

# GACETA MÉDICA

## DEL NORTE

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y FARMACIA

DEDICADA Á LA DEFENSA DE INTERESES PROFESIONALES

Año I

BILBAO 20 de Junio de 1895

Número 11

### CRÓNICA

El diputado Sr. Llorens ha solicitado *en vano*, como era de suponer, dada la razon misma de la solicitud, la inclusion en los presupuestos de 500.000 pesetas para pago de las pensiones á facultativos muertos en epidemias. Pero segun el diputado ponente ha resultado algo bien triste de la discusion por tal motivo entablada, y ello es que «en este país, lo pequeño, lo miserable encuentra recompensa; á lo grande, á lo heróico se niega toda clase de auxilio.» Sin embargo esto es condolerse injustamente, porque la *teórica* clase médica aún debe reconocimiento y gratitud á nuestro paternal Gobierno. Véase la muestra.

✱

El Rey (Q. D. G.) *ha tenido á bien* disponer se autorice á D. Jaime Ferran para elaborar y expender el suero antidiftérico de su laboratorio instalado en Barcelona en la calle de Roger de Flor, número 274. Pero no se crea que tal autorizacion es dada incondicionalmente y sólo por gracia: tiene sus resultandos. Autorízase porque dicho suero procede de *caballos* inmunizados por la toxina diftérica; porque su inyeccion no causa *perturbacion apreciable*; y es *inocuo*, y tiene una *mayor potencial* que el suero normal.

Es decir que si dicho suero procediera de *borricos* (acaso fuera útil contra el rebuzno); ó la inyeccion causara alguna apreciable perturbacion (concepto digno de los tiempos de Chomel, pero que, casualmente, debe realizarse dada la fundamental ley de interferencias nosoterápicas) y no fuera inocuo, algo así como inocente ó bobo, pero de gran potencial (!!).... sino fuera por todo esto el Gobierno no hubiera podido permitir, en sus altos fines de nacional curador, la expedicion de dicho suero.

Vemos, pues, cómo tras de aquellas calumniosas especies otro tiempo lanzadas por la prensa política, y,

que á herir tendían víscera tan vital como es el honor... lejos de pedir reparaciones aún tiene el médico catalan y con él la titulada clase médica, que cantar un himno de gracias por haber librado la pelleja ó no estar ya en la cárcel. ¡Y pensar que hay tantos industriales que, lejos de inmunizar caballos se inmunizan el pudor no por las toxinas, sino con el tocino de la gorda desfachatez y viven y medran y pasan sin motivar informe alguno! ¡Ah! digámoslo en italiano: *Così va il mondo...*!

✱

*Mal haya quien fia—de gente que pasa!* El especifista, especiero ó especial Sr. Audet ha anunciado ya á los señores farmacéuticos de esta villa su próxima visita á estas tierras á fin de que se provean de sus específicos que, seguramente, serán los que él, arrimando el ascua á su sardina, ha de recetar á la numerosa y distinguida clientela que, de cierto, estará ya sintiendo su tardanza.

Hago recordar, sin embargo, á los estimados colegas farmacéuticos, que se dan casos de que adelantando unas cuantas pesetas por comision y venta de ciertos específicos, resulta que al fin no se vende ni un ochavo de ellos.

Hago recordar al público en general que estos curadores de hotel y de paso, como muchos de nuestros visitantes no sólo vienen por tomar aires como dicen, sino por tomar los cuartos, segun hacen, lindamente, y á cotinuacion... las de Villadiego. Por eso dijo bien nuestro Juan de Salinas: «Pensé que eran ciertas—sus falsas palabras.—*Mal haya quien fia—de gente que pasa.*»

✱

Por cierto que, parodiando tal juguete, pudiéramos decir tambien: Sus falsas palabras—pensé que eran ciertas—*Mal haya quien fia—de algunos que quedan.* Porque eso sí, aquí tenemos algunos que ó nacidos en el suelo ó arraigados ya en él dan cruz y raya al ya citado especificista anunciante.



Citar sus nombres fuera importuno y ocioso: por sus obras les conoceréis, que estos son de los que no dan paz á la mano.

Ved en Elgoibar el famoso componedor que trata por yerbas á sus pensionistas; ved el gran mecánico telegrafador de Eibar. Ved en el Desierto el practicante especialista en inyecciones y toques á peseta y... con consecuencias; ved en Ceberio el nunca bien ponderado práctico y experimentado *maestro*... en obstetricia, que tantos ajustados cuenta sin que á él (sin duda más necesitado) nadie se las haya ajustado aún. Ved, en fin, que algun médico hay en la provincia que, segun se susurra, deja en sus ausencias recetas en blanco con cuya firma las entrega al no titulado intruso... Ya veis, pues, si hay para fiarse ya ni del que pasa ni de muchos que quedan.

Verdad es que, como cuenta nuestro Tirso (y va de poetas): «En postemas más acierta la mula que no el doctor.» Cosa que el vulgo debe saberlo muy bien porque muy sinceramente suele creer en ocasiones que para ser médico lo que sobra es el serlo. Así es que en medio de todo la queja resulta inútil y ociosa la denuncia. Bien lo dice mi venerado maestro Letamendi: «Contra la curandería no hay legal correctivo: el grado de su prestigio ha sido, es y será exacta medida ó de lo que le falta á la Medicina para Arte científica, ó de lo que le falta á los médicos para dignos representantes de ella.» (afor. 21.)

✱

Tanto nos ha ocupado la casa que poco hay ya para los de fuera; sin embargo, los microbios ocupan poco espacio. Italia con Piana y Galli-Vallerio, y Alemania con Clarke y van der Loeff, parecen las destinadas á dar con el agente patógeno de la viruela, al cual le andan muy cerca. ¿Darán con él?

G. Masee en Inglaterra ha descubierto que los tomates (á estilo de la raza negra) padecen tambien la enfermedad del sueño, enfermedad ocasionada por el *Phum-sarñum lycopersici* (Sacc.) que, metiéndose de rondon por la raiz, echa á perder la planta toda. Por cierto que el remedio propuesto es radical, sin duda: arrancar la planta y quemarla después.

