

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

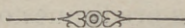
Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIII

Bilbao—Mayo—1907

Núm. 149

LAS HERNIAS COMO ACCIDENTES DEL TRABAJO



La frecuencia é importancia que presentan las hernias con motivo de la aplicación de la ley de accidentes del trabajo, obligan á que se las estudie y juzgue por médicos especialmente instruídos sobre la materia, pues muchas de las nociones corrientes son inexactas.

Todos los que han intentado resolver el problema actual por medio de un estudio puramente anatómico y fisiológico, no han llegado á una solución práctica.

Ante todo hay que partir del hecho, que bajo el punto de vista científico, la hernia no debiera ser considerada como un accidente del trabajo, apesar de que en la práctica se haya estimado lo contrario, estableciendo el principio de la responsabilidad del patrono ante el obrero.

Y es que el público, incluyendo en él á los jueces y magistrados, está obsesionado y aferrado por la idea de que la hernia y el esfuerzo van íntimamente relacionados, sin tener en cuenta sus diversas formas y orígenes. Para el obrero no hay más esfuerzos que los del trabajo, no contando para nada los de la tos, defecación y estornudos.

Muchos médicos todavía creen que toda hernia que no haya sido observada en la primera edad ó proceda de un acto quirúrgico, es causada por un esfuerzo.

Además, para los peritos que no conocen bien la extremada frecuencia de las hernias, la disminución de capaci-

dad para el trabajo es siempre un hecho por desconocimiento de sus causas reales.

Al efecto, hay que penetrarse bien, en primer término, de que la mayoría de las hernias y especialmente las inguinales, son congénitas.

La patogenia de las hernias que se nos ha enseñado, está llena de inexactitudes. Las verdaderas congénitas, es decir, en las que una prolongación anormal de la serosa peritoneal sirve de molde al desarrollo herniario, constituyen el mayor número.

Es preciso abrir el vientre para demostrar que es inexacto que los sujetos predisuestos á las hernias tienen atrofia abdominal.

Muchos jóvenes cuya pared abdominal aparece en estado normal, tienen insinuaciones peritoneales que pueden ser una hernia más adelante ó no desarrollarse jamás.

En esta clase de sujetos es precisamente donde se admite la producción de una hernia de esfuerzo. En cambio, otros cuya pared abdominal es débil ó tienen infiltraciones grasosas, están en condiciones favorables al desarrollo de una hernia que aparecerá sin que se aperciban y sobre la cual llamará la atención al primer esfuerzo.

Parecerá lógico que para estas hernias, que son las más frecuentes, no debiera asignarse una indemnización, por cuanto los que las padecen estaban ya expuestos á su aparición dadas sus condiciones orgánicas de constitución y estado local. Pero esto es difícil por variadas razones.

Desde luego, nuestros juicios estarían en contradicción con los del público, á quien la ley parece que le convierte en juez de todo, incluso de las cuestiones médicas y no serían aceptados.

Ahora bien, cualquiera que sea la opinión teórica que se tenga sobre la evolución de una hernia, cuando estemos bien convencidos de que el esfuerzo hecho en el trabajo no es por si solo suficiente á producirla ¿nos será permitido el aceptar el principio de la indemnización al obrero que la ha sufrido?

Aquí, como en otros casos y circunstancias, hay nece-

sidad para resolver de tener en cuenta como han sucedido los hechos.

Y tanto es así, que, por ejemplo, nos hallamos con un tumor blanco desarrollado á seguida de una torsión ó golpe sufridos por la articulación de un miembro. Sin duda alguna que podríamos decir al juez que dicha enfermedad es producida por la tuberculosis y que sin ella ningún accidente es capaz de desarrollarla.

Pero si nos pregunta, si es posible afirmar que sin la torsión ó golpe sufridos en el trabajo, no se hubiera producido el tumor blanco, contestaríamos, desde luego, que no podemos asegurarlo. De aquí que la indemnización se impone al patrono.

En materia de hernias la cosa parecerá más evidente al juez, por cuanto en ocasión de un esfuerzo, el sujeto se apercibe de ellas, sin que sea posible afirmar ó negar la parte que corresponde al traumatismo en la evolución de la deformidad. Todo lo más que puede suceder, es que la indemnización sea menor si el sujeto se hallaba débil ó enfermizo, si los tribunales no se empeñaran en aceptar al sujeto como ha sido, haciendo pagar al patrono lo que no debe en justicia.

Redúcese la cuestión, por consiguiente, á determinar el origen traumático de la hernia. ¿Es posible este diagnóstico? ¿Cuáles son sus síntomas? Si bien es innegable la existencia de la hernia traumática, sus síntomas son poco conocidos.

El dolor es casi el único síntoma invocado, pues no se comprende que una rasgadura de la pared abdominal con salida visceral no acuse dolor. Este deberá ir acompañado de un abultamiento inmediato del sitio, no solamente formado por la hernia sino también por la sufusión sanguínea y serosa que sigue á toda rotura ó dislaceración.

Todos los demás casos de hernias no van acompañados más que de un insignificante dolor relacionado con el accidente, porque no son el resultado de una verdadera ruptura de la pared abdominal.

¿Pero de ahí debemos deducir que no ha lugar á la

indemnización? De ningún modo, puesto que los sujetos que manifiesten un dolor vivo en la ingle, al ocurrir el accidente, y se demuestre la aparición de la hernia, no sufren la ruptura de las paredes abdominales, sino la dilatación de los conductos inguinal ó crural.

En todo caso, para dilucidar el asunto, hay necesidad de practicar un examen minucioso del sujeto.

A este efecto, cítanse varios datos de orientación por los autores á los cuales pasaremos revista.

La herencia no suministrará luz por cuanto el interesado tiene interés en ocultarla.

El haber sido eximido del servicio de las armas sería un gran dato, si no fuera difícil el comprobarlo.

La anomalía testicular, aunque es una prueba de la hernia congénita, no prueba del todo su preexistencia al accidente.

La posición defectuosa en que se haya colocado el trabajador para sufrir el accidente, por lo que tiene de apoyo en el vulgo, debe tratarse de inquirir.

