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—Diciembre—1908 | Núm. 167

El nuevo pabellón-clínica de partos

en la Casa de Maternidad de Vizcaya

La apertura de este nuevo pabellón adjunto al edificio en que se halla instalada la antigua Maternidad, encierra doble y trascendental importancia. Por una parte llena un vacío en la que pudiera llamarse *Obstetricia social*, creando un lugar en el que se puede prestar asistencia á un buen número de embarazadas necesitadas, corrigiendo de ese modo esa anomalía social ya anotada por Bouchacourt, de estar mejor protegidos por la caridad pública y privada los ciegos, sordo-mudos, deficientes, neurópatas, viciosos, idiotas, imbéciles, cretinos y epilépticos, que la mujer en cinta.

El nuevo pabellón, independiente por completo en su funcionamiento del antiguo, representa la última etapa en la evolución del servicio maternitario en Bilbao. Este servicio, limitado anteriormente á prestar más que auxilio, *refugio* á las primerizas solteras, cuenta desde hoy con un nuevo pabellón en donde podrá ingresar toda mujer que lo solicite y reuna las condiciones que se exigen para la admisión. (1)

(1) Los artículos del nuevo reglamento que se relacionan con la admisión de enfermas, dicen:

Artículo 4.º Podrán ser admitidas las parturientas que no tengan domicilio, y si lo tuvieren fuera éste de pésimas condiciones higiénicas y no tuvieren quien les asista.

Art. 5.º Serán también admitidas las que tuvieren parto distérico, cualesquiera que fueren sus causas y sus condiciones.

Art 6.º Se admitirán, asimismo, durante el período de embarazo, á pesar de lo consignado en el art. 3.º, las que tengan embarazo extrauterino, placente previa, deformidad de la pelvis, eclampsia ú otra enfermedad por la que hubiera necesidad de practicar alguna operación tocológica, con objeto de tenerlas en observación y aprovechar el momento oportuno de la intervención.

De otro lado, la instalación está hecha con los elementos necesarios para poder practicar en el nuevo departamento la nueva obstetricia, la *Obstetricia de Clínica.*

Esta obstetricia de clínica que muestra brilllantes resultados y sugestivas estadísticas, solo es posible hacerla cuando como en el nuevo pabellón se cuenta con medios y condiciones especiales.

Muy pocas de las modernas operaciones tocológicas son operaciones practicables en domicilio; todas ellas ó la inmensa mayoría, requieren las condiciones de una clínica. De aquí la doble importancia de la creación de este centro.

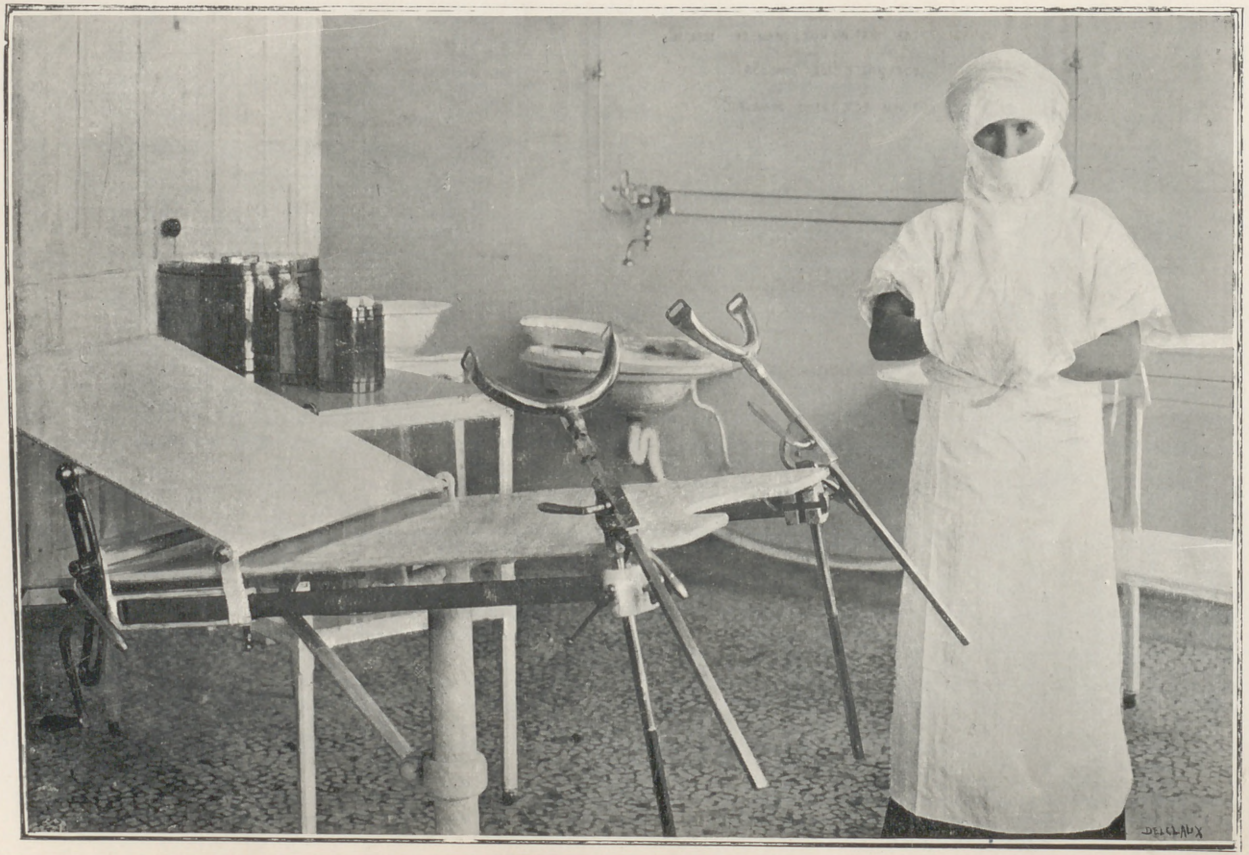
Consta de dos pisos. En el primero se halla el servicio de baños, la dirección, el consultorio y la capilla; en el segundo, que se comunica con el anterior por amplia escalera, se encuentra una espaciosa sala de operaciones, un cuarto para instrumental y esterilización del material quirúrgico, un laboratorio y una amplia sala (sala de Semmelweis), que tiene cabida para 8 camas.

A la Excma. Diputación de Vizcaya, que ha costeado y mantiene el sostenimiento, deben en primer término las madres agradecimiento. Mención especial por el interés y valioso apoyo que prestó desde un principio á esta idea, merece el diputado provincial, notable médico y ginecólogo Dr. Anduiza; merced á su influencia y cultura inclinó fácilmente el ánimo de los diputados para que aceptaran desde un principio y llevaran á cabo con rapidez la idea á la práctica. Son igualmente acreedores á beneplácito, el distinguido arquitecto provincial D. Mario Camiña, por la acertada dirección de las obras, y D Ricardo Gandarias, que con un desprendimiento digno de imitación, costeó los gastos de instalación del laboratorio

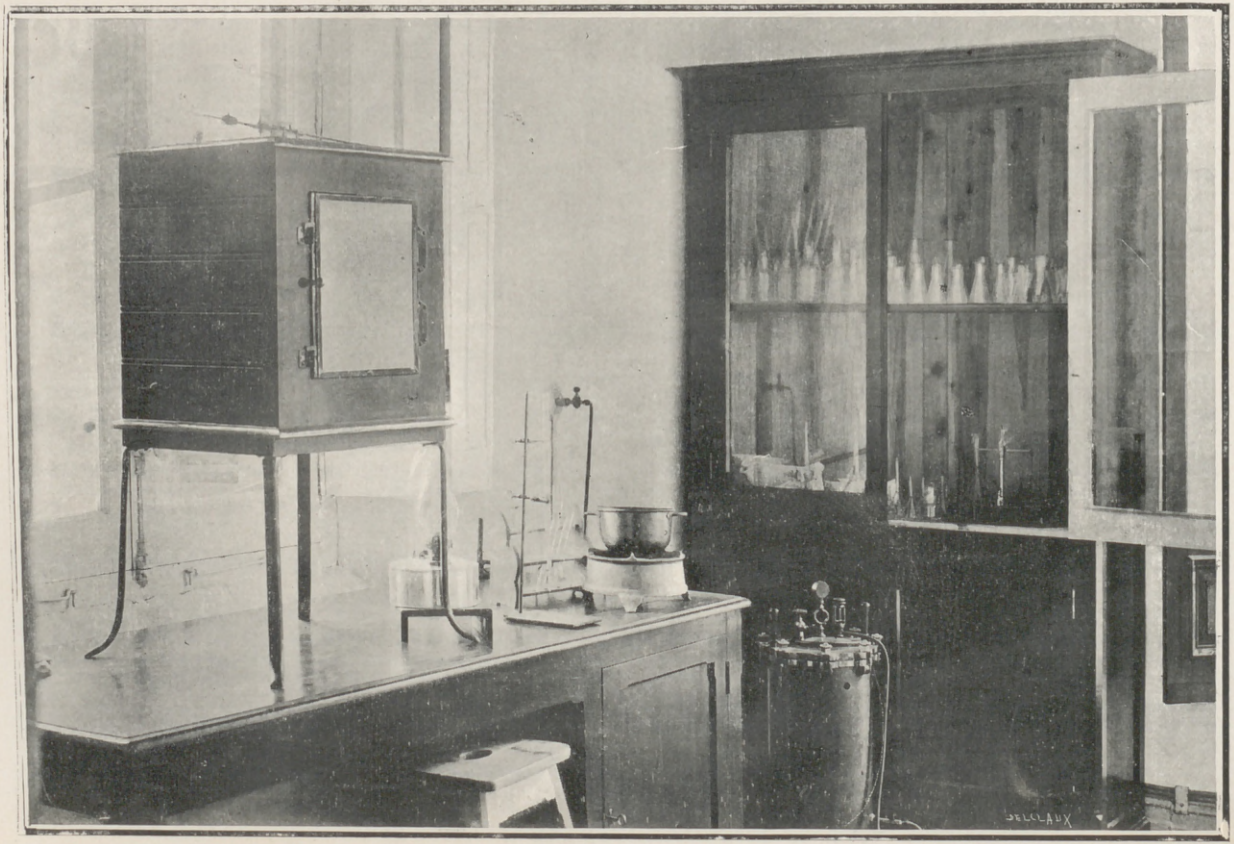
Art. 19. Siendo conveniente que las mujeres embarazadas consulten acerca de su estado para evitar ciertos peligros que se suelen presentar en el momento del parto y que pudieran evitarse con un régimen y tratamiento conveniente empleado en tiempo oportuno, se establece una consulta pública gratuita en la sala de recibo de la Casa de Maternidad.

Art. 20. Esta consulta estará á cargo del médico director y tendrá lugar los lunes, miércoles y viernes, de diez á once de la mañana.

Casa de Maternidad de Bilbao



Sala de operaciones



Laboratorio

Contribución al estudio de las distocias

originadas por la eventración del útero grávido

Un signo de certeza absoluta de las rasgaduras completas de la pared posterior del segmento inferior del mismo, por F. Martín y Aguilar, Catedrático de partos de la Facultad de Medicina de Granada.

Limitando mucho la verdad, algún autor ilustre dice con frase pintoresca que el parto es un duelo á muerte entablado entre el cuerpo y el cuello del utero. El cuerpo se rendirá en inercia si el duelista vencedor es el cuello uterino y si el parto se realiza, el cuello es el vencido.

Más amplia y exactamente considerado, el parto puede estimarse como un problema á resolver entre potencias y resistencias orgánicas.