Francia nos pone sobre el tapete, con Félix Bremond, la cuestion de insalubridad por las chinches.

Segun el Dr. Dewevre estos insectos pueden ser agentes transmisores de la tuberculosis, con lo que se ve que sirven para algo más que chinchar.

DR. LESMES.



## ALGO SOBRE ELECTROTERAPIA

(Conclusion) (1)

No solo la sacudida muscular es regular y constante con las corrientes continuas é intermitentes de mediana intensidad, sino que, las corrientes mínimas y las muy fuertes, tolerables por el sujeto de observacion, provocan sacudidas regulares que vienen con las anteriores á constituir la unidad y extension de la ley general de excitabilidad muscular.

La mínima corriente necesaria para producir la mínima contraccion muscular, está representada por N. C. S. (2)

Las corrientes de mediana intensidad tienen por fórmula N C S. P C S. P A S. y N A S. siendo la sacudida de cierre del polo negativo muy sensible; sensible tambien, pero en menor grado, las de apertura y cerradura del polo positivo y de intensidad igual ó mayor, unas veces la del cierre y otras, la de apertura: en la apertura del negativo la sacudida no es constante y cuando se presente es muy débil.

Corrientes fuertes: N C T. P C S. P A S. y N. A S.: la sacudida al cierre del negativo es muy fuerte, tetánica; las de cerradura y apertura del positivo, si bien no llegan á ser tetánicas como la anterior, son muy fuertes, y la de apertura del negativo, aunque se manifiesta siempre, es muy débil.

Ahora bien, esta ley de sacudidas se altera en las parálisis periféricas y espinales, en general, y esta alteracion cualitativa y cuantitativamente constituye la reaccion de degeneracion. (Erb.)

Consiste ésta en la inexcitabilidad del nervio motor á las corrientes inducidas y continuas, inexcitabilidad farádica del músculo y alteracion cualitativa y cuantitativa de la excitabilidad de éste á las corrientes galvánicas. En efecto el nervio no reobra á la apertura ó cierre de los polos positivo y negativo de las baterías galvánicas, ni de los aparatos de carrete; igualmente queda sin reemplazo la excitacion farádica muscular; pero en cambio la excitacion galvánica produce la mínima contraccion con menor número de elementos que los necesarios en estado normal y su sacudida pierde el carácter de vibracion rápida para hacerse perezosa, llegando al tétanos con un número de elementos menor que el necesario para provocar una fuerte sacudida en el estado normal. La N C S., es primero igual á la P C S., luego P C S. N C S., é iguales alteraciones experimentan la P A S. y N A S.

La gravedad de las parálisis y sus períodos, se marcan perfectamente por los cambios anotados.

(1) Véase GACETA MÉDICA DEL NORTE, número 10.

(2) Siguiendo la costumbre establecida para hacer más breve la exposicion, señalaremos con las iniciales P. N. C. A. S. y T. los términos *positivo, negativo, cerradura, apertura, sacudida y tétanos*.



En los primeros días de una parálisis periférica cualquiera, la excitabilidad directa é indirecta apenas está alterada; si la parálisis es leve, así continúan las cosas hasta su completa *restitutio ad integrum*; mas si es de mediana intensidad ó gravedad, en el trascurso de las dos primeras semanas, comienzan á iniciarse los cambios propios de la reaccion de degeneracion, abriendo la escena un pequeño aumento, y disminucion después, de la excitabilidad indirecta, la cual llega en muy pocos días á la anulacion completa: la misma ruta sigue la excitabilidad farádica directa; la galvánica, por el contrario, aumenta considerablemente después del descenso inicial. Poco á poco, segun va restableciéndose la corriente nerviosa, aumenta la excitabilidad perdida directa é indirecta y decrece la excitabilidad galvánica.

En las parálisis muy graves ó incurables los signos de la reaccion de degeneracion duran dos ó más meses; á veces se anula por completo la excitabilidad y la vuelta á la normalidad se deja esperar bastante tiempo.

Cuando la parálisis es de las que podemos considerar como incurables (y así lo demuestra la ineficacia de nuestros remedios) desaparece de un modo permanente la excitabilidad, habiendo, sin embargo, presentado antes los caracteres típicos de la reaccion de degeneracion.

Consideramos, pues, como preliminar indispensable al juicio pronóstico y á la institucion del conveniente tratamiento, la investigacion en todo caso de parálisis, del estado de excitabilidad del nervio y de los músculos á quienes anima. Por esta razon no establecimos el pronóstico del caso, cuya historia hemos relatado, hasta que la investigacion eléctrica polo positivo en el esternon y negativo en el menton primero y músculos de la cara y ramas del facial después, mostraron que la excitabilidad farádica y galvánica (corrientes directas é indirectas) apenas si había disminuido en relacion con el lado sano; convirtiéndose, por lo tanto, en certeza la duda que teníamos de habérmolas con una parálisis periférica de pronóstico leve.

*Tratamiento.* Empezamos el tratamiento eléctrico aplicando el polo P. en la fosa aurículo mastoidea del lado enfermo y el N. en la del sano. El paso de la corriente galvánica empleada fué de 4 minutos de duracion y el número de elementos 6. Después aplicábamos el polo P. al esternon pasando el N. por los músculos paralizados durante 2 minutos.

Las sesiones, alternas en los primeros ocho días, se hicieron diarias en los cuatro siguientes, dando después á la paciente un descanso de una semana.

En esta primera etapa del tratamiento comenzaron á presentarse algunos ligeros movimientos voluntarios.

Segunda etapa: Los 4 primeros días se aplican alternativamente las corrientes continuas y las intermitentes colocando el polo cobre en el esternon y el zinc en las ramas periféricas del facial y en los músculos de la cara: las sesiones eran de seis minutos de duracion. La mejoría sentida era muy aparente; podía contraerse la comisura y el guiño empezaba á iniciarse.

