absolutamente distinto, y él por su parte no se explica bien la etiología de la hematuria nerviosa.

**Sr. Entrecanales.**—El reconocimiento practicado por un especialista, no dió resultado satisfactorio alguno.

Entiende que el Sr. Unibaso se halla en lo cierto, en lo que atañe á la etiología de la hemorragia del caso descrita por él.

**Sr. Díaz.**—Cree también que los dos casos son distintos; ha presentado el suyo para añadir uno más de hematuria de origen desconocido.

Habla de las hemorragias de origen nervioso y cita el caso de que una joven afecta de hemóptisis periódica, que era histérica y presentaba trastornos vaso-motores muy intensos de la cara, pero que no tenía lesión pulmonar de ninguna clase.

**Sr. Unibaso.**—Insiste en que no se explica bien la causa de las hemorragias netamente nerviosas; en las histéricas pueden quizás haber estos hechos, pero éstas no suelen sufrir congestiones agudas activas, sino transitorias.

**Sr. Esparza.**—No cree en las hemorragias exclusivamente nerviosas, que no ha visto nunca, á pesar de que existen innumerables individuos de temperamento nervioso.

**Sr. Entrecanales.**—Dice que pueden ocurrir esta clase de hemorragias, cuya patogenia describe, por la congestión previa nerviosa vaso-motora y rotura vascular consecutiva. A este respecto habla de la saliva sanguinolenta de las histéricas.

**Sr. Unibaso.**—*Caso de gangrena simétrica de las extremidades.*—Para que se hubiera podido estudiar este caso en todos sus detalles, habría deseado que la enferma hubiera venido á la Academia para ser reconocida

Por su parte él vió un caso parecido á este de una señorita, á quien trató en su consulta. Individua de 21 á 22 años, nerviosa, anémica, amenorreica, con hiperestenia ovárica, pero sin anestesia faríngea y con gastralgias frecuentes; en suma: una histérica con cloro-anemia. Esta individua presentaba una frialdad extrema de los pies y de las manos, especialmente en los dedos que se hallaban lívidos, pero que ofrecían estas extremidades la particularidad de que, sumergiéndolas en agua fría, iban poco á poco adquiriendo una coloración roja é intensa.

Trató primero de combatir la cloro-anemia existente y aquel estado nervioso para lo cual la dispuso el hierro y la quinina, esta última en dosis algo crecida, y una poción de bromuro al acostarse.

---

*Sesión celebrada el día 24 de Abril de 1908*

Bajo la presidencia del Sr. Bolívar y con la Asistencia de los Académicos Sres. Carrasco, Esparza, Entrecanales, Díaz y Somonte, se dió lectura al acta de la sesión anterior que fué aprobada.

**Sr. Presidente.**—Da cuenta á la Academia del fallecimiento del Académico Dr. Ignacio Alegría, haciendo resaltar los méritos científicos que concurrían en dicho señor, pronunciando algunas sentidas frases de pésame y pidiendo á la Academia conste en acta el sentimiento de la misma.

Así se acuerda por unanimidad, y se ofició á la familia del referido Académico, en este sentido.

**Sr. Esparza.**—Presenta á la consideración de la Academia dos casos de «Hemiplejia por hemorragia cerebral» curados por medio de la electricidad.

Uno de ellos es el referente á un individuo de veintitantos años de edad, con antecedentes sífilíticos y quizá con alguna lesión sífilítica cerebral, con una hemiplejia, aseguró el Sr. Es-

parza, que habría de curarse antes de los veinte días, sometido al tratamiento eléctrico que él le impusiera, y en efecto, á los catorce días, el enfermo había obtenido tan extraordinarios resultados, que pudo levantarse de la cama.

El segundo concierne á un sujeto, panadero, de Eibar, (Guipúzcoa) con hemiplegia también, de fecha muy reciente. Consultado el Sr. Esparza por un cliente de Eibar que acudió al gabinete del referido señor acerca de aquel sujeto, el Sr. Esparza indicó la conveniencia de que trajeran el enfermo á Bilbao, lo más pronto posible, efectuándolo así con la oposición del ó de los facultativos que le habían visitado, quienes afirmaban que el traslado del enfermo, el movimiento del vehículo que lo conduciera, etc., etc., acarrearían algún trastorno.