Si, á los efectos de la gran ley de la acomodación, Pinard reconoce la existencia de dos órdenes de factores, activos y pasivos, determinadores de aquella gran ley, debe aplicarse al parto el criterio del insigne profesor de París, puesto que en esta gran función hay también factores activos que integran las potencias y factores pasivos que concretan las resistencias puestas en juego.

Del examen detenido de la ley de la acomodación (rectora de las presentaciones de las posiciones y del mecanismo del parto) y del estudio atento del problema de las potencias y de las resistencias que se desarrolla en esta última función, pueden desprenderse los siguientes corolarios científicos y prácticos, dignos de ser tenidos en cuenta por todo tocólogo.

1.º A función normal de los factores activos y pasivos de la acomodación, debe corresponder una presentación y posición eutócica tipo.

2.º A una desarmonía en las influencias recíprocas de aquellos factores, debe suceder una presentación distócica.

3.º Siempre que el médico diagnostique presentación eutó-

cica, tendrá derecho á pensar que los factores de la acomodación han actuado normalmente.

4.° Siempre que diagnostiquemos presentación distócica, debemos creer que uno, varios ó todos los factores de la acomodación no han funcionado de manera normal ó fisiológica. El mérito y el deber del profesor estará en averiguarlo en cada caso.

5.° A potencias y resistencias relacionadas normalmente deberá subseguir un parto fetal eutócico.

6.° A potencias y resistencias no relacionadas convenientemente durante el parto fetal, seguirán de ordinario las distocias.

No será la lógica sino la casuística la que hable de las excepciones que contravengan las conclusiones anteriores.

Como se ve, de la manera como jueguen estos factores dependerá la suerte de cada parto fetal.

El estudio de la estructura, capacidad, forma, consistencia y función contractil del útero; el del ovoide fetal, el de la coincidencia ó disociación de los ejes, útero-feto-pelvianos; el de las relaciones recíprocas anatómicas y volumétricas maternofetales; el del desarrollo, situación y consistencia de los anejos del feto; el del líquido amniótico, el de las resistencias blandas ú oseas que hay que vencer; el del mecanismo del parto en cada caso y en en cada tiempo, según los mandatos inexorables de la acomodación ó contraviniendo esta gran ley, y el del organismo en general, han de transportar á los ojos del médico la eutocia ó la distocia fetal en su origen, en su evolucion ó desarrollo, en sus caracteres, en sus accidentes y en sus terminaciones.

Hay una distocia poco vulgarizada y que sin embargo es algo frecuente y á veces terriblemente accidentada, á la cual quiero consagrar este modesto trabajo.

Trátase de las ocasionadas por ciertas eventraciones del útero grávido. En tales casos, el útero propulsado fuera del vientre ha perdido el derecho de ciudadanía de las vísceras abdominales, y aparte las molestias generales y locales que proporciona durante el embarazo, he visto en una ocasión producirse una verdadera estrangulación del útero lleno de ocho meses, que dió lugar á la muerte de la enferma 12 horas después de haber parido un niño

muerto y 36 horas después de haber reducido el útero á la cavidad abdominal.

Esta taxis uterina la realicé cuando me llamaron en consulta tres días después de haber comenzado los fenómenos de estrangulación.

El vientre en alforja; las anteversiones que merecen más propiamente el nombre de eventraciones del útero grávido suelen ser motivo frecuente de intervenciones tocúrgicas variadas y origen á veces de accidentes gravísimos, como son las rupturas del útero gravido. Son bastante frecuentes en Andalucía, donde la mujer obrera, la simplemente neuroartrítica, la mísera y agotada, la contraventora de la higiene obstétrica, la de vida regalada y oriental, abundan que es una dicha, por herencia, por condición de clima, por educación y aun por exigencias sociales.

La historia de todas estas enfermas es sensiblemente igual. El vientre tenso, recogido de paredes contractiles y firmes y de mórbida y uniforme convexidad de la multípara, lo véis distenderse paso á paso, agrandarse, deformarse y debilitarse poco á poco, bajo el influjo de la multiparidad. La línea alba ya no es una línea, es una extensa superficie alba; los músculos rectos se retiran hacia atrás escandalosamente, y, por consiguiente, el plano fibro-muscular contractil y elástico de la pared anterior del abdómen es sustituído por un almohadillado de grasa laminado entre la piel y el peritoneo, si no es que estas dos cubiertas se muestran en contacto íntimo, porque se haya fundido la uata célulo-adiposa que tornea y embellece las formas.

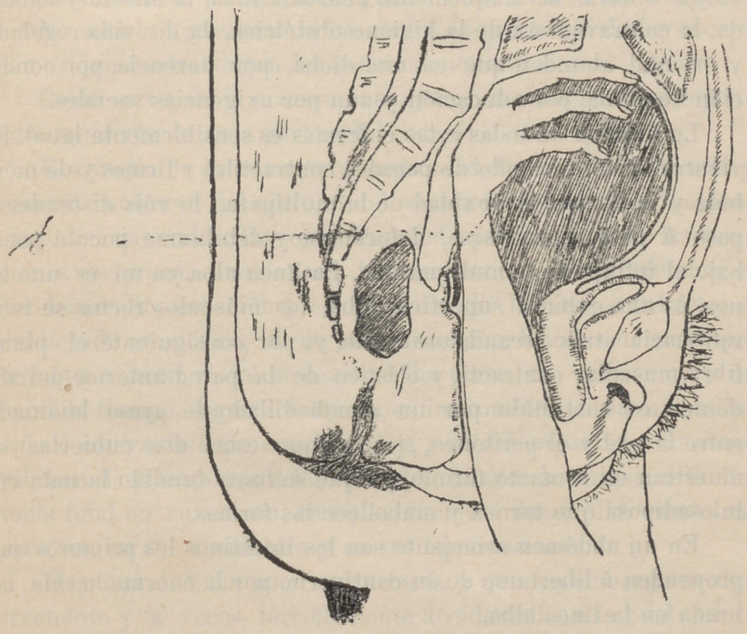
En un abdómen semejante son los intestinos los primeros que propenden á libertarse de su cautiverio, por la enorme hernia labrada en la línea alba.

Si colocáis á la mujer en posición horizontal y la relajáis, podréis introducir vuestras manos en la hernia limitada por un rombo, cuyos dos ángulos, superior é inferior (xifoideo y pubiano) son un poco agudos, y cuyos ángulos trasversales (paraumbilicales) se arquean alejándose hacia los flancos.

Si la mujer está en período avanzado de la gestación será el útero grávido el que se asome á la puerta de su clausura, escapándose poco á poco de la cavidad abdominal por entre los ba-

rrotes encorvados que representan los músculos rectos y cayendo hacia adelante y abajo, hasta besar humildemente los muslos de la embarazada.

La primera consecuencia de esta disposición anatomopatológica, es la perturbación de la ley de la acomodación. Falta el factor contractil elástico de la pared abdominal sobre el útero y el feto. Falta también la coincidencia del eje uterino y del eje fetal con el pelviano y, por tanto, ó la presentación será distócica ó si fuera eutócica el encajamiento en tal disposición será imposible. Pero el maleficio alcanza también al punto, la falta del encaja-



Percepción directa del globo de Pinard, signo de certeza absoluta de la rasgadura completa de la pared posterior del segmento inferior del útero grávido.
A—Orificio de la rasgadura.

miento ó la presentación viciosa hará aquella función laboriosa, difícil, accidentada ó imposible.

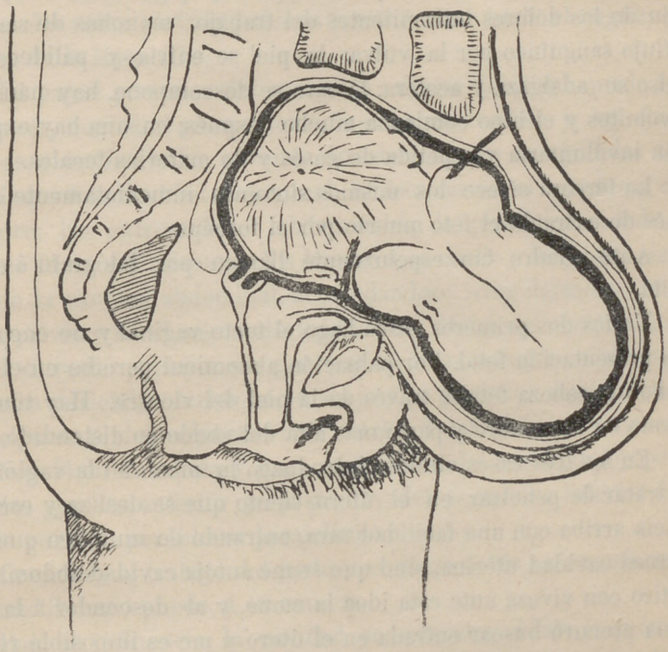
Tres casos clínicos recientes de este orden de distocias á los que he asistido en consulta inspiran este artículo.

Mujeres multíparas, obesa una, retardadas las otras dos, de 40, 42 y 43 años respectivamente: bien acomodadas.

En los tres casos presentación de vértice, según el diagnóstico de los médicos de cabecera.

Partos de trámite muy laborioso.

Dilatación incompleta; ruptura precoz de las bolsas; no se



Hiperdistensión de la pared posterior del segmento inferior del útero grávido en anteversión forzada por eventración, durante *el parto de abajo arriba.*

efectúa el encajamiento á pesar de llevar rotas las membranas 12, 20 y 30 horas, á pesar de no existir malconformación ósea ni rigideces de partes blandas y á pesar de un trabajo de intensidad y regularidad normal por espacio de 24 horas uno, de 36 horas el segundo y de tres días el tercero.

Al cabo de este tiempo de trabajo infructuoso en un caso declinan las energías del útero, en el otro se exasperan por la administración del cornezuelo y en el tercero se hace una aplicación

de forceps, después de una agravación singular de la enferma que no permite espera. Los tres tienen igual terminación.

Los dos primeros, después de un dolor que ni para los asistentes tiene carácter diferencial, aparecen bruscamente síntomas insólitos.

Dolor difuso, cambio de forma y aumento paulatino del vientre; sentimiento de tensión y de angustia epigástrica; desaparición de los dolores intermitentes del trabajo; manchas de sangre y flujo sanguíneo por la vulva; la piel se enfría y palidece; el pulso se adelgaza y acelera; la cara se descompone, hay náuseas y vómitos y el hipo comienza mucho después; en una hay expulsión involuntaria y repetida de gases y de materias fecales.

La tercera ofrece los mismos síntomas inmediatamente después de extraído el feto muerto por el forceps.

Ante cuadro tan espeluznante llaman por telégrafo á consulta.

En los dos primeros casos hago el tacto vaginal y no encuentro presentación fetal. Por palpación abdominal percibo en el segundo la cabeza fetal á través de la piel del vientre. Hay timpanismo en la cumbre y parte más alta del abdómen distendido.

En los tres casos clínicos introduzco la mano en la vagina, y al tratar de penetrar en el útero, siento que se desliza y escapa hacia arriba con una facilidad rara, entrando en un antro que no parece cavidad uterina, sino que se me antoja cavidad abdominal; retiro con viveza ante esta idea la mano, y al descender á la vagina procuro buscar entrada en el útero y me es imposible realizarlo sin decidirme á forzar el anillo de Bandl que cerraba herméticamente el segmento superior de la cavidad del útero; cosa á la que no me decidí por creerlo innecesario y peligroso.

En estas observaciones la distocia motivada por relajamiento de la línea alba tuvo la misma consecuencia; la rasgadura de la pared posterior del segmento inferior del útero. En dos, feto y placenta cayeron en el vientre. En uno quedó el feto en el útero y pudo extraerse con aplicación del forceps.