En vista del curso de la parálisis creemos conveniente aplicar solo las corrientes inducidas en la forma dicha, P. al esternon y N. en los músculos paralizados, dando á cada sesion 5 minutos de duracion y escasa separacion de los cilindros.

A los ocho días (20 sesiones) la curacion era completa, siendo el orbicular de los párpados el último en recuperar sus funciones.

Hemos dicho que se trata de una parálisis de origen periférico basados en la causa, sintomatología y curso seguido por el mal.

En efecto, el frío, única causa que en este caso podemos invocar, es la más frecuente en las parálisis periféricas, además, ya que no refiere la paciente nada que de un modo categórico nos haga ver en dicho agente la causa única, podemos por exclusion venir á aceptarla como única posible, puesto que ni traumatismos, ni procesos supuratorios del peñasco, ni tumores de la parótida, ó de los ganglios submaxilares, ni acumulacion de cerumen en el oído externo, ni la sífilis, difteria, tifus abdominal, disentería, viruela, etc., ni á intoxicacion alguna, así como tampoco á lesiones meningeas, esostosis, aneurismas, etc.

Si de las causas pasamos á la sintomatología veremos igualmente en ella, que el punto del trayecto nervioso interesado, está fuera del núcleo de origen del facial y más aún, fuera del peñasco, probablemente á su salida del agujero estilo mastoidea.

Dividiendo en cinco porciones el trayecto recorrido por el facial desde el ganglio geniculado hasta su distribucion en los músculos de la cara, podemos ver la sintomatología que resulta segun el asiento del trastorno patológico.

A su salida del agujero estilo mastoideo el nervio da tres ramas que se distribuyen en los músculos de la cara; de ahí la alteracion del ojo, la caída de la mejilla, la imposibilidad de la mímica, en una palabra: hé aquí nuestro caso.

Cuando la lesion radica en la segunda porcion, parte más inferior del acueducto de Falopio, en la cual nace el ramículo nervioso (auricular) que anima los músculos de la oreja y el occipital, á las lesiones correspondientes al segmento anterior hay que añadir las que se originan por anulacion del nervio auricular.

En el acueducto de Falopio emerge del facial la cuerda del tímpano uniéndose á los sintomas antedichos aquellos que se relacionan con la suspension de las funciones encomendadas á esta rama, los cuales consistirán en trastornos del gusto y de la secrecion salival.

Al cuarto tramo corresponderán los trastornos del nervio del estribo, tales como perversiones auditivas.

Si la causa de la parálisis está aún dentro del acueducto de Falopio, en el ganglio geniculado, á los fenómenos de parálisis de los músculos de la cara, de la oreja, del occipital, á las perversiones gustativas secretorias y auditivas, habrá que agregar la parálisis del velo del paladar debidas á la lesion del nervio petroso superficial

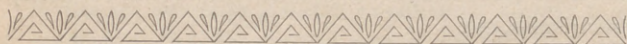


mayor. Ningun fenómeno se ha presentado dependiente del compromiso de alguna de las ramas enumeradas fuera de las correspondientes á la porcion primera; tambien la sintomatología confirma nuestro juicio de parálisis periférica.

No decimos nada del origen central, porque cuando á tales lesiones se debe la parálisis de la cara, además de otros síntomas, llama la atención la hemiplegia directa ó alterna.

El resultado del tratamiento nada queda que desear respecto á la afirmación hecha, pues de no haberse tratado de una parálisis periférica de las ramas terminales, la parálisis hubiera sido de más difícil curación, como lo son siempre las centrales ó las que tienen su asiento en el acueducto de Falopio, porque, aunque estas últimas entran en la categoría de las periféricas, la estrechez del conducto da, por sus abonadas condiciones para la estrangulación ó la mayor alteración nutritiva del tronco nervioso, mayor gravedad si bien no por ello son incurables.

#### APARICION.



## OBSTETRICIA DE URGENCIA

### TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA

#### POR INSERCIÓN VICIOSA DE LA PLACENTA

POR EL DOCTOR DEMELIN (1)

La inserción viciosa de la placenta da lugar á hemorragias que tienen por carácter producirse en los tres últimos meses del embarazo, sobrevenir sin causa aparente, y ser indoloras á menos que el parto no esté declarado.

Las pérdidas sanguíneas son graves frecuentemente, sea por la cantidad absoluta de sangre vertida en un tiempo relativamente corto, sea por su repetición.

Ponen en peligro la vida de las madres, y los niños sucumben en general por la asfixia que resulta del despegamiento placentario, origen de la hemorragia materna. Precisa, pues, saber que una mujer que tiene una pérdida de sangre, aunque ligera, por la influencia de viciosa inserción, se halla expuesta á sufrir otras más que sin duda irán en aumento.

Hay que pensar también que á causa de estos flujos sanguíneos repetidos, el feto muere generalmente, el pronóstico es á menudo fatal para él con quien poco hay que contar en tales circunstancias, máxime cuando en tan grave peligro está la vida de la mujer.

(1) Traduc. del *Journ. des Praticiens* (15 Junio 95) por V.

La cuestión del tratamiento se debate desde hace mucho tiempo. Hé aquí el resumen de la conducta á seguir en este difícil caso.

El acuerdo es unánime en un punto: el mejor medio hemostático es la evacuación completa del útero. La regla general es, pues, que la mujer pára lo más pronto posible.

Pero son muchas las dificultades en la práctica. Fácil es terminar el parto cuando se halla á suficiente altura para que la dilatación del cuello sea completa. Pero si esta dilatación es insuficiente, si, más aún, el parto no ha comenzado, qué debemos hacer?

Vamos á estudiar sucesivamente estos tres casos:

- 1.º La mujer no está de parto.
- 2.º Está de parto, pero el orificio uterino se halla incompletamente dilatado.
- 3.º El orificio está enteramente dilatado.

*Primer caso. La mujer no está de parto.*

La hemorragia es ligera ó grave.

Si ligera, el reposo horizontal y algunas inyecciones vaginales á 45º C. bastarán.