Personado el enfermo en casa del Sr. Esparza, fué sometido por este señor á un reconocimiento prolijo, afirmando categóricamente y rotundamente que, sometido á su tratamiento, á los veinte días, estaría en disposición de dedicarse á sus ocupaciones ordinarias.

A los 18 días justos, es decir, á las 18 aplicaciones de la electricidad, este sujeto salía de su casa y algunos días después, se hallaba curado.

Presenta estos dos casos con un fin verdaderamente práctico con el fin de que se vea cuán fácilmente puede curarse una afección de tanta importancia como es la hemiplegia, empleando desde el principio las corrientes eléctricas.

Según el Sr. Esparza, existen tres cuestiones que precisa dilucidar en este asunto: es la primera la del pretendido «hábito apoplético» en el que no cree, pues por el hecho de ser un individuo que afecte exteriormente este hábito, no se halla expuesto á sufrir una hemorragia cerebral: el segundo es la rutina de los médicos que afirman que un individuo puede recaer con una afección de esa naturaleza en fecha fija, cosa es que tampoco cree, y el tercero, la rutina también de que el tratamiento debe ser tardío, cuando por el contrario, cuando han desaparecido los fenómenos de reacción y se haya comenzado á organizar el coágulo, es decir, dentro de los 20 ó 30 días de iniciada la afección, debe implantarse el tratamiento eléctrico.

Él asegura, que con la electricidad se obtienen dos benefi-

cios, se facilita la reabsorción del coágulo y se le somete á los músculos á una especie de gimnasia que los vigoriza.

Él envía además estos enfermos á las aguas de Ledesma, donde ha ejercido durante tres años y en cuyo espacio de tiempo no ha visto morir ningún enfermo, sino obtener verdaderas maravillas en miles de casos que allí se tratan. Colocan á los enfermos en una habitación con 50° de temperatura durante unos quince minutos y con algunas sesiones de esta naturaleza se obtienen resultados inesperados.

No puede explicarse la acción del ioduro protásico que tan rutinariamente se propina, nada más, quizá, que al principio de la dolencia. Por lo demás, él entiende que el ioduro es un medicamento inútil.

**Sr. Entrecanales.**—El tratamiento que recomienda el señor Esparza es uno de tantos tratamientos preconizados para la hemiplegia; pero le parece bastante extraño que se emplee en los comienzos de la afección, pues él ha entendido siempre que al enfermo de hemorragia cerebral, conviene no moverlo.

El opina que el tratamiento de la hemiplegia debe ser causal, y en este respecto divide las hemiplegias en dos grandes grupos: hemiplegias de orden vascular ó de orden cardiaco, y en tal caso el tratamiento se debe dirigir á uno de estos dos factores.

Los casos presentados aquí, pudieron ser debidos á lesiones corticales, pequeñas, limitadas, y fuera fácil que el tratamiento eléctrico lograra dar vigor á los músculos paralizados, pero con hemorragia grande, la lesión cerebral es irreparable, y consiguientemente los trastornos motores son de difícil y quizá imposible curación.

Respecto del hábito apoplético dice que el aspecto de los individuos que padecen afecciones vasculares es especial, y en virtud de aquellas afecciones se hallan expuestos á sufrir trastornos especiales del cerebro. Por lo demás, insiste en que el tratamiento de las hemiplegias debe dirigirse á la causa de la lesión cerebral originaria de la parálisis: el tratamiento eléctrico debe ser un ayudante del tratamiento causal.

**Sr. Esparza.**—El tratamiento por la electricidad, es tanto más eficaz cuanto más pronto se instituye; de esta opinión parti-

cipan también Legrós y Onimus. Las corrientes eléctricas no suponen necesidad de mover al enfermo.

Opina que las aguas de Ledesma, como por lo demás todas las aguas termales, son eficacísimas. En aquel balneario, donde la estancia es tan incómoda, con difícil acceso al mismo, con alimentación deficiente, y hasta insano, y donde los resultados no pueden atribuirse á los cuidados de instalación del enfermo, ha visto sorprendentes mejorías.

**Sr. Entrecanales.**—Insiste en que al enfermo de hemorragia cerebral debe dejársele quieto, por lo menos hasta que han pasado los resultados inmediatos del insulto cerebral; entonces será ó no oportuno entablar el tratamiento que deba emplearse.