El mecanismo de esta distocia es sencillo. El cuerpo del útero en forzada anteversión cae por delante y aun por debajo de los órganos genitales externos, á veces sobre la raíz de los mus-

los. En esta disposición el fondo del órgano está mucho más bajo que el cuello, tirando de éste y del segmento inferior hacia arriba, elevándolos hacia el estrecho superior y hacia la gran pelvis.

Queda el cuello uterino en el arca de aquél mirando hacia el promontorio. La pared anterior del segmento inferior se acomoda y se abomba en el plano del estrecho superior rebotando parte de ella sobre sínfisis pubiana y estirándose hasta el ángulo inferior de la línea alba.

La pared posterior del segmento inferior del útero queda hacia atrás, contra el promontorio, la columna lumbar y las fosas ilíacas, y hacia arriba, mirando directamente en sus grandes distensiones á la cavidad abdominal. El feto cae encorvado fuera del vientre; las extremidades abdominales, la pelvis y casi todo el tronco fuera del mismo, y los hombros, el cuello y la cabeza, dentro de la cavidad abdominal, acomodándose irregularmente en la gran pelvis y en el segmento inferior del útero. La cabeza flota en el estrecho superior sin penetrar en la excavación, ofreciendo la bolsa parietal anterior hacia abajo y la posterior hacia arriba; el ocipucio ó el sincipucio hacia detrás. Total gran asinclitismo de Negelé en la cabeza y gran asinclitismo del mismo orden para las dos paredes anterior y posterior, del segmento inferior del útero que han perdido su paralelismo.

Comienza el trabajo del parto y el útero actúa en su esfuerzo contractil como puede, á su manera.

Bajo su influencia la cavidad se estrecha, el feto se reduce cuanto le es dado, y por su columna vertebral transmite el impulso del músculo uterino á la cabeza. Ésta, colocada de plano, no á plomo, sobre el estrecho superior, propaga el movimiento y transporta el esfuerzo hacia atrás y arriba contra la pared posterior del segmento inferior del útero. A impulsos del ariete fetal de acción intermitente unas veces, de acción tetánica ó continua otras, aquella región anatómica se distiende y se hiperdistiende.

El trabajo del parto fetal se está realizando de la manera ordinaria, pero con un mecanismo invertido, pues que normalmente se *hace* el parto de arriba á abajo y ahora para la enferma de abajo arriba. Cuando el parto es normal todos los kilogrametros que

desarrolla la contracción uterina se dirigen útilmente contra un vacío (el arca del estrecho superior, el de la excavación), en el centro del cual hay un orificio dilatable (orificio uterino).

En los casos de anteversiones como las referidas la catapulta fetal presionada por el útero va contra la pared posterior de la pélvis, superficie osea, inestensible, quedando el estrecho superior, la excavación y el orificio uterino muy por bajo de la resultante del esfuerzo del trabajo. La pared posterior del segmento inferior del útero es la que sufre las consecuencias. Se aplasta, se adelgaza, se estira, se levanta hacia la cavidad abdominal, influenciada por la presión de la cabeza y de los hombros del feto.

En esta situación ó se endereza el útero y el feto y las angustias del segmento inferior desaparecen y el parto se realiza, ó la inercia se declara y el parto se paraliza salvándose quizá la integridad del útero, ó si la contracción sigue su funesta tarea, se abrirá paso la cabeza del feto al través del segmento inferior hiperdistendido y el parto se habrá cumplido: solamente que el producto de la concepción caerá á la cavidad abdominal en vez de haber sido expulsado al exterior por la vagina.

Como se vé, estas distocias son mixtas. Hay en ellas anomalías de las potencias (dirección invertida) y también de las resistencias, porque la contracción del útero bate contra una superfi-ósea y contra una pared muscular débil, pero sin punto de salida, en vez de batir contra el orificio del cuello del útero y contra el vacío del estrecho superior y de la excavación pelviana.

*
* *

No son por fortuna tan frecuentes los casos de rupturas completas del útero grávido que permitan á los médicos adquirir experiencia personal bastante á la determinación exacta de su diagnóstico, ni tan precisos los datos del libro, que con ellos el profesor pueda afirmar sin vacilación y de manera rotunda estas rasgaduras.

Pero si la rareza felíz de ellas no permite asentar experiencia en la vida profesional ordinaria, son por desgracia contados

los médicos en ejercicio que no hayan presenciado, presumido ó diagnosticado una rasgadura uterina puerperal.

Dudo mucho que se tenga la certeza absoluta de esta complicación sin que la afirmación arranque de un conjunto de síntomas, de los cuales, pensándolo bien, ninguno puede darnos una certeza absoluta por falta de valor representativo, por no ser constantes otros ó bien por dificultades encontradas por los médicos en la exploración de la enferma.

El parto laborioso es común á muchas distocias, y en partos de tramitación eutócica y aun en el mismo embarazo, pueden ocurrir rasgaduras del útero.

El dolor violento no pueden catalogarlo siempre como extraordinario y característico los enfermos, y yo puedo certificar que estas tres enfermas no me supieron documentar, en el interrogatorio, el dolor *característico* de las rupturas.

El colapso estaremos todos conformes en que las lesiones del aparato vascular, ciertos actos reflejos que alteran la circulación, las hemorragias, etc., son capaces de acolapsar á las parturientes de manera inopinada y profundísima.

La deformación del vientre requiere de antemano el conocimiento de la figura y forma del vientre de la enferma, cosa que muchas veces no se conoce y requiere ordinariamente, para producirse, la salida del feto del útero y su caída en la cavidad abdominal, suceso que no es fatal y por lo mismo que no siempre ocurre.

El hematoma cavitario no tiene expresión clínica tan viva que sobre su existencia pueda levantarse con certeza el diagnóstico de la rasgadura.

La hemorragia nunca puede ser patognomónica de esta distocia.

La desaparición de la presentación fetal es un gran signo de certeza, pero en muchas ocasiones el feto no ingresa en el vientre á pesar de la rasgadura, como ocurrió en mi tercera observación.

El reconocimiento de la rasgadura por la mano del profesor es también un signo de certeza absoluta, pero yo debo decir ingenuamente que cuando mi mano ha ingresado en la cavidad ab-

dominal no he tenido conciencia de ello hasta luego de haber entrado en el vientre; nunca porque mi mano percibiera de primera intención la puerta de entrada, esto es la herida uterina.

Todos los tocólogos saben qué clase de consistencia tienen los órganos genitales en esta ocasión, incluso el segmento inferior del útero, para no asombrarse de esta torpeza, por lo que confieso no haber reconocido la *herida* del segmento inferior del útero, á pesar de haberla atravesado.

Es, pues, muy cierto que la percepción de la rasgadura da la certeza absoluta de la misma; la dificultad está precisamente en apreciar sus bordes, que, por lo amplios y blandujos, son *impalpables*.

La introducción de la mano en la cavidad abdominal claro es que también resulta un signo de certeza absoluta.

Líbreme Dios de afirmar que no es reconocible la cavidad abdominal. La percepción del intestino, la profundidad del antro que se explora y la ausencia de un continente que limite la exploración, serían datos suficientes para reconocerla ordinariamente, pero bueno es acordar que las inercias uterinas con vivas hemorragias, con retención de coágulos en el interior del útero, agrandan enormemente á veces la cavidad de este órgano hasta el punto de vernos forzados á penetrar todo el antebrazo y á colocar una mano en el abdomen sobre los confines de la región epigástrica para poder llegar hasta el fondo uterino. En tales casos el grandor y la ilimitación de la cavidad de la matríz simulan muy bien el grandor y la ilimitación de la cavidad abdominal.

Además, la extraordinaria blandura del tejido uterino en inercia hace difícil la percepción del órgano gestatorio, tanto más cuanto que huye y se distiende al contacto de nuestros dedos ó de nuestra mano. Y, por último, las masas de coágulos dentro de un útero inerte, ofrecen analogías de consistencias muy parecidas á las que se palpan cuando la mano explora una masa intestinal escurridiza y envuelta en coágulos sanguíneos procedentes de la rasgadura del útero.

Yo de mí se decir con sinceridad, que habituado á palpar úteros inertes rellenos de coágulos, acostumbrado también á hacer palpación directa de la cavidad abdominal en muchas laparoto-

mias, he sentido movimiento de vacilación y de duda cuando con la mano introducida por una rasgadura no *percibida*, he ingresado en la cavidad abdominal. Para persuadirme de tan fatídica realidad me he visto obligado á hacer tracciones y movimientos en las asas intestinales que reputo como inconvenientes.

De esta breve exposición crítica de los síntomas y de los signos de las rasgaduras completas de la pared posterior del segmento inferior del útero grávido, puede concluirse que hasta el presente el diagnóstico ha de basamentarse en el conjunto sindrómico de las mismas, del cual descuellan, como signos de mayor valor diagnóstico la desaparición de la presentación fetal, la percepción del feto á través de la pared abdominal, la directa de la rasgadura y la directa de la masa intestinal. Pero como la rasgadura puede existir sin que se observe el primer signo; como puede no existir el segundo signo sin que deje de existir la rasgadura; como la percepción directa de los labios de la rasgadura no es cosa fácil y como la exploración directa de la masa intestinal requiere hábito con que no siempre se cuenta y ha de ser confusa si no es detallada é inconveniente, podemos decir sin exagerar que el diagnóstico de esta complicación no surge del reconocimiento de un punto de referencia anatómico fácil é incuestionable.

Yo he tenido la fortuna de encontrar uno en mi práctica tan sencillo de explorar y de certeza tan absoluta, que estimo podrán utilizarlo con fruto de igual manera los especializados en el arte y los médicos generales.

Este signo anatómico de referencia, es la *percepción directa del globo de seguridad de Pinard.*

No ha faltado en ninguno de los tres casos en que he actuado recientemente, á pesar de encontrarme á las enfermas en un estado de colapso bastante profundísimo y á pesar de llevar muchas horas con el útero cargado y con el feto dentro del vientre dos de ellas.

Es sumamente curioso este fenómeno de entereza orgánica, vegetativa en el cuerpo del útero cuando la respiración el corazón el pulso y la temperatura tocan á arrebato.

La exploración no puede ser más simple. Introdúzcase la

mano en forma de cono en la vagina y al final de este conducto cnando el profesor aspira á ingresar en el útero, siente hundirse su mano sin tropiezo, sin dificultad hacia arriba y atrás. Si cree hallarse en la cavidad abdominal apoye sus dedos contra la columna lumbar y sentirá directamente el latido de la aorta; entonces vuelve su mano y antebrazo y percibirá por delante de aquella *una ancha superficie convexa* (cara posterior y fondo del cuerpo del útero) que vendrá á alojarse *en la concavidad* de la mano.

Como normalmente del útero no hay ningún cuerpo *esferoidal* y duro sino una *concavidad*, no podemos sospechar siquiera que hayamos ingresado con nuestra mano dentro de aquel órgano, y como normalmente no hay órgano alguno dentro del vientre que ofrezca en las puérperas un tumor esferoidal como no sea el globo de Pinard, es evidente que si nosotros alojamos en la concavidad de nuestra mano un cuerpo duro y *convexo*, éste no puede ser otro que *el globo de Pinard, percibido directamente por la cavidad abdominal.*

La percepción directa del globo de Pinard será, pues, un signo facilísimo de comprobar y de certeza absoluta de estas rasgaduras.

Recomiéndolo, pues, á mis compañeros, en la seguridad de que con tal recomendación he de evitarles las indecisiones que tanto lastiman al espíritu y tanto pueden perjudicar las enérgicas resoluciones quirúrgicas de altísima responsabilidad profesional y personal que en estos casos deban de tomar.

Granada 26 de Octubre de 1908.

MATERNIDAD DE BILBAO. Director: Carmelo Gil y G.