Pero hemos de contentarnos con esta hemostasia sin prevenirnos para la repetición de las pérdidas? Pocas veces es llamado el médico desde la primera hemorragia, en general escasa y que se detiene por sí sola: su recidiva es la que inquieta á la mujer. La determinación por tomar no es ya entonces tan sencilla como pudiera creerse; porque la pérdida de sangre que vemos y suponemos ligera, puede, indudablemente, repetirse; como puede ser única y permitir á la mujer parir á término un niño robusto después de un nuevo flujo sanguíneo insignificante, en el momento del parto. Sin embargo, tan dichosa eventualidad no es la regla, y de temer son siempre las nuevas pérdidas.

¿Qué hacer entonces? La expectación pura y simple es imprudente; porque puede venir una segunda hemorragia abundante, mortal acaso, antes de dar tiempo á que auxiliemos á la paciente.

Los clásicos recomiendan la vigilancia activa de la mujer embarazada. Colocad, dicen, junto á la enferma una persona experimentada que no la deje noche y día y que á la primera alarma aplique un tapon vaginal.

Pero tan excelente consejo no siempre es realizable en práctica: no á todas es dado entrar en un hospital ó disponer de médico ó partera á su antojo durante un mes ó más que hiciera falta.

Proveer á la enferma de un globo Gariel y enseñarle á hincharlo en la vagina desde el principio de la hemorragia, es factible: da así tiempo al médico para una terapéutica ulterior más activa. Pero la falta de sangre fría en la enferma y allegados, así como la impotencia del medio cuando es mal aplicado, son gran contra á tal procedimiento.

Ante tales perplejidades, deduzcamos pues, del modo siguiente:

Ha habido una hemorragia ligera que actualmente está detenida; una de dos: ó la enferma puede ser acti-



vamente vigilada (en cuyo caso nada como la guardia clásica que sepa taponar en tanto se os llame) ó esta vigilancia es imposible, en cuyo caso se interviene activamente así:

Supongamos que la hemorragia es abundante y resiste á las inyecciones calientes. Aun entonces hay que distinguir dos casos absolutamente distintos: ó la enferma es robusta, resiste á la anemia; ó está pálida, sin fuerzas, con pulso miserable y tendencias al síncope.

Si el estado general es bueno, y el pulso lento y lleno, intervenid inmediatamente y vaciad el útero. Hé aquí como:

Anestesiad la enferma, pero no por el cloroformo que tiende al síncope, sino por el éter, valiéndoos del cucurucho hecho con una compresa, pañuelo ó un pedazo de franela, con su trozo de algodón que lo empape, y el de tafetan gomado que impida en parte la evaporación exterior. Será preciso 200 á 250 centím. cúbicos. Dormida la enferma, introducid la mano entera en la vagina y uno ó dos dedos en el cuello. El cuello es generalmente permeable, ya por tratarse de múltiparas frecuentemente, ya porque los coágulos mismos hemorrágicos han abierto algo el orificio. Si fuera completamente inaccesible al dedo, hay que renunciar provisionalmente al parto y comportarse de otro modo que después indicamos.

Abrid el huevo perforando las membranas ó la placenta (ésta es más penosa); obrando después, según la presentación. Si dais con un pie, cogedle (no tenéis más que uno ó dos dedos en el útero) y bajad la pierna y después el muslo á través del cuello, á fin de comprimir la superficie sangrienta con la pelvis misma del feto (maniobra de Braxton-Hicks). Tirando moderadamente del pie obtiéndose la rápida dilatación del cuello con lo que puede enseguida terminarse el parto.

Si no dais con el pie (es decir que la presentación no es precisamente de nalgas); una vez abierto el huevo, introducid en el útero un globo de Champetier de Rives de gran capacidad y *de seda* (es más sólido) y llenadle con 400 gr. de líquido.

Respecto á los otros 100 gr. más que hasta los 500 llenen completamente el aparato, sujetad el pico de la jeringa mantenido en el tubo del globo y con juegos alternativos del piston, hinchad y deshinchad el globo ó balon en el cuello, para, de este modo, simular el juego de la bolsa de las aguas. En esta maniobra confíase la jeringa á cualquier ayudante, en tanto el médico mismo tira lijera de la cola del balon á fin de llevar todo el esfuerzo sobre el cuello. De este modo haréis la *dilatación artificial* rápida; y en las más desfavorables condiciones (primípara fuera de todo trabajo espontáneo) no tendréis que esperar más de una hora ó hora y media á lo sumo.

El orificio completamente dilatado dejará caer el globo en la vagina. Retiradle entonces y deslizad al punto vuestra mano para hacer la versión podálica y enseguida, inmediatamente después, el alumbramiento artifi-

cial. En todo este tiempo se habrá mantenido la enferma al borde de la cama, en posición obstétrica y con las piernas cubiertas de lana ó algodón para evitar que se enfríe.

Pero hay casos en que no se puede vaciar de golpe la matriz. Así es cuando la mujer se halla en estado de anemia y debilidad demasiado grande para poder sufrir un choc traumático cualquiera, así como la evacuación rápida del útero, causas todas coadyuvantes del síncope; lo mismo sucede cuando el cuello es excepcionalmente pequeño para recibir el balon de Champetier; cuando la pérdida sanguínea es tan abundante en el momento que no hay tiempo de prepararse, eterizar á la mujer, etc., etc. En tales circunstancias, no dudéis: taponad la vagina. Debéis llevar una de esas vendas de tarlatana esterilizada que hoy se vende en tubos de hoja de lata; y en su defecto, nunca falta un pañuelo bien lavado, que lubricaréis con jabon mismo, á falta de vaselina que no se tenga á mano. Dejad vuestro tapon de urgencia unas horas, en tanto preparáis otro con lechinos de algodón y todo el clásico aparato; dad alcohol á la enferma, calentadla y cuando os parezca más animada, más resistente quitad el primer tapon y examinad el cuello; si está bastante amplio, evacuad el útero por el procedimiento ya indicado, si no, taponad de nuevo, previa inyección y lavado de limpieza de la vagina. Continúad así hasta que el estado general y local permitan la intervención, lo que generalmente no exige más de 6 á 8 horas.