El gran volúmen de la hernia demostrado inmediatamente después del accidente, indicará su antigüedad. Cítase, sin embargo, algún caso por Berger en que la hernia congénita se desarrolló al mismo tiempo que el traumatismo.

La presencia del epiplón en masa sobre una hernia, prueba su vejez.

El examen de otras regiones distintas de la hernia, es prácticamente más interesante, por cuanto puede apreciarse la existencia de hernias múltiples, más ó menos notorias por su desarrollo, palpándolas.

Su existencia demuestra claramente la predisposición herniaria que es un argumento contra la indemnización, si la fecha no ha sido bien determinada.

El exceso de gordura del sujeto tiene una importancia capital en el desarrollo de las hernias crurales, umbilicales y epigástricas, al menor traumatismo, no debiendo indemnizarse.

El Dr. Berger que admite las tres clases de hernias, á

saber: de debilidad en los anillos y paredes, de fuerza y congénitas, cree no debe acordarse la indemnización más que á las de fuerza, diagnosticando éstas por el procedimiento negativo ó de exclusión.

Es sabido que cuando sobreviene una hernia, todos consienten en aceptar que el individuo que la sufre queda en inferioridad importante para el trabajo y no se le da gran valor á otras consecuencias de la hernia.

Esta pretendida disminución de la capacidad para el trabajo, está subordinada á otras causas variadas que no dependen del traumatismo.

La hernia molestará en virtud del estreñimiento, la tos, la gordura excesiva y del alcoholismo, más que por la pérdida de fuerza. Obligará al sujeto á no ejecutar trabajos excepcionales á los que antes se había dedicado, hallándose expuesto á la estrangulación independientemente del traumatismo.

Por tanto, el perjuicio real que se ocasiona con la hernia, está en la alteración de la salud general, necesitando cuidados á los que no se suele estar acostumbrado.

De lo expuesto se deduce que el perito médico no fundará su informe sobre las nociones científicas verdaderas, teniendo que aceptar siempre la hernia por esfuerzo. Es preciso solamente el indagar la fecha en que tuvo lugar la hernia, y si una coincidencia exacta permite relacionarla con un accidente ocurrido durante el trabajo.

Es evidente que esta manera de proceder es arbitraria é injusta. Para los industriales inteligentes y avisados, les será fácil el ponerse al abrigo de muchas indemnizaciones sujetando previamente á sus obreros á un reconocimiento facultativo.

Dicha práctica no se halla más extendida, por cuanto el conocimiento de las hernias está poco generalizado y su especialización médica es muy rara.

Respecto á la capacidad para el trabajo resultante de la hernia, el médico se encuentra en presencia de nociones vulgares que se hallan en contradicción con la ciencia y le obligan á exponer una verdad relativa.

Se admite que la hernia reduce considerablemente la capacidad para el trabajo. Así mismo se cree que si el sujeto hubiera sufrido la cura radical operatoria, habría recuperado dicha capacidad. Ambas apreciaciones son erróneas á juicio de Berger, quien dice en su estudio: «Un sujeto que tiene una hernia reciente y de mediano volumen, provisto de un vendaje contentivo para los trabajos de fuerza, no sufre más que una reducción pequeña de su capacidad para el trabajo.»

En cuanto á la cura radical puede decirse que es el resultado de una operación difícil, cuyos efectos varían con el autor de ella y el procedimiento empleado. ¡Hay tantas pretendidas curas que no merecen consideración científica ni valor alguno!

De todos modos, es inexacto que la operación devuelve la potencia para el trabajo que tuvo antes de sufrir la hernia.

Por lo tanto, el perito en esta apreciación de la capacidad, no debe apoyarse en absoluto en razones científicas, adoptando un término prudente para que la indemnización no sea exagerada, por cuanto es sabida la extremada frecuencia de las hernias en los obreros, y no obstante se dedican á trabajos de fuerza sin llevar vendaje alguno, ó todo lo más, si lo usan, es sumamente imperfecto. No interrumpen su trabajo, ni tienen atrofia alguna en las paredes abdominales de la que tanto se habla en los estudios anatómicos de las hernias.

En su consecuencia, es evidente, para los que conocen la acción de los vendajes, que si los obreros de fuerza los llevaran colocados sobre la hernia, la disminución de capacidad debida á su presencia, sería muy diferente de la que se supone teóricamente.

De cuanto antecede se deduce que el médico perito debe atenerse en la práctica á las reglas siguientes:

- 1.^a Asegurarse si ha existido accidente que responda á las ideas admitidas por todo el mundo.
- 2.^a Que el esfuerzo ó traumatismo hayan sido violentos y favorecidos por una posición defectuosa del paciente.
- 3.^a La aparición de la hernia sea inmediata.

4.^a Que la imposibilidad de trabajar haya seguido al accidente y que persista después, por más ó menos tiempo.

Demostrados estos extremos el derecho á la indemnización es indiscutible.

Respecto á ésta se ha abusado tanto, que se llegará á descartar, previo examen médico, á todos los obreros herniosos sin distinción y los que parezcan predispuestos á serlo en el curso del trabajo.

Solamente los patronos modestos escasos de recursos pecuniarios para pagar los honorarios médicos, no podrán llevar á cabo esa medida de previsión.

En fin, las cosas pueden llegar á un extremo de que en ciertas regiones será imposible el reunir gran número de obreros, ante la perspectiva de indemnizaciones onerosas.

Finalmente y apesar de las diversas resoluciones recaídas sobre la defectuosa ley de accidentes del trabajo, en lo que á su desarrollo práctico se refiere, si no sufre una reforma bien pensada, causará una perturbación considerable en todas las manifestaciones del trabajo, por ser injusta tanto para el patrono como para el obrero.

DR. ARGALA.