GRAVIDA CARDÍACA
DILATACION HIPERTRÓFICA CON INSUFICIENCIA MITRAL
OPERACION CESÁREA VAGINAL

por el Doctor: Carmelo Gil é I.

Una de las operaciones de más interés de la moderna tocologia, y que ha contribuído con algunas otras á dar carácter y nombre á la llamada *era quirúrgica de la obstetricia*, es la rápida dilatación del cuello del útero grávido, seccionándolo—dilatación á cuchillo.

Las incisiones superficiales y profundas del cuello que se venían practicando hacía tiempo, y que fueron recomendadas por Dührssen para casos de eclampsia en que era preciso proceder al vaciamiento rápido del útero, estando aquél aún sin dilatar juntamente con los trabajos de los ginecólogos franceses, que enseñaron la facilidad de enuclear los mismos por vía vaginal, mediante la sección de la pared de la matríz, sugirieron al mencionado autor la llamada por él operación cesárea vaginal, y por Bumm histerotomía vaginal anterior (1).

Dührssen la describió por primera vez en *Allgemeine Deutsche Arztezeitung,* I. IV., 1895, núms. 7 y 8. «Über die Behandlung der Ekampsie», y el italiano Acconci la practicó por primera vez el 4 de Julio de 1895.

La operación despertó gran interés, sobre todo en Alemania, en donde se reunió un material bastante importante para poner á discusión el procedimiento en el Congreso de Ginecología, celebrado en Kiel en Junio de 1905, que tuve ocasión de presenciar. El tema oficial de tocología puesto á discusión fué: «Über die Methoden der Künstlichen Erweiterung des schwangeren

(1) Ha sido discutida, y tema para más de un artículo, la exactitud del nombre «Operación cesárea vaginal». Aunque yo lo considero no solo muy propio, sino hasta genial, soy del parecer que de llamarla, como prefiere Bumm, histerotomía vaginal anterior, es preferible bautizarla con el nombre con que yo la describí en la Rev. Ib-Am. de Cien. M., en Abril de 1906, *Colpohisterotomía anterior dilatadora.*

und Kreissenden Uterus.»Ponentes, G. Leopold, de Dresde, y Bumm, de Berlín. Este último en su comunicación hacía referencia á 52 operaciones cesáreas vaginales por él practicadas hasta entonces, y apareció como defensor entusiasta del método.

Dührssen, en su trabajo «Der vaginale Kaiserschnitt», publicado en el *Handbuch der Geburtshülfe de F. von Winckel,* 1906, reunió una estadística de 248 operaciones.

Hoy día se puede afirmar que la operación ha salido triunfante de la prueba de validez á que fué sometida, y se la debe considerar como brillante adquisición de la cirugía moderna, pasando á ocupar el puesto que le corresponde, desde las revistas de la especialidad á los tratados de obstetricia. Todos los modernos la describen ya en el capítulo dedicado á las operaciones tocúrgicas.

Desde luego es una operación de clínica, y como tal, la describe H. Fehling en su libro *Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik,* 1908; pero por eso no disminuye en mucho su valor é importancia. En la moderna obstetricia es necesario hacer la distinción entre lo que debemos y podemos hacer en la clínica, y entre lo que se debe y se puede hacer en el domicilio.

Con ella tenemos el procedimiento rápido de vaciar un útero grávido, cuyo cuello esté aún intacto, procedimiento que echaba de menos Gusserow, cuando, al hablar de la ayuda que podíamos prestar como tocólogos á una cardíaca grávida, afirmaba que era muy limitada, por no contar con un procedimiento rápido de provocar y terminar el parto.

Bumm, en la época del congreso de Kiel, había evacuado, por cesárea vaginal, tres úteros de grávidas cardíacas; y en su comunicación, al hablar sobre este punto, decía: «In 3 Fallen wurde wegen schwerer Herzklappenfehler mit Insuffizienz, Atemnot, Ódem und Stauungsnephritis operiert. Die Frauen überstanden die Kurzdauernde Narkose und operation alle gut, und scheint gerade für solche Fälle, wo es sich darum handelt, der Mutter alle Geburtsarbeit und Schmerzen zu ersparen und mit einem Eingriff rasch zu Ende zu Kommen der vaginale Schnitt besonders geeignet.»

Historia clínica.—E. G., treinta años, antecedentes hereditarios y enfermedades anteriores sin interés para la historia.

La primera regla á los once años; casada á los diez y nueve. De soltera, reglas normales; de casada, con dolores en los riñones.

Dos partos anteriores, terminando el primero de un modo espontáneo, y el segundo por medio del forceps. Este último hace nueve años. Ambos fetos nacieron vivos.

Diámetros exter. de la pelvis: 24 — 26,6 — 29,4 — 20. Forma normal.

Esta mujer se presenta en mi policlínica el 29 de Noviembre de 1907, refiriéndome que su última regla la tuvo el 2 de Septiembre, que duró cuatro ó cinco días, y que fué bastante abundante. Se queja de fluja blanco, dolores en la fosa ilíaca derecha y en los riñones, y de vez en cuando de cabeza. Estreñimiento.

Vulva y cuello del útero de color violáceo; matríz algo aumentada de volumen; síntoma de Hegar poco manifiesto.

Diagnóstico: ¿Embarazo? Le mando se haga lavados con agua hervida y sales de Mediana.

El 16 de Enero de 1908 se pesenta de nuevo en la consulta, porque desde hace dos días tiene algunas pérdidas de sangre y dolores en el bajo vientre.

Encuentro la matríz más aumentada de volumen (unos cuatro traveses por encima de la sínfisis); el orificio externo del cuello dilatado, para dejar penetrar el dedo; el interno, impermeable. Diagnóstico: aborto inminente. Tratamiento: cama, compresas de Priessnitz y extracto viburnum.

Pasadas algunas semanas, se presenta de nuevo diciéndome que habían desaparecido los dolores y las pérdidas de sangre, pero presentando un estado general extraordinariamente alarmante: quejándose de fatiga y de una tos pertinaz y molesta, acompañada de esputos sanguinolentos. Un compañero reconoce á la enferma y diagnostíca de insuficiencia mitral con dilatación hipertrófica.

Desde aquel momento indiqué á la enferma la necesidad de seguir estudiándola atentamente, pues no sería extraño se hiciese necesaria la interrupción del embarazo. De día en día se fué acentuando la disnea y la tos, disminuyó la cantidad de orina y apareció una abundante diarrea, que, con un insomnio pertinaz, colocó á la enferma, en el transcurso de muy pocas semanas, en un estado verdaderamente deplorable. Durante este tiempo estuvo sometida la enferma á la digital y á la dieta láctea.

Convencidos de que la marcha del embarazo agravaba por momentos el estado de la madre, y del inminente riesgo que su vida corría si esperábamos á que el parto se presentara, encontramos indicado el vaciamiento de la matríz por el procedimiento más rápido, y dimos la preferencia á la operación cesárea vaginal.

Ingresó en la Maternidad el 27 de Mayo. Este día, según la partera que hizo un reconocimiento interno en el domicilio de la enferma, antes de transportarla á la clínica, rompió la bolsa de las aguas á las siete de la mañana. El parto no estaba iniciado.

El 28 procedimos á la operación: la temperatura antes de la operación, 38°.3; pulsaciones, 132. Narcosis, cloroformo y éter. Durante la operación, dos inyecciones de aceite alcanforado y una de cafeína; más tarde, una de suero fisiológico, de 300 gramos. Minutos antes de la operación, una inyección de «secacornín», en el hueco isquio rectal.

Operación: Previa desinfección del campo operatorio con alcohol y sublimado, separo las paredes vaginales con dos valvas Doyen, que ponen al descubierto el cuello uterino; prendo en los ángulos laterales del orificio del cuello dos pinzan Musseux, y tirando de ellas lo atraígo hacia la vulva; inmediatamente practico una incisión en la línea media, que, partiendo á unos dos traveses de dedo por debajo del orificio ext. de la uretra, se extendía hasta el orificio ext. del cuello uterino; quedó entonces visible la vejiga y se dejó fácilmente despegar de la pared anterior del útero por medio de una gasa. Completé el despegamiento por medio de una valva estrecha, que coloque entre la vejiga y el útero, é inmediatamente seccioné con tijera la pared de éste en la línea media, y en una extensión de unos 10 centímetros. Entonces retiré todos los instrumentos, incluso las pinzas que fijaban el cuello, y procedí á la extracción del feto, que se presentaba de nalgas. El tiempo empleado desde el comienzo de la operación hasta tener el feto en la mano fué unos cuatro minutos. Extracción manual de la placenta, ya desinsertada.

Hemorragia de poca intensidad por atonía, que se cohibió fácil y rápidamente con un taponamiento con 5 metros de gasa vioformada.

La sutura del útero se hizo con catgut—puntos separados. La dè la pared vaginal con el mismo material, contínua.—El punto más inferior de la incisión del útero lo practiqué con crín. Dejé un desagüe en el espacio vagino-véxico-uterino, que retiré á las cuarenta y ocho horas. Extraje la gasa intrauterina á las veinticuatro, manteniendo el desagüe del útero con tubos de drenaje.

carla. Causa de la muerte, la enfermedad que padecía, independiente por completo del traumatismo operatorio.

El niño, lactado por nodriza y en incubadora, se encuentra en muy buenas condiciones, desarrollándose de un modo normal.

LA DISTRIBUCIÓN VASCULAR DE LAS VELLOSIDADES PLACENTARIAS ESTUDIADA POR LA RADIOGRAFÍA

Por el Doctor Carmelo Gil é I.