*2.º caso. La mujer está de parto, pero el cuello incompletamente dilatado.*

Aquí precisa saberse, si las membranas son accesibles á través del orificio, ó si los cotiledones le recubren por completo.

Si las membranas recubren el orificio (inserciones lateral, marginal y parcial), examinad cuál es la presentación. Con un vértice que pueda encajar con desahogo (basta la más ligera estrechez pelviana para que así no sea), abrid ampliamente las membranas (procedimiento Deventer, Puzos, Smellie, Pinard, etc.) Si se trata de una de nalgas, tirad de un pie á través de las membranas abiertas (método Braxton Hicks).

Con cualquiera otra presentación, ó con un obstáculo cualquiera al encajamiento (ligera estrechez pelviana etc.) colocad el balon Champetier después de desgarradas las membranas. La abertura de éstas, por amplia que sea, no es hemostática por sí sola, sino á condición de que la presentación pueda descender y comprimir eficazmente la superficie sangrienta. Si tuvierais dificultad en estas maniobras, y la mujer debilitara, volved enseguida al tapon vaginal.

Si el orificio se halla enteramente recubierto por algunos cotiledones (variedades central y parcial) es preciso también guiarnos por el estado general.

Con un pulso templado y fuerzas suficientes, haced la evacuación rápida después de perforada la placenta y dilatado el cuello por el globo de Champetier. Con un



pulso rápido ó miserable y tendencias sincopales, aplicad el tapon y esperad un momento más favorable para terminar el parto. Sucede que la mujer expulsa expon-táneamente no sólo el tapon sino su huevo; casos ver-daderamente dichosos en general, en que el útero da pruebas de haber conservado su energía:

3.<sup>er</sup> caso. *La mujer está de parto, y la dilatacion es completa.*

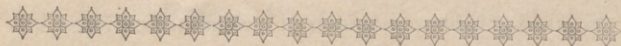
En tesis general, no dudéis: abrir el huevo, hacer la version ó aplicar el forceps si la cabeza está encajada, tal es la regla.

Pero hay una excepcion: cuando la mujer presenta tal debilidad, que el menor movimiento, el más pequeño dolor basta á producir el síncope tan temido. Entonces, si la sangre fluye, aunque sea en pequeña cantidad, ha-ced, con todo cuidado posible un taponamiento vaginal y dejad reposar unas horas á la enferma.

Mantenedla con la cabeza baja, elevados los miem-bros; envolved éstos con mantas desde su extremo á su raiz, dadle el alcohol, hacedle una inyeccion de éther, de suero artificial, pedid mantas y botellas calientes y esperad el momento en que os parezca posible la in-tervencion. Eterizad para operar.

Ya extraído el feto, impónese el alumbramiento arti-ficial inmediato, haciendo enseguida inyecciones calien-tes intrauterinas, sea con una solucion iodo iodurada, sea con el agua hervida á 45°.

Cuando ya todo esté acabado, recomendad una inmo-bilidad completa en decúbito horizontal y hasta la ca-beza baja. La posicion inclinada de Trendelenburg presta servicios en las mujeres muy anemiadas, sea en el parto, como después de él.



## INFORMACIONES CRÍTICAS

**Cuidados necesarios en un parto.**—El profesor Pinard ha expuesto este asunto en la inauguracion de su ense-ñanza anual en París.

M. Pinard aconseja al *principio del parto* el baño general simple adicionado de carbonato de sosa; cama limpia y cambio de ropa que será desinfectada.

A continuacion inyecciones vaginales (*toilette vaginal*) con el biioduro mercúrico á 1 por 4000.

Respecto al *tacto vaginal* aconseja extrema limpieza de ma-nos y uñas; el dedo deberá untarse en una pomada antiséptica á la vaselina, *conservada en un líquido antiséptico*, á fin de que el dedo tenga que pasar á través de esta capa de líquido cada vez que se introduce ó saca de la pomada.

*Durante el parto*, ó cuando éste tarde, Pinard emplea las in-yecciones antisépticas que, á su juicio, aceleran el trabajo.

*Después de la expulsion* aplica sobre los órganos genitales una capa de algodón ó estopa antiséptica; y ya seccionado el cordón hace una inyeccion vaginal.

*La inyeccion intrauterina* no la considera necesaria en los casos ordinarios y menos aún habiendo sido antes asepticada la

parturienta. Después oclusion vaginal con algodón antiséptico *Lavado antiséptico* diario de los genitales externos, sin nue-va inyeccion, salvo cuando los loquios son fétidos.

El régimen de las paridas debe ser tónico.

**Tuberculosis.**—Fórmula de Peter: «Jóven, no te cases; si mujer, no tengas hijos; si madre, no críes.»

**Obra de la infancia.**—El Dr. Sejournet, en una memo-ria premiada por la Academia de Medicina de París, estudia LA ESCUELA Y LAS ENFERMEDADES EPIDÉMICAS. Su campo de observaciones ha sido Revin, villa de Ardenes con 5.000 habi-bitantes, cuya media de nacimientos es de 120, siendo 550 los que, de 6 á 15 años acuden á las escuelas primarias y 280 los que de 3 á 6 años frecuentan la materna ó escuela de párvulos.

Hé aquí el resúmen de sus investigaciones:

I. *Sarampion.* En 1883: origen comprobado por un escolar de cuatro años que contaminó á sus compañeros. En 1893; la epidemia comenzó igualmente por la escuela de párvulos: ce-rrada cesó en menos de dos meses.

II. *Coqueluche*, en 1889. Primer caso observado en la villa, en la escuela materna: muchos niños tosían, pero sin quintas. Pulverizaciones de resorcina á 2 % en los locales de la escuela y garganta de los niños. Duracion corta y poco grave.

III. *Difteria*, en 1892. Desinfeccion de las salas por el azu-fre, con prohibicion de asistencia, á los hermanos de los enfer-mos. 19 casos (2 de ellos adultos).