Duda además un poco que el tratamiento por las aguas termales sea tan eficaz como afirma el Sr. Esparza, pues existen formas tan persistentes de hemiplegia ligadas á una lesión cerebral tan extensa, que juzga de imposible curación.

**Sr. Esparza.**—Afirma que las aguas termales son eficacísimas, además de que con aquéllas no se reproduce la hemorragia.

### CASO DE GANGRENA SIMÉTRICA

**Sr. Entrecanales.**—Ha visto algunos casos de asfixia local de las extremidades, pero nada más que esbozados; recientemente ha visto una enferma afecta de mal epiléptico con los pies y las manos completamente cianosados.

Juzga que se trata de un verdadero síndrome común á varias enfermedades, y de ningún modo una enfermedad esencial.

Existe en las histerias, en las diabetes, en la siringomielia, en la eritromelalgia, en la eritromielia y en otras.

**Sr. Diaz.**—También opina que se trata de un síndrome de naturaleza oscura y de patogenia dudosa.

La anemia, las enfermedades del corazón, pueden dar este síndrome.

El Secretario General,  
C. MENDEZA.

## EN CRISIS <sup>(1)</sup>

### III

Luché con ansias desesperadas con mi razón y mi conciencia, como la pureza vacilante que tropieza y cae; como pecadora que cede y se entrega, no al vicio impuro, sino á la necesidad soberana; no como meretriz lujuriosa sino como mujer hambrienta y resignada.

Caí en el montón, pero erguido, de pie, orgulloso, no humillado á los pies del vencedor en despojos del espíritu anémico y carne disecada . . . . .

Anuncié con llamativos bombos mi nueva industria, que en breve tiempo hizo crecer la clientela.

No nos dábamos reposo para atender al público de mi botica económica en la que se economizaba todo: tiempo, dosis y drogas, comprimidas á fuerza de estrujarse, y elásticas á fuerza de dilataciones.

Los precios eran detalle insignificante, tasados sin tarifa, sin concierto, de cualquier modo.

Las especialidades se cotizaban al coste, y algunas más baratas, como reclamo para sacrificar el específico en persecución de recetas que habían de cobrarse á precios que, en ocasiones, no representaban ni su valor de coste en droguería.

Una guardia permanente atendía de noche al despacho, y aunque este servicio suponía un considerable gasto de luz y dependencia, se recompensaba con creces con las ventas no despreciables en aquellas horas extraordinarias.

Se prodigaron las tiendas económicas por toda la Corte, y lo que era peor aún, que salvo pocas y muy honrosas excepciones, iban siendo casi todas económicas; si bien como vergonzantes industriales, no tuvieron valor para anunciarse como tales, disfrazándose en cambio con sugestivos rótulos, plagios de sastre-rías ramplonas y figones de última fila.

(1) Del libro «Memorias de un Boticario» por Alberto Ygarza, recientemente publicado.

Algunos *vivos modernistas*, obsequiaban á sus clientes con bonos de rebaja, vales para regalos caprichosos y otros alicientes parecidos para atraer al público, hábilmente seducido por reclamos del ingenio americano, creador del *trust*, explotador de la propaganda y de la ignorancia, con *Bristol, Hollaway, Ayer, Seigel*, y otros sabios melenudos, sintetizados en ese orador con el dedo tieso, expresivo *Munyón*, charlatán de larga levita y cara sacristanesca.

El pescador forzado de Terranova, llevando á cuestras un bacalao traducido en varios idiomas; el sacamuélas perorando, con el dedo en mueca grotesca y zumbona; la relamida anciana, prodigioso dispensador de curas en desahucio por sus yerbas milagrosas; el corpulento Sancho luciendo sus formas de atleta, con su cinto flamígero á la cintura como canana de matutear alcohol; la bruja nigromante mostrando la varita de avellano, base de un jabón *que cura comezones y enfermedades del cráneo...* todos esos y otros modernismos, tienen su limitación en cumplimiento de la Legislación Sanitaria que, por desgracia, en nuestro país es fábula olvidada.

Esa lista interminable de remedios de composición no definida que se introducen por nuestras aduanas como fardos de tejidos, y cuya venta prohíben las Ordenanzas de Farmacia, debe desaparecer en absoluto, repitiendo aquí la frase del sentencioso *Munyón*: «*No hay castigo bastante severo para los que engañan al enfermo.*»

Llenaban la cuarta plana de todos los periódicos caprichosos anuncios, en carteles ilustrados con retratos de bebés rollizos, pollos famélicos y jóvenes excleróticas, mostrando sus caras bobas y gordinflonas, merced á las píldoras ó al jarabe maravilloso.