LOS FENÓMENOS CATALÍTICOS ⁽¹⁾

II

(Conclusión)

Hoy es doctrina bastante admitida que el catalizador más enérgico es el hidrogenión, y que por esto los ácidos se prestan bien á las acciones catalíticas, ya sea que intervengan como elementos de la reacción, ya que resulten de ella; puesto que de los estudios hechos por varios sabios resulta íntima relación entre el grado de disociación de los ácidos y su acción catalítica, deducen que lo que determina la catálisis son los iones libres de Hidrógeno. Pueden los lectores consultar, si

(1) Véase el n.º 146 de la GACETA MÉDICA DEL NORTE.

gustan, el artículo que escribí sobre *La disociación de los cuerpos* (1); en el § II, especialmente, núm. 5, hallarán una explicación de la fuerza catalítica del ácido clorhídrico, pues en solución acuosa de 10 litros por un equivalente-gramo de ácido contiene éste 95 por 100 de la molécula disociada en iones (cloriones é hidrogeniones). Lo mismo puede aplicarse á los hidroxiliones de las bases enérgicas, como la potasa y la sosa. Pero hay una gran distancia entre reconocer el influjo y determinar con precisión la manera de dicho influjo.

Recientemente ha venido á dar un notable incremento al estudio de la catálisis la interesantísima y fecunda serie de investigaciones que sobre este asunto han hecho dos sabios químicos, M. Paul Sabatier, decano y profesor de la Facultad de Ciencias en Tolosa de Francia, y el canónigo Mr. J. B. Senderens, laureado por la academia de Ciencias de París y profesor en el Instituto católico de la misma ciudad.

A la energía catalítica de que conocidamente gozaban el negro y musgo de Platino y el Paladio, han añadido estos químicos el conocimiento de la que gozan, á veces en mayor escala, otros metales, como el Niquel, Cobre, Cobalto y Hierro. De éstos son notables los dos primeros. Como condición, *sine qua non*, se requiere para los fenómenos el que los metales indicados se hallen en estado muy dividido y no estén oxidados. La división extrema se obtiene por el método ya conocido de la reducción por el Hidrógeno de los óxidos correspondientes; la no oxidación del metal se logra ejecutando la reducción en el mismo aparato en que ha de catalizar, en ausencia de atmósfera oxidante. (2)

En todas las series de reacciones ejecutadas por M. M. Sabatier y Senderens, parece necesario admitir la formación de productos intermedios. Por de pronto observaron que aquellos metales, en las condiciones dichas, fijaban el peróxido de nitrógeno, NO_2 , dando *metates nitrados*. Después vieron la facilidad con que se obtenían las hidrogenaciones difíciles, como son las de los compuestos aromáticos; más tarde, la generali-

(1) *Razón y Fe*, t. VIII, pág. 499 y siguientes.

(2) A los lectores que tengan interés en conocer los preciosos trabajos de estos ilustres profesores, los remito á las diferentes notas mandadas á *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences de Paris*, en los tomos CXXXVI, CXXXVIII, y desde el CXXX al CXL. Una colección de sus trabajos, publicados, publicada el año pasado en *Annales de Chimie et de Physique*, se ha reimpresso con el título *Nouvelles méthodes générales d'hydrogénation et de dédoublement moléculaire basées sur l'emploi des métaux divisés*. Paris-Gauthier-Villars, 1905. Una interesante conferencia leyó Mr. Sabatier en la Exposición internacional de Lieja del pasado año: puede verse en *Revue générale de Chimie pure et appliquée*, t. VIII, núm. 24.

dad en la aplicación del método á los cuerpos volátiles; finalmente, sus aplicaciones para el desdoblamiento y condensación moleculares. Con lo cual fácilmente se deja entender qué manantial tan fecundo no ofrece á la investigación este procedimiento, muchos de cuyos productos sintéticos tuye el gusto de ver en el Laboratorio de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Tolosa.

La actividad del catalizador se ha presentado variable en tres fases enteramente comparables á las de los fermentos vivos. Un período inicial, de duración generalmente corta, en que el metal se habitúa á su función; otro período de funcionamiento normal, que de suyo debería durar indefinidamente, pero que, aunque limitado, es muy largo; á veces de más de un mes, á pesar de interrumpirse diariamente la experiencia, lo cual acarrea siempre una ligera oxidación del metal. El tercer período es de aniquilamiento, comparable á la muerte del fermento. Hay, además substancias que son verdaderos tóxicos para los catalizadores, debilitando y aún anulando su energía; por esto en la preparación del metal activo hay que proceder con precauciones delicadas que le libren del Cloro, Bromo, Yodo, Azufre, Oxígeno, Selenio, ácido clorhídrico, etc., etc., y lo mismo se ha de decir de otros productos que impurifiquen las materias que intervienen en las reacciones catalíticas. Finalmente, otra causa de inactividad es el depósito de líquidos, ya primitivos, ya resultantes, sobre la superficie del catalizador á la temperatura en que la reacción se efectúa.

La acción catalítica parece que debe atribuirse á diferentes causas, por lo menos ocasionales. Pues en primer lugar es evidente que influye la superficie del catalizador, y se comprende que en los metales reducidos, siendo aquella tan grande, la actividad se acentúe. Pero parece que no basta la superficie, sino que hay que hacer intervenir una transformación transitoria del metal y destrucción inmediata del compuesto resultante: así, al menos, se explican muy bien las hidrogenaciones por la formación de hidruros inestables y se comprende al mismo tiempo por que no todos los metales influyen de la misma manera, y aún un mismo metal, reducido en condiciones iguales, sirva para hidrogenar, por ejemplo, los carburos acetilénicos y etilénicos y no sea capaz de hidrogenar los núcleos bencénicos, como pasa al Platino y Cobre. Como consecuencia de esto, no faltan quines, con Mr. P. Sabatier, dan á los metales que

gozan de tal propiedad, el calificativo de metales-fermentos ⁽¹⁾ no porque los juzguen iguales en su naturaleza, sino por el modo de reaccionar, cada cual en su esfera. Sabido es, en efecto, que, desde los trabajos de Pasteur, sobre todo, se admiten dos clases de fermento, organizados y vivos los unos, como la levadura de la cerveza, los otros solubles, las diastasas. A los primeros se deben las fermentaciones alcohólicas de las sustancias azucaradas; operaciones más complejas de lo que á simple vista parece, pues aunque los principales productos son alcohol y anhídrido carbónico, sin embargo, hay anejos otros como alcoholes superiores, glicerina, ácido succínico, etc. La célula se nutre del cuerpo y lo transforma; una pequeña porción de fermento basta para transformar una gran cantidad de materia, y las células se multiplican extraordinariamente.