IV. *Viruela*, en 1893.—73 casos, 13 de los cuales en niños no vacunados; y que no frecuentaban las escuelas. Revacunaciones con éxito.

V. *Escarlatina.* En 1888-89: duracion nueve meses, mortalidad 2,60 %. En 1893-94: origen desconocido. Mortalidad 4 %.

La escarlatina es de contagiosidad poco activa y de progre-sion lenta; el sarampion, en cambio, se extiende como un in-cendio.

Hay, pues, que oponerse al foco escolar.

A este fin ha combatido la última epidemia de escarlatina practicando cada ocho días la desinfeccion por el sublimado (1 por 4.000.) Después de la limpieza de las salas, se dirigía el chorro pulverizador á los suelos, techos, bancos, ángulos hasta que se pusieran húmedos. Durante el recreo se pulverizaba tambien sobre la ropa de los niños.

El autor no exige, el licenciamiento ó cierre de la escuela en la escarlatina ya que esta es de marcha lenta y solapada y bien se la puede yugular por la desinfeccion y la exclusion tempo-ral de los discípulos sospechosos. La epidemia de 1893 duró tres meses menos que la del 89.

El sarampion, al contrario, de progresion epidémica rápida, requiere, hace urgente que se dispersen los discípulos tanto por sustraerlos del contagio, como para atenuar un virus que puede exaltarse ciertamente.

En 1888 en que el licenciamiento no se acordó á tiempo, la epidemia fué maligna y mortífera; en 1891-92 en que el cierre fué inmediato no hubo más que 51 casos; y el 93 con igual sis-tema, sólo se observaron 10 casos.

Ante epidemias de coqueluche ó de difteria no opina el autor que deban cerrarse las escuelas, á menos de extremada malig-nidad epidémica. La remision de los discípulos atacados, desin-feccion de los locales escolares por el azufre en combustion, pulverizaciones de sublimado ó resorcina, pueden bastar en la coqueluche. El autor recomienda con gran razon que se hagan estas últimas pulverizaciones tambien en la garganta de los ni-ños con tos simple en prevision de que tal estado catarral pu-diera ser el preludio de la tos ferina.

En epidemia variolosa lo urgente es revacunar en masa á los escolares de cualquiera edad que sean. Es lo que se hizo en Revin en 1893 y la escuela quedó indemne. Lo mejor sería no es-perar á la epidemia y revacunar cada diez años.



Segun el Dr. Sejournet debemos ser muy parcos en el cierre de las escuelas, salvo tratándose del sarampion.

Contra las epidemias lucharán la gran ventilacion, las desinfecciones frecuentes por el azufre en combustion, sublimado, resorcina, y la exclusion de la escuela de los enfermos y sus hermanos, que no podrán volver sin certificado médico.

La desinfeccion de las escuelas deberá hacerse sin necesidad de que haya epidemia, aprovechando en lo posible cuantas vacaciones largas ó cortas existan, á fin de que la nueva entada se haga siempre en local limpio.

El Dr. Grellety (de Vichy) aborda la cuestion de HORAS DE LEVANTARSE LOS PENSIONISTAS. Eterna cuestion aún no resuelta en la humanidad que, tanto respecto al sueño, como á la comida, ejercicio, etc., etc., abriga tan encontradas opiniones. No es de extrañar así que en contra de la opinion del diario inglés *Spectator* que afirma no haber salud sin madrugar, poseamos nosotros esta otra conseja de nuestro eximio escritor Vital Aza, especialista contra la hipocondria (segun expresion de quien bien le conoce) y que dice así: No te levantes temprano ni en invierno ni en verano. Y esto reza con todos. Pero la ambicion de Grellety es menos extensiva: sólo desea romper con la rutina que tan temprano toca la campana de alzada en colegios, asilos y casas de educacion, y sólo desea retrasar un poco esa campanada al menos en los tres ó cuatro meses más rigurosos del año. Las razones que da no pueden ser mayores, y en el espíritu de todos estarán desde el momento que en ello se fijen, como igualmente pudiéramos decir que en el espíritu de todos está que la visita hospitalaria no debe ser á la misma hora en todo el año. Pero ¡ah! la malhadada campana... Hábitos monacales que el espíritu de mortificacion aconseja hacen que los Superiores ó Superiores de comunidades quieran siempre hacerle trascender á cuanto les rodea y está á su cargo, imponiendo así á los demás el ascetismo que por peculiares razones ellos se impusieron de antemano. Y aunque menos duro es velar que ser madrugador, á madrugar se ha dicho. Y aunque la mañana sea oscura, fría, neblinosa, corto el día y caprichosamente dibujados aparezcan los cristales... hay que amanecer, y entonces abrir ventanas y barrer, y desayunar, y... chinchar, en una palabra.

Medítelo, pues, quien deba meditarlo, y ya que en esto no puede haber la coletilla de aumento en los presupuestos, seamos independientes y razonadores y no demos tambien nosotros motivo á que Grellety nos impreque: «Para muchas gentes, decir reglamento es ya decirlo todo: que éste sea bueno ó malo, lógico ó detestable, bien ponderado ó antihigiénico á la vista, poco importa; él es el Paladion intangible, el Arca santa á la que nadie puede atreverse á tocar.»

Otro punto de la infancia:

Entre los trabajos de los niños sólo es reglamentado actualmente el de las fábricas. ¿No es trabajo el vender periódicos? ¿Es humanitario consentir esta venta por infelices niños hasta las altas horas de la noche? ¿Es moral consentir á ciertas criaturas la venta de billetes y papeles á esas altas horas no precisamente insanas por su altura, pero sí porque á tales horas son las de mayor culto á los dioses Baco, Venus y Mercurio?—V.

**Cláutica curada por la sugestion.**—La *Revista de Ciencias Médicas* de la Habana relata el siguiente caso recogido por el Dr. D. J. López Villalonga.