Se ilustraban revistas con desnudos lujuriosos, dorsos artísticos y bien moldeados, con senos turgentes, antes flácidos y exhaustos pellejos, gracias á la eficacia milagrosa de un ungüento creador de bellezas y apetitos sicalípticos.

Relaciones de enfermos curados y cortesés ofreciendo su casa, certificados de doctores agradecidos, cromos en series, lapiceros, abanicos, cucherías de bazar y todo lo concerniente al ingenio propagandista del negocio menudo.

Así se vendía la Ciencia; así se pregonaba la mercancía; al toque de bocina, como el petróleo por la calle; con campanillas como el carro de la basura.

Y desde las plantas del periódico hasta las tiendas de calzado, se trabajaba el negocio como artículo corriente.

En algunas zapaterías y limpiabotas se expendían específicos insecticidas y remedios contra los callos, anunciados en grandes cartelones, á la par que lo hacían del betún *Nubian* y de la grasa de caballo.

Las confiterías llenaban sus escaparates con grandes montones de pasta de malvabisco y azúcar cristalizado teñido en colores, caramelos de brea y otros pectorales, que anunciaban como *eficacísimos* recursos y verdaderos específicos contra *toda clase de toses*.

En las tiendas de *gomas* y fotografías al desnudo se barajaban en venta con los artículos de *precaución*, los preparativos y líquidos para evitar *infecciones contagiosas*.

En las tiendas de loza basta, y entre estropajos y sacudidores, se exponían las flores sudoríficas y yerbas medicinales al lado de irrigadoras de lata, jeringas de varias clases y aplicaciones y cajitas de vaselina rusa y perfumada, *sin rival para escoriaciones...* ¿Qué más?

En los urinarios sucios y mal olientes se anunciaban con curiosos carteles: *específicos y preparados sin rival; antivenéreos que curaban por horas; mata ladillas instantáneos; inyecciones al minuto y drogas á granel para transformar en gentil y apuesto mancebo al más lacrado sifilítico, pletórico de costurones y placas, desdentado y sin pelo*.

Entre aquellos reclamos del indecente tablón de anuncios, un titulado Doctor, propietario de una Clínica, ofrecía seriamente la formación de caderas redondas y mórbidos pechos por obra de un similar de la morcilla municipal á base de estrienina.

En algunas mal llamadas Droguerías, falseando las Ordenanzas de Farmacia con la mayor frescura se vendían ínfimas cantidades de medicamentos heroicos ó enérgicos venenos, confeccionando recetas de prescripción médica y vendiendo específicos, aguas y drogas en general, á los mismos precios que los especiales para las Farmacias, haciendo difícil competencia con

la venta de pésimos productos adulterados y escaso valor, á precios inverosímiles que encajaban con agrado en los deseos de muchos compradores desaprensivos, cuya única exigencia era el precio barato para obtener mayor luero en la Farmacia, sin que importe gran cosa la bondad del producto ni la garantía de la casa preparadora.

Y presidiendo tan escandalosa anarquía estaban las Ordenanzas de Farmacia, el Código penal, una profusa legislación de Decretos, Reales órdenes y disposiciones gubernativas castigando intrusiones y limitando abusos.

Para el cumplimiento de esas leyes en vigor había también Ministro de la Gobernación, Director de Sanidad, Consejos Reales y Academias, Tribunales de Justicia, Gobernadores civiles, Subdelegados de Medicina y Farmacia y una serie, en fin de *ceñosos* funcionarios, sordos á las demandas de la opinión indignada y siempre incompetentes y apáticos.

El público nos imponía la ley, triunfando á su placer en aquel desbarajuste de destrucción, en el que había de resignarse para sucumbir ó buscar horizontes nuevos.

Las especialidades iban invadiendo el campo terapéutico, y el montón de las *maulas* y drogas desusadas aumentaba por días.

La Farmacopea cedía el puesto al Catálogo del almacén de especialidades.

La revolución terapéutica iniciada *allende el Pirineo* encajaba cómodamente en nuestro suelo.