La diastasa, que se halla en el grano de la cebada, es un principio soluble capaz de transformar en glucosa el almidón en presencia del agua, es decir, hidratarlo. El grupo de diastasos no es pequeño. La desproporción entre el fermento y la materia transformada es la misma que en el caso precedente; y como en el actual no interviene para nada la vida, parece que la acción del fermento debe atribuírse más bien á fenómenos físico-químicos, sobre todo si se tiene en cuenta los trabajos de Büchner al separar de levadura de la cerveza un fermento soluble que produce la alcoholización de las glucosas. Parece, pues, hoy idea corriente que la fermentación es un efecto de acciones físico-químicas, y cuando intervienen en ella seres vivos, éstos influyen y son causa remota de la fermentación engendrando los fermentos.

Con lo dicho se entiende que la acción catalítica de ciertos metales, que presenta con la de los fermentos vivos y solubles la grandísima semejanza de la desproporción entre el agente y el efecto, puede muy bien compararse con las fermentaciones, y que los metales dotados de aquella propiedad puedan llamarse metales-fermentos. Y así como en aquéllas hay verdadera transformación de las sustancias fermentescibles que pasan á combinarse con los fermentos, dando origen á productos de existencia efímera cuya descomposición causa los productos de la fermentación á la vez que regenera íntegro el fermento primitivo, por igual modo en los fenómenos catalíticos, el me-

(1) Véase *Bredig-Anorganische Fermenten*. Leipzig, 1900.—*W. Nernst, Theoretische Chemie*, 4.º Auflage, pág. 559.

tal-fermento, se combina con alguno de los cuerpos (H , CO , NH_3) formando compuestos inestables cuya destrucción regenera el metal á la vez que introduce en la molécula de otros cuerpos presentes todo ó parte de aquellos grupos con quienes pasajeramente se habían combinado.

Creo inútil advertir que sería ridículo querer deducir de lo dicho en los párrafos precedentes ni sombra siquiera de argumentos en contra del principio vital de los seres organizados. Aparte de que hablando de los metales se trata de una denominación y una semejanza, y nada más, en las alcoholizaciones y sacarificaciones citadas, hay que admitir el influjo, al menos remoto, del principio vital. Podrán influir, é influyen sin duda en las operaciones de los seres organizados las fuerzas fisico-químicas; pero empeñarse en que las variadísimas síntesis verificadas en el interior de las plantas y animales son resultado de fenómenos puramente fisico-químicos, es un despropósito intolerable que excita la hilaridad y la compasión de quienes se ocupan en los trabajos de laboratorio y se ven precisados á poner en juego elevadas temperaturas, fuertes presiones y reactivos enérgicos para obtener los productos por síntesis; mientras que una plantita, á las veces de constitución bien sencilla, fabrica á la temperatura ordidaria, sin hornos ni compresiones, sin balones ni retortas, allá en el silencio de los campos, en las faldas de las montañas ó en la espesura de los bosques, aquellas esencias, aquellos éteres, aquellos alcaloides, aquellas meterias colorantes de constitución molecular complicadísima, que encantan y asombran á los que, con ánimo reposado y corazón agradecido, admiran en los fenómenos de la naturaleza la infinita sabiduría y las bondades sin cuento del Supremo Hacedor.

P. EDUARDO VITORIA.

REVISTA EXTRANJERA

RECUERDOS DE LA BATALLA DE MUKDEN

Las heridas penetrantes del cráneo y del encéfalo, por el Dr. J. J. Martignom.—Es un dogma público generali-

zado, el que toda herida de bala penetrante en la cabeza, produce necesariamente la muerte.

Aunque el hecho es exacto en la mayoría de casos, no siempre el proyectil lesiona los órganos capitales de la existencia. Los elementos nobles de la masa encefálica no ocupan más que una extensión reducida en comparación de aquélla, no teniendo, por consiguiente, nada de particular el que una bala la atravesase sin lesionarlos.

Sin embargo, puede suponerse que una lesión extensa de la pulpa cerebral producida por un proyectil de arma de fuego, debe ocasionar una muerte rápida como por el rayo. Los diferentes heridos y muertos resultantes del sitio sufrido por las legaciones extranjeras en Pekín, no demuestran ese aserto.

La mayor parte de los muertos, lo fueron por balas de pequeño calibre disparadas á menor distancia de 200 metros, produciendo efectos explosivos terribles sobre la caja craneana y arrojando fragmentos de masa cerebral del grosor de un puño á cinco metros de distancia. Ninguno cayó muerto en resolución completa, puesto que si bien la consciencia de sí mismo desapareció, en cambio los fenómenos de la vida de relación, persistieron por más ó menos tiempo.

Todos los heridos en la cabeza, murieron por los enormes destrozos sufridos á consecuencia de que se aprovechó la gran fuerza inicial de los proyectiles arrojados desde muy cerca.

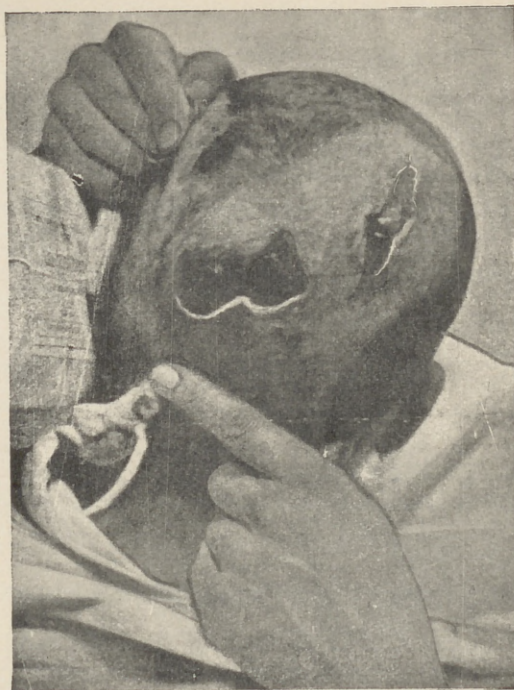
Durante la campaña hecha en la Mandchuria, un gran número de heridas penetrantes del cráneo y del encéfalo curaron y no causaron la muerte más que á largo plazo.