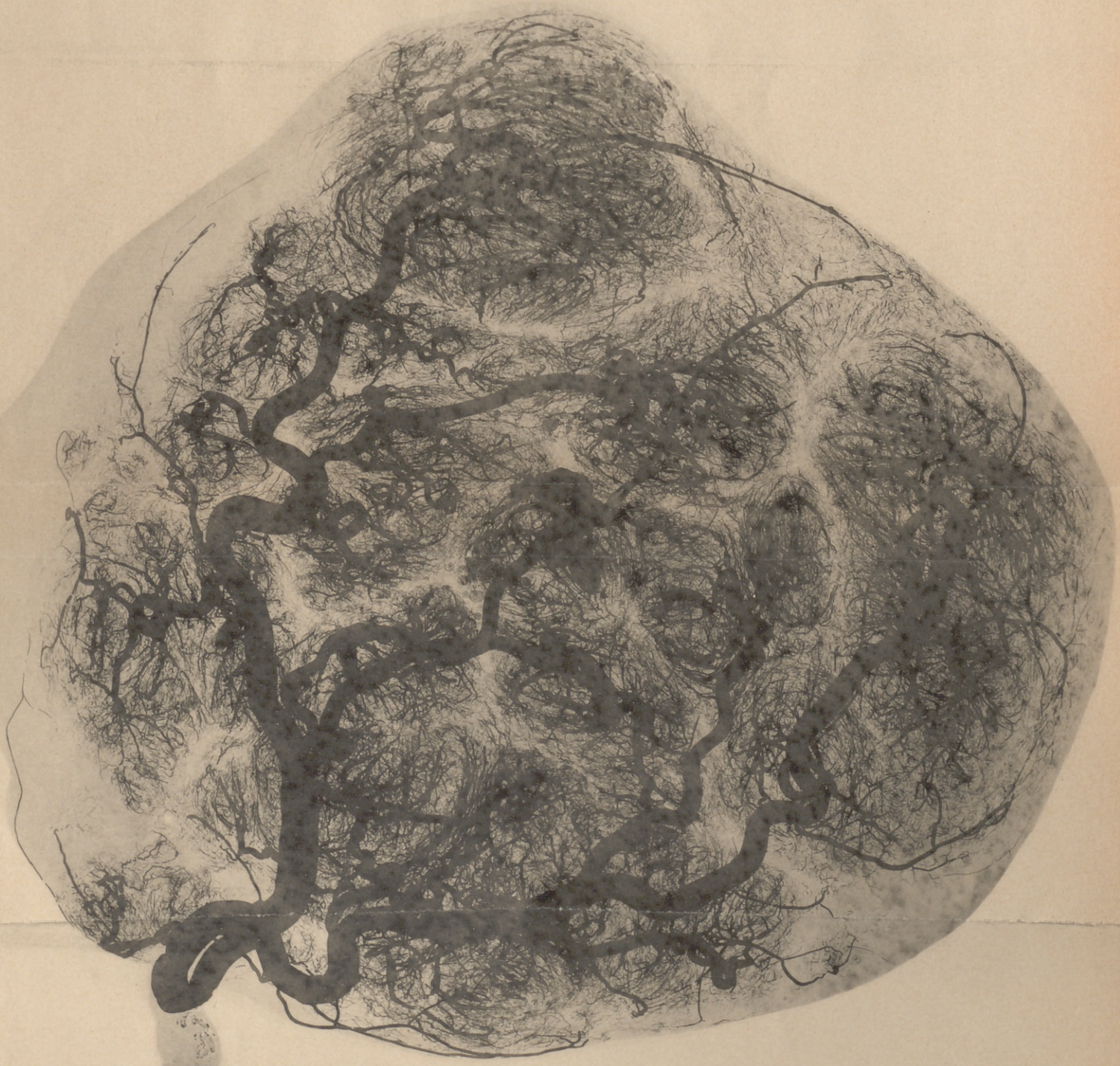
Del Instituto RUBIO

La idea de inyectar con distintas masas el sistema vascular, para poder luego, por medio de los rayos Röntgen, estudiar con todo detalle la marcha y distribución de los vasos sanguíneos, no es nueva, y ya desde hace bastante tiempo se han llevado á cabo con éxito, tales pruebas. En el año 1896 publicó U. Dutto (Arch. ital. de Biol.) figuras de preparaciones inyectadas con sulfato de calcio. De aquella época son igualmente los trabajos de Braus, H. (Uber Photogramme von metallinjektionen mittelst Röntgenstrahlen Anat. Anz: B. 11, s. 625-629, 1896) y los de Harold, J. Stiles (Journ. of Anat. and Physiol.)

Son igualmente interesantes los resultados obtenidos por Londón en 1898, impregnando las paredes de los vasos con sublimado; para ello inyectaba soluciones de sublimado al 5 por 100 en animales, y conseguía fotografías de ramificaciones vasculares muy finas.

No he de seguir ni citando autores, ni exponiendo materias inyectables con las que se puede conseguir hacer visible la marcha y disposición de los vasos en las distintas regiones del cuerpo ó del tronco entero, por no ser este el objeto de esta nota; pero sí, antes de entrar en materia, daré una lista de las principales substancias empleadas.

El bermellón finamente pulverizado, incorporado al aceite esencial de trementina; los óxidos de plomo (massicot, litargirio, minio); el cromato de plomo; el lacre; la masa de Teichmann con



Fototipia de Hauser y Menet.—Madrid

RADIOGRAFÍA DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ARTERIAS UMBILICALES EN LAS VELLOSIDADES DE UNA PLACENTA DE TERMINO, CON INSERCIÓN MARGINAL. MASA DE INYECCIÓN-MERCURIO.

cualquier cuerpo opacante; el ungüento ó pomada mercurial, incorporada á la masa de inyección que se emplea en los laboratorios de Anatomía. Las inyecciones de «Jodipin» no han dado resultado satisfactorio. Por último, anoto aquí la fórmula de la masa de inyección preparada por el farmacéutico Sartorius en el hospital Ependorff (Hamburgo), (1) y que da magníficos resultados por varias condiciones especiales que reune.

Mercurio	1000
Trementina.	200

Mézclese finamente en mortero, y añádase, mientras se agita, la siguiente masa fundida, y que se ha dejado medio enfriar:

Cera blanca	40
Sebo.	60
Manteca.	50

Delove es el primero y único, al menos que yo sepa, que ha empleado la radiografía para el estudio de la distribución de los vasos en las vellosidades placentarias (2). El que el procedimiento seguido por este autor difiere bastante del empleado por mí, (3) no sólo porque después de la inyección incluye la placenta en estearina ó parafina, sino también, porque corta trozos delgados de la misma para radiografiarla, con lo cual quizá no se pueda ver en un solo golpe de vista el conjunto de la distribución vascular, como ocurre cuando se la radiografía sin seccionarla, según yo lo hago, así como el no haber visto ni en Revistas ni en los modernos libros de texto (4) el empleo de este procedimiento para el estudio de la circulación de la placenta, han sido los motivos que me han decidido á escribir esta nota sobre el procedimiento y presentar la adjunta radiografía de una placen-

(1) Das Arteriensystem des menschen-stereoskopischen Rontgenbild-herausgegeben von Hildebrand, Scholz, Wieting.

(2) Delove, Z.: Radiographie des capillaires de la veine ombilicale dans les villosités placentaires. Compt. rend. Soc. Biol. Paris. I-4, núm. 14, p. 359. 1897.

(3) El mio lo describí por primera vez en un artículo publicado en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Tomo XVII, núm. 37. «Nota sobre la radiografía como medio de estudio de la distribución vascular en las vellosidades placentarias.

Mi maestro el Dr. E. Gutiérrez demostró preparaciones y describió el método en la Real Academia de Medicina de Madrid. La sesión se encuentra revisada en la Rev de Med. y Cirugía práctica. Año XXXII, núm. 1019

(4) Hasta el presente tampoco encuentro ninguna radiografía de placenta en el hermoso atlas en publicación de «G. Leopold und T. Leisewitz. Geburthilflicher Rertgen atias. 100 Taf. 1908

ta á término, con inserción marginal del cordón, creyendo poder demostrar con ella cómo con este método pueden conseguirse bellísimos preparados, no sólo de interés desde el punto de vista de la enseñanza y demostración al alumno, de la riqueza vascular de este órgano (sobre todo haciendo fotografías estereoscópicas), sino también como medio de estudio de una porción de alteraciones y de particularidades anatómicas de *esta glándula.*

Radiografías de placentas con infartos blancos demuestran de un modo preciso y claro la distribución de los mismos y la limitación del area placentaria útil para la nutrición del feto.

Creo, aunque no me ha sido posible comprobar hasta el presente, que las placentas sifilíticas, dadas las lesiones que habitualmente se observan en sus vasos, darán un cuadro típico en las radiografías. Yo he inyectado una sospechosa de sifilítica y aunque lo hallado concuerda algo con lo pensado á priori, me quedan mis dudas de si una defectuosa inyección ha sido la causa del aspecto que presenta la radiografía.

El procedimiento radiográfico es mucho menos complicado y más exacto que los antiguos de corrosión ideados por Nichol, profesor de Oxford, y perfeccionados por Hyrtl. El que se haya dedicado á los trabajos prácticos de anatomía, conoce ya el sinnúmero de dificultades que lleva en sí el procedimiento de corrosión, así como lo difícil que resulta conservar la preparación que se ha conseguido obtener, puesto que la materia de inyección empleada resulta sumamente frágil.

En cuanto al *modus faciendi* por mí empleado, poco he de decir. La masa de inyección más manejable y que me ha dado hasta el presente mejor resultado es el mercurio metálico.

Poniendo al descubierto por disección las arterias umbilicales, introduzco una cánula, y después de bien fijada por medio de un hilo resistente enchufo en la cánula un tubo de goma, que por su extremo libre va unido á un embudo. Conseguido esto, se vierte poco á poco el mercurio metálico en el embudo y elevando éste más ó menos, se logra graduar la presión lo suficiente para que la masa de inyección penetre hasta las ramificaciones más finas. Ha de procurarse que no penetre aire en los vasos, pues las burbujas en este caso rompen la continuidad de

la sombra negra del mercurio que dibujan las ramificaciones vasculares. La inyección se practicará por las arterias umbilicales ó por la vena umbilical, pero no por vena y arterias, pues en este caso es tal la riqueza vascular, que lo único que se aprecia son grandes manchas negras y solamente en la periferia, algunos que otros ramillos de capilares finos.

Una vez terminada la inyección, se liga el cordón antes de separar la cánula, para evitar salga el mercurio, y se procede á radiografiar la placenta con arreglo á la técnica usual.

Empleado el mercurio metálico no es necesario el sumergir durante una ó dos horas la placenta en agua caliente á 40° ó 44° como de ordinario se recomienda, sobre todo si se emplean materias de inyección que antes de usarse necesitan fundirse.

No me extiendo más en otros pequeños detalles de técnica, pues sabido es que el éxito en estos casos depende más bien de la práctica que de las nociones que puedan adquirirse teóricamente.

En la fototipia se ve claramente cómo de cada una de las arterias umbilicales salen troncos que se dividen y subdividen, formando bellos y elegantes nidos de capilares finísimos, cada uno de los cuales representa la circulación de un cotiledón placentario.

Observar la fototipia con lente de aumento.

REVISTA EXTRANJERA

80. CONGRESO DE NATURALISTAS Y MÉDICOS ALEMANES

celebrado en Colonia a. Rh. del 20—25 de Septiembre de 1908

Sección de Obstetricia y Ginecología

Sobre la estancia en cama en las laparotomizadas y en las puérperas, Werth (Bonn).—*¿Cuánto tiempo deben las laparotomizadas y las puérperas guardar cama?*—Este autor cansidera el

que las puérperas abandonen pronto la cama, como ventajoso, y cree que de esta manera se facilita la evacuación de los loquios y se impide que los gérmenes ya existentes en el tramo inferior del canal genital ó los que se inoculan en la asistencia al parto produzcan tomando como medio de cultivo los loquios retenidos, infecciones secundarias y ascendentes.

Entiende que este proceder tiene dificultades para llevarlo á la práctica privada, por la razón de que las puérperas sometidas á este régimen y á movimientos activos deben estar bajo directa observación del medico.

Por lo que á las laparotomizadas respecta, cree debe estudiarse el influjo profiláctico que puede tener este tratamiento para evitar las trombosis y embolias postoperatorias. Las observaciones hechas hasta la fecha no son suficientes para formar un juicio definitivo.

Teóricamente parece que este régimen facilitará la circulación venosa de las regiones inferiores del cuerpo, restando por tanto, un factor á las trombosis venosas postoperatorias.

Krónig (Freiburg)—*Nuevas observaciones sobre el abandono pronto del lecho en las laporotomizadas y puérperas.*—El número de observaciones es de 1.400 puérperas y 800 laparotomizadas. En las últimas 200 laparotomizadas el 80 por 100 abandonaron el lecho el primer día después de operadas, y el 95 por 100 en los tres primeros días.

Las 200 últimas puérperas (operadas y no operadas) lo abandonaron en el 83 por 100 de los casos el primer día.

Los resultados conseguidos muy satisfactorios y seguramente mejores que los obtenidos con el antiguo método. En un conjunto de 918 puérperas que se levantaron el primer día del puerperio, se observó una morbilidad—es decir, elevación de temperatura una vez por lo menos sobre 38,1°—solamente en un 6,2 por 100 de los casos (en ellos estaban incluídas operadas); en partos expontáneos la morbilidad fué 4,3 por 100; no murió ninguna.