H. L. A. de 14 años, hijo de padres nerviosos, ha gozado siempre de buena salud; al principio el dolor fué intermitente, haciéndose continuo y lancinante á los 3 días, sin dejarse tocar la pierna izquierda por temor de que aumentase el dolor. La fiebre resentía todas las mañanas oscilando entre 37°, y 38° y por la tarde entre 39,8 á 40. Todas las indicaciones pedidas por el mal fueron puestas en práctica por el Dr. Ecay.

A los veinticinco días fué llamado en consulta el Sr. Vila-

llonga para emplear la sugestion hipnótica; el estado de la paciente era grave. Hé aquí á grandes rasgos la marcha del proceso luego de establecida la medicacion hipnótica. *Primera sesion.* Sueño en 5.º grado. Sugestiones generales de calma y bienestar. Transcurrida media hora es despertada, y lo hace risueña, no tiene dolor alguno y se siente mejor. Pasa bien el día y se ordena la den el alimento que pida: por la tarde la temperatura no pasó de 39°. *Segunda sesion.* Pasa la noche en un sueño tranquilo. Es dormida en 6.º media hora; despierta y se le invita á mover la pierna y la mueve aunque temiendo que la doliera; se siente mejor. *Tercera sesion.* Duerme en 6.º media hora; Sugestiones generales; despierta y se sienta en la cama, dobla sus piernas sin temor y se pone un instante de pie: temperatura de la tarde 37°.

Estado general bueno. Ha almorzado y comido bien.

*Cuarta sesion.* Duerme en 6.º media hora, ha dormido toda la noche, no ha tenido más variantes de temperatura, la pierna al ser tocada no acusa molestia alguna; pasada la sesion se la invita á caminar y sale del brazo hasta la habitacion inmediata.

*Quinta sesion.* Sigue bien, no hay molestias de ninguna clase. A la media hora despierta bien.

*Sexta y séptima sesion* profilácticas. Se le da el fosfato... como tónico general y el alta. La enferma hoy curada, ha aumentado de peso cinco libras y sigue sin novedad alguna después de tres meses de tratamiento (*Revista de Medic. y Cir. práctic.*)—A.

#### El vapor de agua como ayudante del suero

**Roux.**—M. Variot (Société med. des Hospit., Junio 95) aconseja se haga respirar á los niños atacados de crup ó de la laringitis no diftérica, después de haber recibido una inyeccion de suero antidiftérico, en una atmósfera cargada de vapor de agua. Este vapor inhalado al mismo tiempo que el aire atmosférico ejerce una accion delicuescente sobre las membranas y tambien una accion sedativa sobre los nervios de la mucosa laríngea. Gracias á este medio asociado á la sueroterapia, ha podido disminuirse en el Hospital Trousseau, sobre 520 niños diftéricos, las cifras de las intervenciones quirúrgicas á 14 %, en vez de 26 % que arrojaban como promedio las estadísticas similares.—A.

#### Error frecuente en la investigacion de albúmina en las orinas, por el Dr. Lambling. (*Le Nord Méd.* Junio 95).

El método comun y corriente sobre todo entre médicos (no se refiere el autor á químicos ni farmacéuticos) consiste en hervir la orina en un tubo de ensayo; si deja copos ó simplemente se hace lechosa, declárase ya albuminosa.

Ahora bien este precipitado no es necesariamente de albúmina: orinas perfectamente normales, pero sensiblemente neutras (es decir débilmente ácidas, neutras ó poco alcalinas) pueden dar precipitado semejante, que no es otro que de fosfato tricálcico que instantáneamente se redisuelve si se acidifica el líquido con un poco de ácido acético.

Rara vez la orina total del día (suficientemente ácida) presenta este fenómeno; pero no así porciones de orina recojidas separadamente.

Las emitidas sobre todo, cuatro á seis horas después de las comidas son formadas en el momento de máxima secrecion de jugo gástrico, y así se hacen neutras ó hasta alcalinas, hecho que puede comprobarse artificialmente.

En efecto, á una orina normal añádase un poco de amoniaco ó de una solucion de carbonato de amonio, de tal modo que casi borremos su acidez. Si el alcalí añadido no fué demasiado, la orina queda límpida, pero si se la calienta, enseguida da un precipitado que simula perfectamente un coágulo albuminoso: la adiccion de un poco de ácido acético clarifica instantáneamente el líquido.

¿Qué consecuencias graves puede tener esta causa de error? El autor las señala con dos características observaciones clínicas.



Un sujeto algo neurasténico es visitado por su médico, quien, mediante el defectuoso método seguido, obtiene el consabido precipitado, teme una lesión renal y ordena el régimen lácteo. El enfermo, asustado, sigue analizando sus orinas por el método aprendido de la ebullición y al cabo de un año, notablemente adelgazado presenta dilatación de estómago y profunda neurastenia. Un militar asiste al exámen de su orina hecho por simple ebullición; declárase albuminosa la orina, ya todo se explica, es un brightico. Él se asusta, va á presentar su dimisión, y..., como el anterior, su orina no es albuminosa; es que el fosfato de cal se había tomado por un coágulo albuminoso.

Importa pues, al buscar la albúmina por el calor, acidificarla antes por un poco de ácido acético ó vinagre mismo, y calentar enseguida; ó bien, si se ha calentado la orina asegurarse enseguida de que el precipitado no desaparece por adición de ácido acético.

Verdad es que por este procedimiento puede suceder que débiles indicios de albúmina queden disueltos escapando á la coagulación por causa de su transformación en acidalbúmina. Pero estos son casos extremos y tan mínimas dosis de albúmina no tienen ya, por decirlo así, ninguna significación clínica.—V.

**La laparatomía en la tuberculosis mesentérica.**—Son muy curiosos los resultados obtenidos por la abertura del vientre en la peritonitis tuberculosa; sin espacio en el presente número para detallarlas, sí consignaremos la curación inesperada de la tuberculosis peritoneal, conseguida por una laparatomía, en que no se extirpó nada, ni se extrajo nada. Todo se redujo á abrir el vientre y volver á cerrarlo con toda solemnidad (expresión del Dr. San Martín) sin haber hecho otra cosa que un lavado aséptico (agua hervida) del peritoneo, pero dejando como estaba el semillero de granulaciones tuberculosas.