La muerte instantánea que sigue á una herida del cerebro, puede ser debida, más que á la destrucción de centros importantes, á la inhibición, y esto se ha probado en muchas autopsias.

En el curso del desarrollo de la batalla de Mukden, he observado muchos muertos que quedaron en actitud cataleptoide, sin haber sido heridos en la cabeza y sí en el pecho y vientre. La muerte les sorprendió, conservando el aspecto que tuvieron en el momento de haber sido lesionados; no presentaron contracciones ni relajamientos musculares. Parecían transformados por el frío, existente en verdaderos modelos de cera del museo Grevin, olvidados en el campo de batalla.

Los fenómenos de inhibición han dominado en los heridos de cráneo, pecho y vientre y en la especie; el *shock* me parece que ha jugado un papel más importante que la lesión anatómica.

HERIDAS PENETRANTES DE CRANEO



Figuras 1 y 2.—Herida por bala de 6 milímetros. Entra la por la frente cerca de la línea media (fig. 1) y salida (fig. 2) á dos dedos detrás del bregma. Los médicos rusos hicieron una larga incisión cutánea á nivel y le extrajeron varias esquirlas. Hernia cerebral pequeña, sin trastornos de la palabra y ligera paresia de los miembros izquierdos; las heridas de la mandíbula en la 1.^a figura y la de forma de ocho en la cabeza, en la 2.^a, son procedentes de abertura de absesos.

HERIDA PENETRANTE DE CRÁNEO



Figura. 3.—Herida penetrante craneal hecha por bala moderna á distancia de 1.600 metros. No hay explosión del hueso: al nivel de los orificios de entrada y salida existen dos hernias cerebrales del tamaño de una nuez pequeña. Causó la parálisis de los miembros izquierdos y conservó las facultades intelectuales.

HERIDAS PENETRANTES DE CRÁNEO

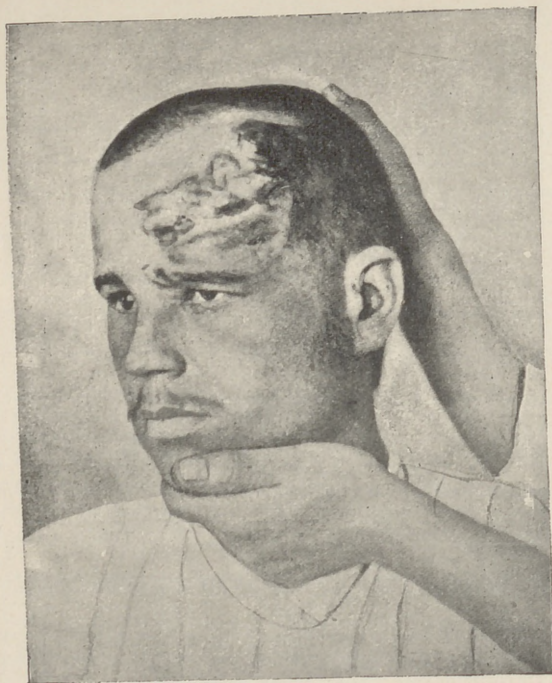


Figura 4.—Hecha á 1.000 metros de distancia, de trayecto oblicuo hacia arriba, atrás y afuera, con salida cerca del nacimiento de los cabellos. Explosión ósea, ablación de esquirlas y hernia de 10 centímetros de largo por 4 á 5 de ancho. Trastornos intelectuales ligeros y dificultad en la palabra y oye lentamente lo que se le habla. Puede andar solo, pero pierde pronto el equilibrio.

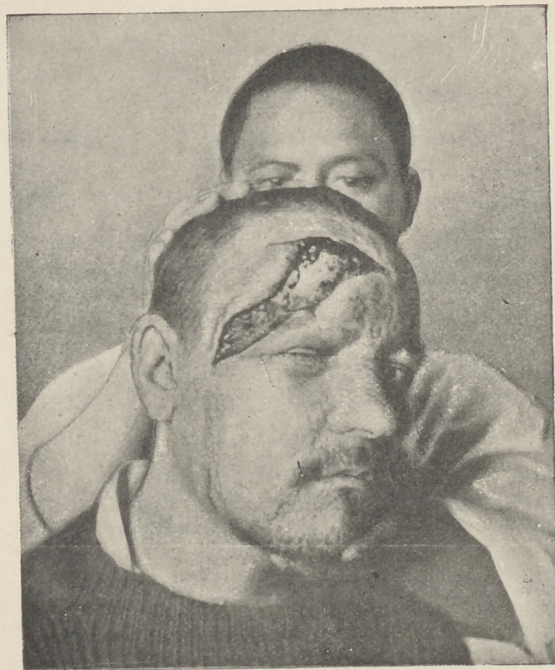


Figura 5.—Hecha en un cazador siberiano á 1.000 metros. Entrada por la protuberancia frontal derecha y salida por la cola de la ceja derecha. Los orificios de entrada y salida tienen 8 centímetros de diámetro. Incisión cutánea y extracción de esquirlas. Hernia frontal sin pérdida del lenguaje y miembros inalterados en su motilidad y sensibilidad.

La guerra ruso-japonesa nos ha enseñado dos cosas: el aumento en las heridas craneales y encefálicas por los proyectiles modernos y la facilidad relativa con que se soportan ciertas heridas penetrantes.

El mayor número de las heridas citadas es debido á la perfección y precisión del armamento, la tensión grande de la trayectoria y rapidez del tiro: en el enorme consumo de proyectiles y la táctica empleada. Las tropas avanzan en líneas abiertas: los soldados caminan y se echan en tierra según los momentos y sitios, tratando de ocultarse al adversario: aprovechan las ventajas del terreno haciendo zanjas con una pala cortante. Durante la batalla de Mukden el suelo estaba helado en un espesor de quince centímetros y fué imposible su remoción. Los soldados, que llevaban unos sacos de tela, los llenaron de tierra y polvo, para avanzar con esta protección improvisada, echándose en el suelo detrás de ellos. La potencia de las armas ha hecho renacer los medios de defensa, un tanto parecidos á los de la edad media: el escudo ó rodela que permite avanzar á cubierto, con unas dimensiones de 45/35 centímetros, de 4 milímetros de espesor, pero de acero cromado que rechaza las balas blindadas.