En las últimas 200 laparotomizadas en que las operadas abandonaron el lecho dentro de los tres primeros días. La mortalidad fué 0 por 100. El temor de algunos autores de que este nuevo régimen facilite la producción de trombosis y sobre todo de embolias, no existe y presenta como comprobante un material de cerca 3.000 observaciones. En estos 3.000 casos se observó uno de embolia en una enferma

diagnosticada de endocarditis sifilítica. Por el contrario deben considerarse este método como el medio más eficaz para evitar las trombosis y embolias, bronquitis é ileos postoperatorios. La normalización de los genitales post partum, parece se realiza mejor que guardando mucho tiempo cama.

El peligro de que la cicatrización de la pared del vientre se dificulte y se formen hernias no existe. Hasta el día no se ha publicado ningún caso. Para terminar indica lo ventajoso del procedimiento sobre todo para las enfermas muy anémicas, operadas de miomas etc., en contra de lo opinado por Küstner y Pfannenstiel.

Henkel (Greifswald).—*Pronóstico y tratamiento de la infección puerperal.*—Indica primero que para formular el pronóstico es de gran importancia la etiología. Se hace indispensable el examen bacteriológico de la sangre y del flujo uterino. La existencia de estreptococos solamente en el flujo uterino no indica nada definitivo por encontrarlos con alguna frecuencia en los loquios de las puérperas. Mayor gravedad pronóstica encierra el encontrarlos en la sangre, pero tampoco en este caso su solo hallazgo indica nada definitivo, denotando gravedad solamente el hecho de que aumente gradualmente su número, así como el que crezcan rapidamente en culturas y finalmente, el que se presente hemolisis en medios de cultivo que contengan sangre. Se puede formular un pronóstico fatal en el caso en que se desarrollen gran número de colonias de estreptococos con hemolisis en el espacio de veinticuatro horas en placas de agar y sangre. Henkel solo ha visto terminar fatalmente los casos en que los estreptococos determinaban hemolisis. También estreptococos no hemolíticos pueden ocasionarla.

En la orina de puérperas infectadas se encuentran con frecuencia estreptococos, esto no implica necesariamente una cistitis, pero se presenta ésta de ordinario al poco tiempo.

Para el pronóstico es de interés, además del pulso, la temperatura, y el estado general de la enferma la respiración. Frecuencia de ella Indica una grave infección. Señala la importancia que la técnica del reconocimiento juega en la etiología de la infección. Anota la importancia del empleo del guante que aleja el peligro de infección por parte del que explora. Hace resaltar la importancia de no traumatizar, puesto que todo traumatismo facilita y es puerta de entrada de bacte-

rias y del propio estreptococo que en número bastante crecido de casos se encuentra en los genitales. Cuanto más al principio del parto se produzcan lesiones, hay mayor peligro, y éste crece igualmente cuanto más tiempo dure el trabajo.

La terapéutica en la infección puerperal debe procurar no dificultar los medios naturales de curación. Restos placentarios deben extraerse. En cambio no interviene en los casos en que sólo quedan restos de membranas. Está en contra de todo tratamiento local en el sentido de lavados, logrados, por no estar seguro de que con ellos no se dificulta las defensas normales del organismo.

Da importancia á facilitar la salida de los loquios y utiliza cánulas de cristal especiales que introduce en la cavidad uterina, sosteniéndolas con gasa empapada en alcohol y quinina. Cuando hay sospechas de que puede presentarse infección (por ejemplo liquido amniótico descompuesto) hace un taponamiento con gasa durante doce horas y la gasa empapa en una solución alcohólica de quinina. Cuando la infección ha perdido su carácter local estirpa H. el útero. En tres casos pudo salvar la vida de las enfermas.

Establecer la indicación de intervenir exige alguna práctica, pues de lo contrario se interviene tarde para obtener resultado. La sueroterapia y el colargol no le han dado resultado. En casos de piohemia puerperal crónica se presenta la indicación de la ligadura de las venas. Un tratamiento local de la piohemia no tiene objeto. La operación de la ligadura está indicada tan pronto como se palpan las venas trombosadas del utero.

Reifferscheidt (Bonn).—*Sobre el tratamiento de la eclampsia.*—El autor indica los resultados obtenidos en la clínica de mujeres de Boon con la extracción rápida del feto en casos de eclampsia. Mientras que la mortalidad materna solamente ha disminuído en muy poco con esta terapèutica activa, en cambio la mortalidad fetal ha descendido mucho, pudiéndose salvar tres veces más niños que con los métodos de espectación. Admite la extracción inmediata del feto como el mejor tratamiento de la eclampsia.

La cesárea vaginal de práctica sencilla y segura en la clínica no es recomendable para el médico práctico. Es por lo tanto necesario aconsejar el transporte inmediato de estas enfermas á la clínica. Para esta idea deben prepararse poco á poco á los mèdicos y al público. Es

recomendable en otro caso una sangría seguida de una inyección de suero; siendo de gran importancia una atenta observación sobre la respiración y función cardiaca. La influencia de la descapsulación renal no se puede juzgar todavía.

En la clínica de Bonn se ha practicado dos veces. Aunque las dos operadas murieron, se observó un aumento en la diuresis de tal modo que el influjo de la intervención se dejó ver. La dificultad está en precisar el momonto oportuno de intervenir. Ya que con frecuencia la función renal se normaliza después de la salida del feto, es lo derecho esperar ocho ó diez horas, intentando la decapsulación si en ese tiempo no mejora la diuresis. La intervención se realiza rápida y fácilmente, no teniendo por tanto peligro por parte de la intervención.

Latzko (Wien).—Partiendo del principio de que en la placenta se producen las toxinas que engendran la eclampsia, ha ensayado en nueve casos de eclampsia puerperal extraer por legrado los restos placentarios adheridos á las paredes del útero. En un caso no le dió resultado; los demás curaron.

Stoeckel (Marburg).—*Diagnóstico de la pielitis grrvidica y su tratamiento por el lavado de la pelvis renal.*—Sabido es que el embarazo determina pielitis, que la retención de orina en los ureteres es lo más esencial, que la retención aparece con más frecuencia y con más intensidad en el derecho, y que la orina retenida contiene colibacilos solos ó mezclados con otros gérmenes. No se explica de un modo claro cómo los colibacilos penetran hasta la pelvis renal. El cree que se trata de infección ascendente. Más interesante que la infección del coli es la retención de orina que marca el cuadro clínico. Hay variadas interpretaciones para explicar la retención; él cree que la dificultad que determina la retención se encuentra por debajo de la 2.ª estrechez del ureter. El diagnóstico se hace con frecuencia equivocado. En casos en que existe al mismo tiempo cistitis, la pielitis pasa desapercibida. En casos en que no existe cistitis (que son más frecuentes) la pielitis se confunde con peritiflitis, con lesiones del hígado, vejiga de la bilis, y anejos. Dolor en el punto de Mc. Burney, en las embarazadas, habla más en favor de una pielitis que en el de una peritiflitis. De más interés es la sensibilidad renal, el análisis bacteriológico de la orina, y sobre todo la cistoscopia, y el cateterismo de

ambos uréteres. Con su ayuda se diagnostica de un modo seguro toda pielitis.

La terapéutica consiste en los casos leves en quietud en cama; con esto se curan aun casos graves con fiebre. Si no dá resultado este tratamiento en combinación con antisépticos de la orina, está indicado el tratar directamente la pielitis. Entran en concurrencia tres métodos de tratamiento: 2) la provocación del aborto; 2) el lavado de la pelvis renal; 3) la nefrotomía.

La provocación del aborto se debe en principio desechar.

La nefrotomía debe reservarse para los casos graves en que de una pielitis se ha producido pionefrosis.

Para los casos típicos da buenos resultados el cateterismo. Si no es suficiente la extracción de la orina retenida por medio del cateter, debe procederse á los lavados de la pelvis renal. Hasta el presente ha curado cinco casos de pielitis por medio del lavado. En todos desaparecieron la fiebre y los dolores y continuó el embarazo. Todos los niños nacieron vivos y las madres curaron.

El oxígeno en las infecciones puerperales.—Reynier refiere en la Academia de Medicina de París, los buenos resultados obtenidos por el empleo de las corrientes de oxígeno puro, de que le había hablado Riverdi, de Ginebra, en las infecciones puerperales.

La práctica consiste en hacer un lavado intrauterino, y luego, por medio de la sonda de Doleris, hacer pasar por la cavidad uterina una corriente de oxígeno puro. El autor cita casos de infecciones gravísimas, curadas con gran rapidez por este medio, y recuerda que Thiriar de Bruselas, había obtenido muy buenos resultados por este método en los antrax y flegmones difusos. Pozzi califica de muy interesante dicho método, empleado en Alemania.

C. Gil é I.

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

CIRCULAR

A LOS FARMACÉUTICOS

En el ambiente profesional de la clase farmacéutica se siente, con rara unanimidad, el deseo de emancipación económica, por haberse

hecho ya insoportable esa tutela que el potentado capitalista ejerce sobre ella, abusando tal vez del estéril individualismo que á sus miembros caracteriza y que la coloca como una excepción entre las clases sociales españolas.

Resulta á todas luces injusto é intolerable que elementos absolutamente extraños á la clase farmacéutica, se hayan intrusado, á través de los años, en nuestros dominios y que se impongan sobre nosotros con disimulado despotismo, impidiendo orientaciones saludables y arrastrando á nuestra clase con su conducta hacia la anulación y la ruina.

No á otro fin pueden conducirle esas competencias descaradísimas que hacen á sus mejores clientes las grandes y pequeñas Droguerías, competencias que serían soportables si estuvieran inspiradas en la legalidad; no á otro fin puede arrastrarle esa ventajosa posición que sobre el público en general han conseguido ejercer con su intrusismo en el campo de la Farmacia, intrusismo tolerado pacientemente por la clase farmacéutica y mirado con la mayor indiferencia por aquellas autoridades obligadas por la Ley á impedirlo; no á otro fin tiende esa oposición que esos mismos poderosos centros industriales de Droguería han hecho á la saludable y tal vez salvadora iniciativa de la clase, de recabar de los poderes públicos el justísimo deslinde de campos, pidiendo la clasificacion de las Droguerías, en medicinales é industriales, reclamando para las segundas amplia libertad comercial en sus artículos de industria, aun para aquellos de doble uso medicinal é industrial, é imponiendo á las primeras la dirección facultativa de un Farmacéutico, sin otra autorización que el surtido de las Farmacias, con exclusión de todo servicio público.

Bien terminantemente hemos visto el olímpico desdén con que miran y el menosprecio con que tratan á nuestra desheredada clase en los grandes centros de Droguería al pedirles que concurran con un pequeño descuento en las facturas de los Socios, una pequeña limosna, que no de otro modo puede calificarse, para nutrir la Caja de Socorro del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares á fin de que algún día pueda servir de lenitivo á la desgracia que ha de amargar la vida de nuestras esposas y de nuestros hijos. Esa es la manera que han tenido de corresponder á esta clase que sin duda alguna sirvió de escabel á algunos de los dueños de aquellos centros para elevarse á las cimas del capitalismo y pasar desde ellas á la administración del Estado.

Aún perdura en todos nosotros, sin que se nos haya borrado la

mala impresion causada, el recuerdo de aquella negociación entablada, de aquella beligerancia que les concedimos al invitarles á un arreglo basado en la unificacion de las Tarifas de especialidades farmacéuticas, y recordamos también que á nuestro espiritu de transigencia y de concordia respondieron con la altivez y el desprecio.

Hoy mismo estais presenciando la lucha á que nos provocan por el solo hecho de pretender la reivindicación de nuestros legítimos derechos. Acostumbrados á nuestra lenidad, nuestra actitud actual les irrita y ahí los tenéis formulando ridículas denuncias judiciales en que demuestran un desconocimiento absoluto de nuestra legislación. Todos habéis recibido las circulares que los Sres. Subdelegados os dirigieron trascribiendo la R. O. del Ministerio de la Gobernación de 6 de Agosto último, acerca del intrusismo, y sabéis la causa que motivó la actitud del Colegio de Vizcaya y por lo mismo no hemos de insistir acerca del particular.