La clásica Farmacopea estaba secuestrada por el Códex del específico, amo y señor que triunfaba victorioso.

El arte de recetar era un lujo arcáico. Se aprendía gratis en folletos prodigados á millares.

La materia médica cambiaba de domicilio, vivía en la cuarta plana del periódico. Allí tenía cátedra abierta.

El público es todo vulgo al tratarse de estos asuntos.

Un día lee el anuncio seductor, que arroja el desdeñoso, recordando el fracaso de otros ensayos; repite insistente el folleto propagandista... y al fin cede, compra el preparado, que toma con fe de auto-sugestión; pero antes de terminar el medicamento confiesa con pesar el fracaso del nuevo remedio.

El periódico cobra á buen precio el anuncio de propaganda. Las aduanas ingresan enormes cantidades. El autor del preparado realiza en breve tiempo el negocio ideado... El crónico enfermo desespera con amargura, y agota su paciencia y su dinero cambiado de *droga* para distraer la esperanza y *tirar* de la vida achacosa.

.....

## SECCION PROFESIONAL

**A mis colegas.**—La GACETA MÉDICA DEL NORTE, deferente siempre con todo cuanto sea digno de ser conocido por sus numerosos lectores, tanto por lo que respecta á los más áridos problemas profesionales cuanto á lo que tienda á honrar á Médicos eminentes, no creo ha de escatimarme un rincón de sus columnas para hacer justicia á uno de nuestros distinguidos colegas rusos, al Dr. L. L. Zamenhof, por la gran obra que allá en la Polonia Rusa concibió años há y á la cual muchos Médicos extranjeros y algunos nacionales, cooperan con verdadero ahinco y entusiasmo para conseguir el triunfo de idea tan altruista; me refiero á la propaganda del hermoso y sencillo idioma «Esperanto» que tantos adeptos va conquistando en todas las clases sociales como ha podido demostrarse prácticamente en los Congresos de Boulogne, Ginebra y Cambridge, y como se demostrará en el que se celebre este año en Dresden y quizá en Bilbao el año próximo, á los cuales acuden y seguramente cada vez más acudirán, obreros intelectuales y manuales de todos los países del mundo. ¡Qué bello ideal, mis queridos colegas, la creación de un idioma internacional, auxiliar después de tantos y tantos esfuerzos hechos por los más eminentes filólogos! ¿Fracasará el «Esperanto» cual sucedió con otros, y entre ellos el Volapuck, que tantos adeptos consiguió en algún tiempo? No, mis queridos colegas, á la altura que ha llegado es imposible su caída, tan convencido estoy de ello, que no vacilo en asegurar que transcurridos á lo sumo 15 años, no será universal en absoluto, (ni de ello se trata) pero sí muy internacional, á juzgar por los trabajos prácticos que en oficinas, escuelas, talleres, etc., etc., del extranjero se realizan, y sobre todo, por la parte activa que muchos Jefes de Estado, por y sin iniciativa de sus Consejeros responsables van tomando de poco acá.

No creáis vana palabrería cuanto diga en estas incorrectas líneas; dedicado con verdadero entusiasmo desde mis juveniles años al estudio de idiomas y alentado por las bellas lecciones de Filología, que nuestro sabio y malogrado Dr. Letamendi explicaba en el Anfiteatro pequeño del Colegio de San Carlos, por los años del 79 al 82 y que de

entonces acá he continuado con placer inmenso, me han convencido de que entre los varios idiomas internacionales propuestos por eminentes filólogos, ninguno hasta hoy reúne las debidas condiciones de adopción como el de nuestro dignísimo y respetable colega Dr. Zamenhof, como lo prueba la siguiente Estadística, que entre otras, referentes á Consulados, Ageneias, Oficinas, Sociedades, Profesionales y Periódicos de todas clases publica la Oficina Central, hasta el 30 de Junio de 1907.

### Grupos Esperantistas, muchos de ellos con más de 100 socios, 623

*En Europa*, 526, así distribuidos: Francia, 156.—Inglaterra, 103.—Alemania, 49.—España, 40.—Austria, 89.—Suiza.—39.—Rusia, 26.—Bélgica, 21.—Suecia, 20.—Bulgaria, 16.—Holanda, 9.—Italia, 8.—Malta, 6.—Noruega, 4.—Dinamarca, 2.—Hungria, 2.—Gibraltar, 1.—Mónaco, 1.