La cabeza es, á no dudar, la parte más expuesta del cuerpo humano y por tanto, hay que sin cesar pasar por encima la defensa, manobra eminentemente peligrosa cuando se está cerca de las posiciones enemigas, que arrojan una lluvia de balas de fusil y proyectiles de los obuses y ametralladoras.

En los bordes de los reductos tomados á los rusos, tuve ocasión de apreciar un número considerable de cadáveres por herida en la cabeza.

A estas causas de frecuencia en las heridas de la cabeza, hay que añadir otra de orden moral, es decir, el valor de las tropas de ambos bandos, las más bravas y disciplinadas probablemente del mundo. El japonés tiene una audacia y entusiasmo admirables y los rusos una obstinación proverbial en la defensa. ¿Serían capaces los ejércitos europeos de aproximarse tanto á las obras de defensa hechas por los enemigos, como lo han hecho los japoneses? Habría que verlo para creer. Su artillería bien servida, les prestaba grandes servicios, desalojando al enemigo ó desconcertándolo y la infantería aprovechaba este momento para envolverlos sin grandes pérdidas.

No obstante el perfeccionamiento de la artillería, la infantería es la reina de las batallas recibiendo y dando golpes tremendos.

La artillería hace un enorme consumo de municiones, llegando en Mukden á 400.000 obuses y eso que los rusos tenían una muy inferior á la de los japoneses.

Las estadísticas de la 5.^a división nipona, arrojan las siguientes proporciones en las causas de las heridas:

Balas de fusilería.	89,67 por 100
Obuses.	9,7 »
Armas blancas	0,16 »

La inferioridad de las heridas por arma blanca, se explica muy bien por haber cambiado las armas y la táctica, pues la caballería tiene hoy poca importancia en las batallas, quedando reducida á la descubierta y á guardar los espacios entre las divisiones de un ejército. Rara vez carga en las desbandadas de la derrota ó se le manda á contener un avance inesperado del enemigo.

Así mismo, las cargas á la bayoneta son rarísimas y casi siempre ineficaces ante una lluvia de fuego.

Las heridas de cráneo penetrantes son debidas á los proyectiles de fusil, ametralladora ú obús. Este obra de dos maneras, según explotan en el aire ó después de percutir el suelo. Los proyectiles de percusión se rompen en fragmentos y causan todo género de lesiones y accidentes conocidos ya, sin que se hayan modificado sensiblemente por la adición de pólvora potente en su interior. Los que químicamente estallan en el aire son los denominados *shrapnells*, cuyas balas, en número de 200 ó 300 de penetración variable, no causan gran daño si no actúan rompiéndose á menor altura de 10 á 20 metros. Los rusos tiraban de muy lejos y sus *shrapnells* estallaban muy en alto. Sus efectos son análogos á los que ocasionaban las antiguas balas de fusil, de ánima lisa, careciendo de la importancia que se les ha dado.

Bien diferentes son los efectos de los proyectiles modernos, las balas blindadas. Japoneses y rusos han empleado fusiles de tiro rápido y ametralladoras de trayectoria extensa. Las balas rusas fueron de 8 milímetros y las japonesas de 6, con un fusil Arisaka de menor peso que el europeo.

Antes que estas balas de pequeño calibre se usaran en el campo de batalla, el Dr. Delorme en sus experiencias hechas sobre cadáveres en Val-de-Grace, formuló su opinión contraria á su facil parada, apesar de su exiguo calibre y que los hombres atravesados por ellas,

podrían continuar marchando. Tales conclusiones levantaron una gran excitación entre los profesionales de armamento, poniéndolas en duda, por venir de un médico que no tiene por qué entender en ballística.

Más tarde se comprobó la verdad de lo asegurado por Delorme, en la Abisinia, Dahomey y Pekin, viéndose á los fanáticos continuar su marcha con heridas penetrantes de pecho. De aquí debe provenir el calificativo de *balas humanitarias* que se les ha asignado, lo cual es una satisfacción moral para los apóstoles de la paz y una casi seguridad para los pusilánimes.

Esta bala humanitaria, cuando afecta al cráneo y tiene toda su fuerza viva inicial, produce efectos terribles de explosión, que están en razón inversa de la distancia recorrida, es decir, que sus efectos son mayores á distancia menor.

Las experiencias demuestran que el orificio de entrada sobre la cara externa de la caja craneana es de bordes enteros y menor en diámetro al del proyectil.

Sobre la cara interna aparece una corona de fisuras radiadas y la abertura es de un diámetro superior al de la bala, adoptando el trayecto desarrollado por ella una forma cónica. El orificio de salida presenta disposiciones idénticas, pero hechas á la inversa. Entre ambos orificios hay una red de fisuras de apariencia complicada que limita esquirlas de dimensiones variables, fácilmente dislocables por los movimientos del cerebro.

Estos surcos y fisuras que cruzan continuando hacia las suturas craneanas, de una manera desordenada, como si quisieran franquearlas, obedecen á ciertas leyes: una hendidura principal reúne los orificios de entrada y salida del proyectil: de cada uno de estos parten series de surcos que se propagan en el trayecto, pudiendo llegar á limitar la bóveda craneana, trazando una demarcación precisa entre la cara y el cráneo y entre la parte anterior y posterior de éste.

Las balas tiradas de cerca producen efectos explosivos terribles y la doble perforación es su norma, salvo raras excepciones.

La gravedad de las heridas penetrantes que nos ocupan, está fuera de duda, confirmándola las cifras estadísticas.

He aquí la proporción de muertos por balas, según las regiones interesadas.

Cabeza y cuello	54,02 por 100
Tronco	44,45 »
Miembros superiores	0,66 »
Miembros inferiores	0,86 »

Como se vé, la cabeza es la región que presenta más de la mitad de fallecidos.

La proporción es diferente en los heridos y trasladados al hospital de campaña:

Cabeza y cuello	32,34 por 100
Tronco	64,68 »
Miembros inferiores	2,93 »

Esta estadística nos enseña que la proporción de supervivientes temporales de 1 á 4 días, es bastante considerable, puesto que representan la tercera parte de las defunciones.