Y no se crea que estas y otras vejaciones que hemos sufrido obedecen al olvido de nuestros derechos y al abandono de la clase; no; la clase farmacéutica, desde hace muchos años, desde que el *especifiquismo* ha invadido la nación española, viene protestando constantemente, ya en la prensa profesional, ya por medio de sus Colegios, del despojo de que es víctima, con la aquiescencia tácita de las autoridades. Pero á pesar de que no hemos abandonado ni podemos abandonar nuestros derechos y legítimas aspiraciones perfectamente definidos por la Ley, seguimos siendo objeto de una constante y descarada intrusión y ha llegado el momento en que el predominio, el abuso, la desconsideración y el perjuicio moral y material que venimos sufriendo nos obligan á defendernos, recurso legítimo y supremo que nadie puede negarnos, por ser Ley de vida; ha llegado el momento de deslindar los campos: lo industrial y lo comercial á un lado; lo profesional á otro. El instinto de conservación así nos lo impone, sin que por ello pueda molestarse nadie, puesto que cada clase tiene bien definido su radio de acción. La Farmacia y sus productos medicinales deben ser de los Farmacéuticos; la Droguería industrial de los Drogueros. Nuestros propios recursos nos bastan para ello; es cuestión de unión, de compañerismo, de confraternidad, de bloque como hoy se dice. Lo que podemos hacer nosotros mismos no debemos consentir que nos lo hagan otros, dándoles con ello armas para exterminarnos.

A este fin tiende el presente proyecto que con tanto cariño fué

acogido por la última Junta general extraordinaria cuyas ventajas consideramos inútil encareceros, puesto que todos conocéis sobradamente los beneficiosos resultados que las Sociedades Cooperativas están dando en todos los órdenes de la actividad mercantil. Por lo que á nosotros se refiere, los que nos puede reportar la empresa en proyecto, son, entre otros, los siguientes: inversión del Capital en un negocio de éxito seguro, puesto que podemos contar de antemano con la venta de los productos farmacéuticos, toda vez que nosotros mismos hemos de ser los consumidores: realización de contratos directos y ventajosos con los Centros productores; adquisición de productos de pureza y bondad garantizadas: protección para nuestros trabajos personales en la elaboración de productos farmacéuticos, especialidades, etc., y otros muchos que sería prolijo enumerar y que se comprenderá fácilmente á poco qne se reflexione.

Pues si todo esto es evidente y además entraña para nosotros la realización de nuestro ideal, que siempre ha sido y será el emanciparnos de la ominosa tutela que desde tiempo inmemorial venimos sufriendo; si consideramos por otra parte que este es el único procedimiento práctico de que podemos echar mano para combatir el intrusismo, retirándole las armas que imprudentemente le cedimos, ¿qué inconveniente podemos tener y qué reparos nos pueden asaltar para dejar de prestar nuestro concurso moral y material á la realización de este proyecto? ¿Es acaso el temor de que puede fracasar y correr la misma suerte que corrieron otras Sociedades análogas, ya por su mala administración, ó ya por la mala fe de sus Gerentes?

La Junta de Gobierno os ruega que fijéis vuestra atención preferentemente en la parte administrativa y observaréis que ofrece las mayores garantías posibles: todos vamos á ser administradores, puesto que hemos de alternar en los cargos de Consejeros; todos podemos fiscalizar, en cualquier momento, el estado y marcha general del Centro; los fondos sociales estarán de tal modo custodiados y garantizados, como se verá en la base que de ellos se trata, que es absolutamente imposible su malversación; y por último, la administración no correrá, como en otras Sociedades, á cargo de un solo individuo investido de amplias facultades, sino que será ejercida por los miembros del Consejo que la Junta general elija y designe, y el Director Gerente no hará otra cosa que secundar las órdenes de dicho Consejo.

En atención á las razones expuestas y por acuerdo de la Junta general, sometemos á su consideración y estudio las siguientes

Bases para la constitución de una Sociedad Farmacéutica anónima, con carácter cooperativo.

1.ª Se constituirá una Sociedad anónima con el nombre de **Centro Farmacéutico Vizcaíno,** ú otro análogo, con domicilio en Bilbao, á fin de establecer una Droguería medicinal para el servicio de los Farmacéuticos de Vizcaya y de los de otras provincias y Centros de índole análoga ó entidades que con la misma quisieren tener relaciones comerciales.

2.ª Su duración será ilimitada, y solo se disolverá:

1.º Por acuerdo de las dos terceras partes de acciones presentes y representadas.

2.º Por pérdida de más de la mitad del Capital Social.

3.º Por cualquiera otra causa en virtud de la cual se deba disolver con arreglo á las disposiciones legales que le sean aplicables.

3.ª El Capital Social quedará constituído por la cantidad que arroje el número de acciones suscriptas el 19 de los corrientes. Cada acción será de 250 pesetas y sólo los Farmacéuticos, sus viudas é hijos con reconocido derecho á tener Farmacia abierta, tendrán opción á suscribirlas.

4.ª Los accionistas abonarán el importe de sus acciones en cuatro plazos; el primero de 100 pesetas por acción y los otros tres restantes, de 50 pesetas cada uno, en las fechas que con 15 días de anticipación designe el Consejo de Administración, el cual podrá dar, en su caso, cuantas facilidades necesiten los socios para el cumplimiento de este deber.

5.ª La responsabilidad de cada accionista tiene por límite el valor de las acciones que represente, y desaparecerá toda responsabilidad desde el momento en que ha desembolsado todo el capital suscripto.

6.ª La Sociedad será administrada por un consejo de Administración compuesto de siete miembros, llamados Presidente, 1.º, 2.º y 3.er Vocal, Secretario, Tesorero y Contador. Este último cargo será desempeñado por el Director Gerente, y su nombramiento, así como el de los demás empleados del Centro, los hará el referido Consejo, el cual someterá su aprobación definitiva á la Junta general de Accionistas.

El Consejo de Administración podrá disponer y dirigir ámpliamente las operaciones, negocios y trabajos de la Sociedad, pudiendo

adquirir, contratar y enagenar los géneros y efectos que den lugar á las transacciones de la misma.

7.ª El Contador ó Director Gerente habrá de ser Farmacéutico; llevará la Contabilidad general con todas las formalidades que previene el Código de Comercio; será el Jefe inmediato de todos los empleados; realizará cuantas operaciones le encargue el Consejo de Administración; hará uso de la firma Social; formulará al fin de cada ejercicio anual los Balances é Inventario de la Sociedad; dedicará á los asuntos del Centro todo el tiempo y cuidado que estos exijan quedándole absolutamente prohibido todo otro negocio ú ocupación que guarde analogía con los de la Sociedad ó pueda recaer en perjuicio de ésta. Tampoco podrá ejercer la profesión, por lo cual este cargo será retribuído.

8.ª La Sociedad hará sus cobros y pagos por intermedio de los Bancos, conservando en metálico solamente aquéllas cantidades absolutamente precisas para pagos perentorios y de pequeña cuantía. No podrá retirar cantidades que tenga en cuenta corriente, sino es con la firma del Presidente, Tesorero y Gerente, y esto por acuerdo del Consejo de Administración.

9.ª Los productos que adquiera el Centro, han de ser de buena calidad y procedentes de fábricas y casas reconocidas por su reputación y seriedad. Sobre el valor de coste de los mismos, puestos en el almacén, se cargará á los señores accionistas un tanto por ciento, que deberá previamente calcularse, por el concepto de gastos de la Sociedad é intereses correspondiente al capital invertido.

10. Todos los señores Socios se obligan á surtirse del Centro. La Junta general de Accionistas fijará el límite de esta obligación.

11. El nombramiento del Consejo de Administración se hará por elección en las Juntas generales de Accionistas sobre la que recaerá la plenitud de facultades y atribuciones para dirimir sobre todos los asuntos concernientes á la marcha de la Sociedad.

12. Los beneficios líquidos que la Sociedad obtenga, se distribuirán en la siguiente forma:

5 por 100 de interés anual á las acciones emitadas.

5 por 100 á la Gerencia, como estímulo á su gestión.

La Junta general, á propuesta del Consejo de Administración, designará la cantidad que se ha de destinar á la creación de un fondo de reserva.

El resto se repartirá en un dividendo proporcional al consumo de cada Socio accionista.

Bilbao 3 de Diciembre de 1908.—La Junta de Gobierno.—*El Secretario*, E de Madaleno.

Junta extraordinaria del Colegio de Farmacéuticos, celebrada el día primero de Diciembre.—Bajo la presidencia del Sr. Sastre Chapero, y con asistencia de los Sres. Soto, Artaza, Rincón, Barrera, Micieces, Miguélez, García Bilbao, Codina, Boyra, Aristegui, Fernández, Pinedo (Q.), Bolívar, Saralegui, Martínez, Murrieta, Lanzagorta, Monasterio, Bagazgoitia, Fernández, Zuazagoitia, Puente, López Araujo, Angulo, Regil (F.), Molinuevo, Urive, Mendaza, Arrilucea, Labarta, Goñi, Orive y Madaleno y numerosas adhesiones, se abre la sesión. El Sr. Secretario lee la convocatoria. El señor Presidente hace historia del asunto de la R. O. del ministerio de la Gobernación dictada con fecha 6 de Agosto del presente año, y explica la necesidad del nombramiento de un letrado asesor del Colegio, para que estudie las cuestiones legales que pudieran afectar al Colegio.

El Sr. Bolívar dice que al nombrar el letrado debe desligarse de las denuncias y sea solamente para la defensa del Colegio.

El Sr. Aristegui habla asímismo de la necesidad del nombramiento y dice debe ser para toda cuestión legal que afecte al Colegio; asímismo dice que se debe nombrar también un procurador para las cuestiones del Juzgado.

El Sr. Secretario hace historia de las gestiones que la Junta de Gobierno ha venido realizando desde la promulgación de dicha Real Orden y explica las visitas que se hicieron al Sr. Gobernador civil, señor Alcalde y Sr. Inspector provincial de Sanidad, viendo en todos ellos la satisfacción con que se ponían al lado del Colegio de Farmacéuticos; habla de las denuncias hechas á los drogueros, cuyas denuncias están hechas oficialmente, y entiende de necesidad el nombramiento del letrado asesor.

Se aprueba por unanimidad el nombramiento de dicho letrado, quedando facultada la Junta de Gobierno para su designación, así como lo que se relaciona con la cuestión de honorarios.

El Sr. Presidente lee una carta del Sr. Baranguan, relativa á una consulta que se le hizo respecto á la formación de una Cooperativa Farmacéutica, en cuya carta, llena de entusiasmos, y con el conoci-

miento del asunto que tiene dicho señor, apoya incondicionalmente la idea, como único medio de sacudirse la clase farmacéutica del duro yugo á que quieren someterla los que á su sombra medran, y se ofrece á cooperar moral y materialmente á todo lo que redunde en su beneficio.

La asamblea, en pleno, oye con grandísimo gusto la lectura de dicha carta, y propone se le comunique al Sr. Baranguan un expresivo voto de gracias por su ayuda, que es aprobado por unanimidad, á propuesta del Sr. Soto.

El Sr. Presidente habla de la necesidad que tenemos de la formación de un Centro de especialidades y productos del cual se surtan los farmacéuticos de Vizcaya y los que por ser de provincias limítrofes quisieran adherirse á dicha idea, é invita al Sr. Soto, autor de un proyecto de Centro Farmacéutico, para que dé explicaciones acerca del trabajo de que es autor. El Sr. Soto cree de necesidad urgente la creación de este Centro y que de una vez para siempre queden deslindados los campos, el profesional por un lado y el industrial por otro.