*En Asia*, 16. La India, 5.—Japón, 4.—Rusia-asiática, 3.—Cochinchina, 1.—Turquía-asiática, 1.—Tonkin, 1.

*En Africa*, 6. Argelia, 3.—Guinea francesa, 1.—Madagascar, 1.—Túnez, 1.

*En América*, 69. Estados Unidos, 44.—Brasil, 11.—Canadá, 4.—Méjico, 4.—Chile, 2.—Uruguay, 2.—Bolivia, 1.—Perú, 1.

*En Oceanía*, 6. Nueva Zelanda, 4.—Australia, 2.

Tengo la completa seguridad de que en 30 de Junio de 1903, el pasaje del formidable buque «Esperanto» ha de duplicarse, pues cesaron ya para siempre los empujes de aquellas inmensas olas y violentas sacudidas precursoras de un naufragio inevitable; hoy este hermoso buque navega por tranquilos mares y no hay duda que llegará felizmente á su destino. Embarquémonos, pues, en este incomparable «Transmundial» de verde bandera adornada con la *Kvinpinta verda steleto*; el pasaje no es muy costoso y el trato de á bordo excelente; ayudemos, pues, queridos colegas al Dr. Zamenhof, á realizar su humanitaria empresa de Paz y Moral universal, contribuyendo á la vez á que al «Siglo de las luces» sustituya el «Siglo de Esperanto.»

JORGE S. HITA.

15-II-03

Del Hospital de La Arboleda (Bilbao)

**Fallecimiento.**—El día 15 del mes de Junio, falleció en Orduña Doña Petra de Irigoyen, esposa de nuestro querido amigo Don Primitivo Jiménez Bretón, que durante largo tiempo ejerció su profesión en Ceánuri; acompañamos en el sentimiento que le embarga en este duro trance, y rogamos á Dios por el eterno descanso de la que fué su amante esposa.—R. I. P.

En esta Redacción se ha recibido la siguiente circular que con gusto publicamos:

**Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Zaragoza.**—*Junta de Gobierno.*—SR. DIRECTOR DE LA GACETA MÉDICA DEL NORTE.—Muy Sr. mío: el distinguido Farmacéutico de Tauste, Don Pascual Cardona, Vicepresidente que fué de este Colegio, falleció recientemente sin herederos directos, y deseando dar una muestra de su buen compañerismo y amor á la clase, legó la Farmacia, que heredada de su señor padre desempeñó durante 40 años, al comprofesor que reuniendo las circunstancias expresadas en su testamento, sea designado por la Junta de Gobierno.

Esta, queriendo dar al asunto la mayor publicidad posible, tanto para enaltecimiento del loable proceder de nuestro dignísimo compañero, como para que llegue á conocimiento de los que pudieran hallarse en el caso de concursar, agradecería á V. se sirva insertar en el Boletín ó Revista de su digna dirección, el anuncio adjunto, si llega á tiempo para ello, y en caso contrario, darle la publicidad conveniente por otro medio cualquiera.

En el primer número de nuestro Boletín, que recibirá V. oportunamente, encontrará más amplias explicaciones.

Esperando este favor de su reconocido amor á la clase, queda á la recíproca su afectísimo compañero y seguro servidor, q. b. s. m., *El Presidente*, MIGUEL ANTONIO FACI.—30 de Junio de 1908.

## CONCURSO

En cumplimiento de las disposiciones testamentarias del Farmacéutico Don Pascual Cardona, fallecido en su residencia de Tauste, la Junta de Gobierno de este Colegio comisionado al efecto, abre concurso para adjudicar á un Farmacéutico pobre la Oficina que el nombrado testador poseyó y legó con ese objeto.

Los aspirantes deberán acompañar á la solicitud los datos siguientes en papel de oficio.

- 1.º Documentos fehacientes que acrediten la pobreza.
- 2.º Partida de nacimiento.
- 3.º Título de Licenciado en Farmacia ó copia legalizada del mismo.
- 4.º Hoja de estudios.
- 5.º Certificaciones de méritos y servicios si los tuvieren.

Las solicitudes hasta el día 15 de Julio al Presidente de este Colegio, quien dará cuantos detalles se le pidan.—Zaragoza 26 de Junio de 1908.—*El Presidente*, MIGUEL ANTONIO FACI.