La artillería, que no ha causado más que un 10 por 100 de pérdidas, distribuídas por regiones afectas, los muertos ocurridos, difiere poco de la estadística indicada para la bala de fusil.

Cabeza y tronco	59,09 por 100
Tronco y abdomen	34,35 »
Miembros superiores	0,45 »
Miembros inferiores	5,91 »

Los muertos por heridas son:

Cabeza y cuello	55 por 100
Tronco	20 »
Miembros inferiores	25 »

De esta última estadística se deduce, que las heridas de la cabeza por obús son más graves que las de fusil, puesto que éstas dan una mortalidad de 32,34 por 100 y las otras 55.

Las observaciones que van al pie de las fotografías adjuntas, dispensan el insistir sobre las supervivencias. Estas han sido siempre excepcionales como lo prueba la guerra de Secesión americana, en la que Otis reunió 54 casos, de los cuales solo 12 vivieron largo tiempo pensionados por el gobierno.

Durante el mes que siguió á la batalla de Mukden, he tenido ocasión de ver en un hospital de campaña, inmovilizado en esta villa, un gran número de heridos graves del cráneo, con hernias cerebrales.

Muchos de estos conservaron la mayor parte de las facultades intelectuales, motrices y sensitivas.

Ignoro lo que les ocurriría mucho después en la evolución de sus hernias, degeneraciones secundarias que pudieron sufrir y número de encefalitis padecidas; pero me temo que su curación incompleta haya sido el comienzo de su muerte, es decir, la abolición más ó menos completa de las diversas facultades, valiéndoles más el haber muerto en la batalla que vivir como un vegetal lleno de gloria militar y patriótica.

En las avanzadas del ejército no fueron intervenidas las heridas del cráneo por imposibilidad material de hacer nada útil. A lo sumo, se intentaba el quitar algunas esquirlas, cubriendo la herida con gasa una vez limpia, con tapones de algodón. Seguidamente se llevaban los heridos á retaguardia donde había hospitales movibles ó directamente al Japón.

Apesar de hallarse provistos los hospitales de campaña de aparatos para los rayos X, no se usaron por falta de tiempo.

Los médicos japoneses preconizaban la ablación de todas las esquirlas y la dilatación de la herida, uniendo por medio de incisiones anchas los orificios de entrada y salida de los proyectiles. Cuando uno de éstos atravesaba el encéfalo hacia su corteza, el cráneo se hallaba fragmentado en todo el trayecto del proyectil, encontrándose esquirlas libres ó adherentes al pericráneo de fácil extracción con la pinza cortante que servía á la vez para regularizar las anfractuosidades resultantes.

Estas aberturas anchas por las que atravesaban las hernias cerebrales, fueron consideradas como el mejor medio de precaver la formación de un absceso cerebral, complicación la más frecuente y causa de la mayor parte de los fallecimientos.

El uso de la digital y sus alcaloides, por el Dr. Huchard.—Este apreciado medicamento, del cual se vienen haciendo diversas consideraciones clínicas más ó menos contradictorias en su desigual acción por su calidad, sitio y tiempo de la recolección y dando lugar en ocasiones á intoxicaciones más ó menos temibles, ha sido objeto de un razonado informe del citado profesor, presentado á la Sociedad de Terapéutica de París, cuyas conclusiones copiamos:

1.^a La digital no tiene sucedáneos y los que con tal nombre se usan tienen una acción diferente é inferior.

2.^a La infusión y maceración de sus hojas son de un manejo di-

fácil y expuesto por las complejas materias que contienen y á ser posible no deben usarse.

3.^a La digitalina es diurética como las anteriores preparaciones y puede emplearse con más seguridad. La cristalizada, que es un producto bien definido è invariable en su composición química y acción terapéutica.

4.^a La insolubilidad de la digitalina, su lentitud en la eliminación y poder de acumulación son cualidades que la recomiendan y no defectos como algunos suponen.

5.^a En la digital no hay más que un solo principio realmente activo y aprovechable que la digitalina cristalizada.

6.^a Hay tres maneras de prescribir la digitalina cristalizada, á saber: 1.^a A dosis masivas ó antisistólicas y diuréticas: un milígramo de digitalina dado en una ó dos veces al día. Si el efecto es insuficiente se repite ocho ó diez días después, á las mismas dosis ó algo más débiles. 2.^a A dosis débiles ó sedativas para combatir las palpitaciones, eretismo cardiaco y la disnea de la estrechez mitral y en su período de compensación perfecta. 3.^a A dosis muy débiles ó de entretrenimiento cardiotónico, que se pueden continuar durante semanas ó meses siempre que se cese en su administración quince ó veinte días durante una ó dos semanas: un diezmilígramo de ella tonifica el corazón sin causar intoxicación.

7.^a El aceite digitalico puede inyectarse á la dosis de medio, cuarto ú octavo de milígramo, cuando es preciso obrar rápidamente y evitar la intolerancia del estómago.

De lo expuesto se deduce, que para manejar la digitalina cristalizada con acierto, es preciso fijar bien sus indicaciones, saber el estado del corazón y tener gran prudencia en las dosis que se empleen observando sus efectos.

El piramidón y la gripe.—Este medicamento, que constituye uno de los medios más eficaces, en unión de las sales de quinina para combatir las neuralgias y la fiebre grippales, se emplea á dosis activa de treinta centigramos, de forma que no se pase en las veinticuatro horas, de setenta y cinco á un gramo de cantidad.

El modo más sencillo de administración es bajo la forma de solución.

Dpe. Piramidón	1 gramo
Jarabe de cortezas de naranja	25 id.
Agua destilada.	75 id.

Dve.

A cucharadas de sopa en las 24 horas.

También se le asocia con el bromhidrato de quinina en sellos.

Dpe. Bromhidrato de quinina 10 centigramos

Piramidón 5 id.

para un sello.

Déense cinco ó diez en el día.

El piramidón ejerce sobre el sistema nervioso una acción análoga á la de la antipirina; las diferencias consisten en que hace bajar más la temperatura, es tres veces más activa y su acción más dulce, lenta y regular, sin que se observen reacciones ascendentes en la temperatura, bruscas y acompañadas de fríos y sudores.