El Sr. Secretario lee el proyecto presentado por el Sr. Soto, el cual, después de las explicaciones dadas por el autor, es tomado en consideración por unanimidad, acordándose, á propuesta del Sr. Saralegui, que se imprima dicho proyecto y se reparta á todos los señores farmacéuticos de la provincia y de los pueblos que por su proximidad pudiera convenirles adherirse al proyecto; que los señores farmacéuticos hagan por escrito las objeciones que tengan por conveniente, con objeto de mejorarlo si cabe, y á propuesta del señor Arístegui se acuerda consignar en el acta un voto de gracias al señor Soto, por su meritísimo trabajo.

Se acuerda asimismo, que las modificaciones que quieran hacer los señores farmacéuticos sean admitidas hasta el día 15 del corriente, recibiéndose en esta Secretaría; que se reuna la Junta de Gobierno, y todos los señores farmacéuticos que quieran asesorarla, en el local del Colegio el día 17 del corriente, á las tres y media de la tarde, y se convoque á otra Junta general extraordinaria para el día 19, á las diez y media de la mañana, para aprobar el proyecto definitivo.

Y no habiendo más asuntos que tratar, se levantó la sesión.

El Secretario,

E. DE MADALENO.

Unas pocas palabras de comentario á esta sesión, seguramente una de las de más importancia de las celebradas hasta ahora por el Colegio: palabras de aliento y de entusiasmo para la noble y sufrida clase Farmacéutica, que parece por fin despertar de largo y mortífero letargo en que estaba sumida y pretende recobrar aquello que les fué arrebatado por incuria y abandono de la clase.

Porque si el derecho de defensa de la vida es sagrado en el individuo, en las colectividades, que cual la Farmacéutica, cumplen un fin social altamente humanitario, es aún más sagrado todavía, es no sólo un derecho, sino un deder, y deber ineludible, cuyo incumplimiento sería criminal.

Y no es otra cosa lo que los Farmacéuticos de Vizcaya se proponen realizar: como muy bién decía el Sr. Soto, no se trata de declarar la guerra á nadie, sino de ejercer el derecho de defensa, que se impone, con fuerza irresistible, sino quiere verse arrollada la clase por esa avalancha de intrusismo que amenaza acabar con ella.

Los Farmacéuticos de Vizcaya deben dar prueba de sus energías y de su valor cívico, tomando este asunto con verdadero calor y entusiasmo, estudiando detenidamente el proyecto del Sr. Soto y haciendo en él las modificaciones que crean oportunas y presentándolas por escrito á la Junta Directiva del Colegio, formulando proyectos nuevos si es que los tienen, y suscribiéndose por la mayor cantidad posible de acciones, que siempre y en todo caso han de estar bien garantizadas y acudiendo todos, *absolutamente todos*, á la próxima Junta del día 19.

Entre los Farmacéuticos de Bilbao, el entusiasmo es grande: no solo como proyecto simpático á todos, sino como negocio lucrativo y de porvenir seguro, es de una clarividencia tal, que todos están dispuestos á prestarle su apoyo moral y material, habiendo solicitado ya gran número de acciones.

En una palabra, estamos en vísperas de un acontecimiento de trascendencia incalculable: la emancipación económica de la clase, la unión de sus individuos por los fuertes lazos de mútuos intereses materiales y el prestigio y honorabilidad de todos, dependen de èl.

¿Se realizará?; no sólo lo deseamos; tenemos en ello fe ciega y absoluta.

Farmacéuticos de Vizcaya: ¡adelante!

Crónica Médica Mundial

RUSIA.—La enseñanza médica de la mujer en Rusia.—Hace 45 años que la mujer rusa podía asistir como oyente á las Universidades de San Petersburgo, Kiev, Karkov y á la Academia Médico-quirúrgica de la capital.

Al formarse en 1862 el Reglamento general para las Universidades rusas, solo dos, las de Moscow y Dorpat, protestaron de que en ellas se admitiese á las mujeres y el Claustro de profesores de la primera, decidió, por 23 votos contra 2, que la asistencia de jóvenes de ambos sexos á las clases sería muy perjudicial para la enseñanza.

Posteriormente, el año 1864, á causa de revueltas juveniles, el Ministro de la Guerra ordenó que ni como oyentes podrían asistir las mujeres á los cursos de la Academia.

En 1870 una comisión de jóvenes rusas se presentó al Ministro de Intrucción pública con objeto de que se las permitiese estudiar en la Universidad de Karkov, pero no lo consiguieron.

En el mismo año varios miembros del Consejo médico del Reino presentaron una moción en la cual detallaban la completa inutilidad de las comadronas en los partos anormales y demostraban la necesidad de establecer clases especiales.

El Consejo aprobó el proyecto, así como el claustro de las Universidades de Moscow, Karkov, Kiev y Kazau, pero el entonces Ministro de Instrucción Pública se opuso, por no ser partidario de que la mujer se dedicase á tales estudios.

La Academia Médico-quirúrgica de San Petesburgo, hoy Academia médico-militar dirigida por el Ministro de la Guerra, Conde Miljutin, hombre de instrucción y humanitario, se encargó de este importante asunto. Aprovechando el estado de decaimiento en que se encontraba la Facultad de Medicina de la capital del Imperio ruso, trabajó mucho hasta conseguir la apertura de clases para comadronas en dicha Academia. Por aquellos días una opulenta señora donaba la cantidad de 125.000 francos para los cursos proyectados. Estos cursos se equipararon después con los de las Facultades de Medicina, excepción de las asignaturas de Medicina legal y Policía Mé-

dica, siendo trasladadas las clases al Hospital Militar del Emperador Nicolás I. en el año 1876.

Cuando estalló la guerra con Turquía, 25 mujeres de las que cursaban en este Hospital marcharon con el ejército á la Península de los Balkanes, donde ejercieron la profesión médica con felíz éxito, tanto que después y previo examen de capacidad para la práctica, se las autorizó en 1879 para visitar en ciudades y pueblos, pero el Gobierno decidió la no admisión de mujeres en 1882 y en 1886, á pesar de las numerosas súplicas que se le dirigieron, cerró definitivamente las clases para *las estudiantes.*

Varias entidades profesionales y agenas á la profesión no desistieron de sus propósitos hasta conseguir la fundación del Instituto Médico de San Petesburgo, para mujeres, siendo al fin aprobado el Reglamento por el Gobierno el 14 de Diciembre de 1895 y abiertas las clases el 10 de Marzo de 1906.

En el verano de 1897 quedó terminado el edificio é inaugurado con toda solemnidad el 14 de Septiembre de dicho año.

Con arreglo al Reglamento, podían ingresar (previo un detenido examen de latín) las mujeres de 20 á 35 años. Los cursos eran cinco. En 1900 y 1904 se instalaron salas de clínica, incluso de Obstetricia y Ginecología.

El número de las que deseaban ingresar superaba al de las que podían ser admitidas, tanto, que en el año 1897, de 400 alumnas, solamente ingresaron 165 y en 1900, de 726, 200.

Los exámenes de las primeras *Mujeres-Médicos* tuvieron lugar en 1902, licenciándose en 1907, 201 y en 1908, 230.

El Instituto expidió más de 1000 títulos para mujeres en los años que funcionó, advirtiendo que á medida que el número de alumnas aumentaba extraordinariamente, así disminuía el de alumnos, en especial desde el 1901, en cuya época empezó á sentirse la necesidad de cerrar las puertas de la Facultad de Medicina al bello sexo, siendo definitivo el cierre á raíz de la revolución de 1906 y quedando por orden gubernativa reducidas las alumnas á simples oyentes.

Moscow y Karkov insistieron en sus peticiones en favor de las alumnas de Medicina y lo consiguieron, pero sin intervención del Gobierno, funcionando hoy ambas Facultades con carácter libre y á expensas de donativos particulares.

(La Vocho da Kuracistoj).

A los Médicos.—En el último Congreso esperantista de Dresden, el grupo formado por médicos de diversas naciones organizó la *Tutmondan Esperantan Kuracistan Asoción* (T. E. K. A.) con objeto de establecer relaciones entre los Médicos de todo el mundo.

Tiempo ha que todos sentimos la necesidad de esta unión profesional entre los Médicos y hasta ahora cuantos trabajos se han hecho para establecerla, han resultado por desgracia infructuosos. Hoy, gracias al Esperanto, empieza á realizarse y todo Médico que desee visitar cualquier país, gracias á esta Asociación recientemente fundada, obtendrá los detalles necesarios en todos los asuntos referentes á la profesión. La exigua cantidad de cinco francos al año, incluyendo la suscripción al periódico oficial de la Asociación, está muy compensada con la utilidad que ha de reportar.

He aquí el Reglamente de la Tutmondan Esperantan Kuracistan Asoción:

1.º T. E. K. A. tiene por fin el establecer relaciones profesionales entre los Médicos de todas las Naciones.

2.º Socio de T. E. K. A. puede ser todo Médico que al principio de cada año abone la cantidad de cinco francos. Los socios honorarios que se nombren no pagarán cuota alguna.

3.º Los socios recibirán gratis el órgano oficial de la Asociación, el cual contiene todas las noticias indispensables por lo que respecta á las relaciones entre los Médicos.

4.º La T. E. K. A. tiene una Junta Central que se encarga de todos los asuntos de la Asociación.

5.º La Junta Central nombrará en todas las Naciones uno ó más Cónsules que se encargarán de los trabajos de propaganda en su respectivo país y de nombrar representantes en todas las ciudades.

6.º La Junta Central se compone de un Presidente, Doctor Dor, (Lión); dos Vicepresidentes, Doctores Mybs, (Altona) y Whitaker, (Liverpool); un Secretario, Doctor Róbin, (Varsovia), y un Cajero, el Profesor Soulier, (Lion).

La renovación de la Junta tendrá lugar todos los años en el mes de Diciembre.

Como Presidente honorario fué nombrado por unanimidad nuestro querido Maestro el Doctor L. L. Zamenhoff.

El órgano oficial para 1909 será la «Vocho de Kuracistoj».

Los señores Médicos que deseen más detalles respecto á esta importantísima Asociación, pueden dirigirse á *Esperanto Oficejo*, Bidebarrieta, 9, Librería Médica, ó á D. Jorge S. Hita, La Arboleda (Bilbao.)

La Arboleda y Octubre 1908.

JORGE S. HITA.

SECCION PROFESIONAL

Nuestro extraordinario.—Ha sido, como era de esperar, un éxito, el número extraordinario de nuestra revista, dedicado, como ya saben nuestros lectores, á la inauguración del nuevo Hospital de Basurto.

Editado con verdadera esplendídez en riquísimo papel estucado, con profusión de fotograbados y avalorado con notables artículos del Cuerpo Médico del Hospital, forma un precioso folleto de 56 páginas verdaderamente notable, que honra á la Academia de Ciencias Médicas que lo ha costeado á todo lujo.

De todas partes recibimos entusiastas felicitaciones y la prensa diaria también se ha ocupado de nuestro extraordinario con frases de elogio.

A todos nuestra sincera gratitud.

A los nuevos suscriptores.—Todos aquellos nuevos suscriptores que abonen su suscripción dentro del primer trimestre del año próximo, tendrán derecho á recibir un ejemplar de nuestro número extraordinario.

Igualmente recordamos á nuestros suscriptores que se hallan en descubierto con esta administración, que si desean recibir dicho extraordinario, deberán ponerse al corriente en el pago de sus suscripciones.

Imp. y Enc. de Miguel Aldama, Berástegui núm. 2.—BILBAO