Accolas da cuenta de una laparatomía practicada con motivo de una oclusión intestinal en el curso de una peritonitis tuberculosa cuya curación se obtuvo á consecuencia de la operación de un modo inesperado.

¿Qué influencia puede tener la operación en el proceso tuberculoso para producir la curación, cuando nada se extrae? ¿Es quizás el contacto del aire con los gérmenes tuberculosos lo que modifica sus condiciones de vida hasta el punto de detener el curso progresivo de su desarrollo? Oostenbaan y Wenckebach practican la insuflación del aire en los peritoneos tuberculosos como medio de tratamiento. El Dr. D. Juan Bravo ilustrado cirujano del Hospital General de Madrid, cita á este propósito la curación obtenida por él por la abertura de una articulación tuberculosa, sin extraer nada de ella, caso que presenta analogía con los anteriores.

Si es el contacto del aire el que modifica el proceso tuberculoso hasta el punto de detener su curso, ¿cómo no produce el mismo resultado en tuberculosis laríngeas, pulmonares y cutáneas en que existen ampliamente este contacto? ¿O es que las condiciones de vida son distintas para el germen tuberculoso del peritoneo y de las articulaciones? El tiempo ha de ir dilucidando estas cuestiones gracias á los trabajos que incesantemente se practican. (*Rev. de Fisiología.*)

**Azufre contra los hemorroides.**—Schulz propone, y Boltensern recomienda con gran entusiasmo, la siguiente preparación sulfurosa:

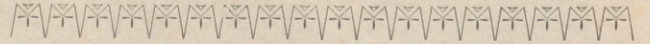
Sulfuro de potasio. . . . .	0,03 gramos
Agua destilada. . . . .	30

de la cual se prescribe una cucharadita en un vaso de agua para tomar durante el día.

El azufre no sólo obra como laxante, sino como resolutivo de los hemorroides, resolviéndose el nódulo en breve tiempo y terminando el padecimiento. (*Therap. Monatsh.*)

¿Podrán utilizarse otras preparaciones y las mismas aguas

sulfurosas? A esta pregunta del autor contesto que hace tiempo uso con buen éxito en estos casos una mezcla (pesos iguales) de bicarbonato sódico, óxido de magnesia y azufre precipitado y lavado, á cucharaditas (de 1 á 3 al día).—(*Rodríguez Méndez.*) (*Gac. Méd. Catalana.*)



## DEMOGRAFÍA

**Hospital Civil.**—Durante el pasado mes se han asistido en el Cuarto de Socorro del Hospital Civil, á 131 lesionados leves, 27 reservados y 3 graves, habiendo ingresado en las clínicas del Establecimiento después de curados 14.

Durante el mismo mes han ingresado en el Hospital Civil, 272 enfermos, saliendo de alta 180 y fallecidos 23.

**Casa de Socorro.**—Durante el mes de Mayo se han asistido en la Casa de Socorro del Ensanche, á 86 lesionados leves, 15 reservados y 1 grave.

**Desinfecciones y fumigaciones.**—Se han practicado durante el pasado mes de Mayo las siguientes:

De afección puerperal, 3; coqueluche, 1; difteria, 4 (1 de ellos por alta); por precaución, 2; tifus, 3; total, 13.

Ropa hervida en las legiadoras, 325 piezas; en la estufa de desinfección, 17; quemada, 56; dormitorios blanqueados, 17.

NOTA. El blanqueo de los dormitorios ó locales donde fallecen de enfermedad infecciosa, al primer baño se le agrega una solución de cloruro mercuríco al 2 por 100.

**Centro de vacunación.**—Durante el pasado mes se han practicado en dicho centro, las siguientes inoculaciones: Niños, 80; niñas, 175; hombres, 132; mujeres, 152.

**Natalidad.**—En Bilbao: mes de Mayo: total, 264, así descompuestos:

Nacidos vivos, legítimos: varones, 108; hembras, 110; total, 218.

Id. id., no legítimos: varones, 12; hembras, 22; total, 34.

Nacidos sin vida ó muertos antes de la inscripción: legítimos: varones, 4; hembras, 7; total, 11; no legítimos: varones, 1; hembras, 0; total, 1.

**Mortalidad.**—Mes de Mayo: total, 144 defunciones, así descompuestas: varones, 81 (de los que 21 casados y 11 viudos); hembras, 63 (de las que 21 casadas y 12 viudas).

Edades. Hasta un mes, 12 (7 varones); hasta un año, 18 (11 varones); de 1 á 3 años, 9 (8 varones); de 3 á 5, 5 (1 varón); de 5 á 15, 9 (7 varones); de más de 60, 21 (11 varones).

Días de mayor inscripción: los 11 y 13, con 9. De menor inscripción: los 23 y 27, con 1.

Causas principales de muerte. Gripe, 4; atrofia infantil, 4; difteria, 3 (1 ocular); por accidente, asfixia, 3; aparato digestivo y anejos, 10; aparato respiratorio en general, 20 (5 pulmonías); tuberculosis, 31 (3 meníngea, 1 abdominal y 27 pulmonares); corazón, cubiertas, vasos, 13; alcoholismo, 1; carcinoma, 6 (útero, estómago, laringe, hígado); aparato cerebro espinal, 23 (con 13 meningitis); fiebre tifoidea, 3; eclampsia puerperal, 1; id. infantil, 1; metroperitonitis puerperal, 2; uremia, raquitismo, coqueluche, gangrena, pie y semil, púrpura hemorrágica, 1 de cada una; sífilis, 2 (1 congénita). Como casos, cuya historia agradeceríamos á sus visitantes, se cuentan: 1, nefritis congénita; 1, escrofulosis, absceso, difuso, esclerosis cerebral en individuo de 25 años, fiebre infecciosa y finalmente una broncopneumonia crónica en sujeto de 57 años.