## PUBLICACIONES RECIBIDAS EN ESTA REDACCIÓN

**La Gota de Leche** en el Hospital de niños pobres de Barcelona. Tema presentado en el 2.º Congreso Internacional de la *Gota de Leche*, celebrado en Bruselas, en Septiembre de 1907, por el Dr. D. Francisco Vidal Solares.

**Vacunación de los recién nacidos**, por el Dr. Don Arturo Balaguer y Mayo.

**Preceptos sobre Puericultura é Higiene de la primera infancia**, por el Dr. D. Francisco Vidal Solares, Director y fundador del Hospital de Niños de Barcelona.

**Contribución al estudio de la Tuberculosis genital de la mujer**, por el Dr. D. Ricardo Horno Alcorta.

**Memoria anual del Primer Consultorio de Niños de Pecho en Madrid.**

Ha visitado nuestra Redacción la Revista «Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría» con la que establecemos muy gustosos el canje.



# ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD

*Defunciones por causas, por edades y por sexos, ocurridas en Bilbao durante el mes de Mayo de 1908.*

Población de Bilbao, según censo de 31 de Diciembre de 1900: 83.213 habitantes

CAUSAS DE LAS DEFUNCIONES	De 0 á 1 año		De 1 á 4 años		De 5 á 19 años		De 20 á 39 años		De 40 á 59 años		De 60 en adelante		Edad desconocida	Resumen			
	Nomenclatura internacional abreviada		V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		V.	V.	H.	Total
	Fiebre tifoidea (tifus abdominal)	..	..	..	..	..	1	2	..	..	..	..		..	..	2	1
Tifus exantemático	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Fiebres intermitentes y caquexia palúdica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Viruela	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	2	
Sarampión	1	..	2	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	2	5	
Escarlatina	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1	
Coqueluche	1	..	1	2	1	..	..	..	..	..	..	..	..	3	2	5	
Difteria y crup	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	2	
Grippe	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	1	..	2	1	3	
Cólera asiático	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Cólera nostras	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Otras enfermedades epidérmicas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Tuberculosis pulmonar	..	..	..	1	4	4	11	11	2	4	3	..	..	20	20	40	
Tuberculosis de las meninges	3	1	2	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	6	2	8	
Otras tuberculosis	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	1	2	
Sífilis	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Cáncer y otros tumores malignos	..	..	..	..	..	1	..	..	2	..	2	1	..	4	2	6	
Meningitis simple	3	4	3	7	..	1	..	..	..	..	..	..	..	6	12	18	
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral	..	..	..	..	..	..	1	..	..	4	1	..	..	4	2	6	
Enfermedades orgánicas del corazón	..	..	..	..	..	..	1	2	2	..	3	1	..	6	3	9	
Bronquitis aguda	3	2	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	2	6	
Bronquitis crónica	..	..	1	1	..	..	..	..	..	2	..	..	..	3	1	4	
Pneumonia	2	1	3	1	..	1	2	1	2	2	2	3	..	11	9	20	
Otras enfermedades del aparato respiratorio	..	1	..	1	..	1	..	..	1	..	1	..	..	2	3	5	
Afecciones del estómago (menos cáncer)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	..	1	
Diarrea y enteritis	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	1	
Diarrea en menores de dos años	5	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	3	9	
Hernias, obstrucciones intestinales	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1	1	..	..	2	1	3	
Cirrosis del hígado	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Nefritis y mal de Bright	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Otras enfermedades de los riñones, de la vejiga y de sus anexos	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	1	
Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperal)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Otros accidentes puerperales	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Debilidad congénita y vicios de conformación	3	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	3	2	5	
Debilidad senil	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1	1	
Suicidios	..	..	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	2	..	2	
Muertes violentas	..	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	
Otras enfermedades	7	1	1	2	..	1	1	1	2	1	2	4	..	13	10	23	
Enfermedades desconocidas ó mal definidas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
<b>TOTALES POR SEXOS.</b>	31	15	17	19	6	10	19	17	15	9	21	12	..	109	82	191	
<b>TOTALES POR EDADES.</b>	46	..	36	..	16	..	36	..	24	..	33	..	..	191	..	..	

## DEMOGRAFÍA

NACIMIENTOS					NACIDOS MUERTOS					DEFUNCIONES
LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	
V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.		
125	124	20	17	286	5	7	2	2	14	191