La gran diferencia que existe entre la antipirina y el piramidón, consiste en la acción que este último ejerce, á dosis terapéuticas, sobre la nutrición. Lejos de provocar, como la antipirina, un relenteamiento notable en los cambios orgánicos, el piramidón los excita. De aquí resulta una disociación en su manera de actuar sobre el sistema nervioso central, puesto que aparece sedante de los centros térmicos y sensitivos y excitante de los tróficos.

Usado á dosis menores de un gramo repartidas en el día, el piramidón no obra sobre el corazón y la circulación, pudiéndose administrar sin peligro, varios días consecutivos.

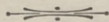
En los nefríticos no está contraindicado, porque no aumenta la albúmina urinaria.

Por el contrario, en los tuberculosos, provoca sudores profusos y apesar de que el canforato de piramidón atenúa ese inconveniente, no debe usarse, para evitar desgastes orgánicos.

El solo inconveniente de este medicamento se halla en su acción irritante, sobre el tubo digestivo que obliga á suspender su administración, en ciertos sujetos expuestos á esa contingencia.

DR. IGNOTUS

DE ODONTOLOGÍA



MANIFESTACIONES BUCALES DE LA GRIPPE

La extracción de los dientes, que antes era una operación que se imponía, es hoy relativamente rara; por muy avanzada que sea la caries, si queda un resto de la corona, en lugar de la extracción, se reconstituye el diente.

Se recurre á la extracción cuando destruída completamente la corona no quedan más que las raíces; en este caso los dolores que se sienten son provocados por la acción expulsiva que los tegidos ejercen contra el cuerpo extraño que es la raíz y también cuando las materias muertas que llenan el canal radicular, producen una infección que se trasmite al alveolo y determina una serie de complicaciones.

En los dolores de dientes, lo más importante es conocer el punto de partida de la sensación dolorosa que algunas veces se presenta un poco oscuro, como en el caso que motiva este artículo. La última y la anteúltima muela inferior, cuando están careadas, hacen dolorosa toda la región de la oreja. La caries del segundo y tercer molar inferior hacen confundir de donde es el dolor, pareciendo que es del canino ó de la premolar inferior del mismo lado y á veces del lado opuesto.

Los otros dientes no dan lugar á confusiones y hoy con los progresos del arte dental han aumentado el número de observadores y también la exactitud etiológica de los fenómenos mórbidos que son la causa, señalando los casos raros, que antes pasaban desapercibidos.

En 1890, Mr. Lecaudey presentó á la Sociedad de Odontología de París varios casos de una gingivitis particular que había tenido ocasión de observar durante el curso de una epidemia de grippe en su clientela particular; hechos que parecen probar que la enfermedad grippal es no solamente una enfermedad infecciosa con manifestaciones múltiples, sino que también la mucosa bucal sufre las consecuencias del agente infeccioso como la cavidad nasal y las vías respiratorias.

En 1892 Mr. Hugenschmidt describe una estomatitis y una gingivitis ulcerosa de forma particular y diversos accidentes

bucales durante el curso de dos epidemias bastante graves de gripe.

Mas después, Mr. Maurice Roy señala varios casos de pseudo-odontalgia consecutiva á la gripe en la que los enfermos se quejan de dolores bastante intensos, localizados en los molares superiores de uno y otro lado.

Muchos autores han señalado las neuralgias del trigemino entre las manifestaciones que se encuentran en el curso de la gripe, pero estas neuralgias, si se atiende á las indicaciones dadas por los autores no afectan un sitio determinado.

En los casos observados por M. Roy y otros, se trata, por el contrario de una localización muy clara, simulando una odontalgia en un sitio preciso é interesante por la constancia de los síntomas observados en diferentes enfermos.

Los auristas han señalado también muchos casos de otitis medias á causa de la influenza.

En los casos que he tenido ocasión de observar recientemente, los enfermos presentaban los dientes del lado doloroso tanto del maxilar superior como del inferior, exentos de caries.

Ninguno de estos dientes presentaba al examen más minucioso el menor signo sospechoso.

Sin embargo, se notaba una ligera sensibilidad á la percusión de arriba abajo en los molares superiores, sensibilidad que se acentuaba en una de ellas y que el enfermo acusaba de una manera precisa ser la causa de sus dolores.

La coloración y la consistencia de la encía normales; sin embargo se notaba ligera sensibilidad cuando se hacía presión en el surco vestibular al nivel de la tuberosidad malar.

En presencia de estos signos es difícil culpar á los dientes como causantes de estos dolores, tanto más, cuanto que nada se presentaba en favor de fenómenos de calcificación pulpar, á los cuales hay que pensar siempre en caso parecido; todos estos enfermos acababan de pasar la gripe y tenían todavía un poco de coriza.

Se trata con toda seguridad de dolores neurálgicos en el origen de los cuales los dientes nada tienen que ver y la causa según Mr. Maurice Roy, debe ser atribuída á una sinusitis maxilar de origen grippal, lo que se confirma por la sensibilidad de la presión al nivel del agujero sub-orbitario, con exclusión de otros puntos de emergencia del trigemino.

Se explica fácilmente este hecho, dadas las relaciones tan estrechas del seno maxilar, con las diversas ramas del nervio maxilar superior.

Estas pseudo-odontalgias se curan rápidamente con la administración de sellos anti neurálgicos:

Antipirina 0 grs. 50

Bromidrato de quinina 0 grs. 25

para un sello; tomar cuatro al día y disminuir un sello cada día hasta la cesación completa y cuando los dolores disminuyen.

Y por aplicaciones intra-nasales de pomada mentolada:

Mentol. 0,75

Acido bórico 10 grs.

Vaselina 30 grs.

Pará colocar mañana y noche un poco de esta pomada en cada naríz.

Como se vé, se trata de un hecho de poca importancia pero me ha parecido interesante darlo á conocer, pues puede ser útil para esclarecer un diagnóstico difícil, y en ciertos casos donde el examen de los dientes puede ser menos afirmativo que en el caso que he tenido ocasión de observar.

JUAN DE OTAOLA.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 15 de Marzo de 1907.

Sr. Otaola.—Dado el caso tan interesante presentado por el Sr. Zarza en la sesión última, acerca de un cáncer en el maxilar inferior y de la alusión del Sr. Landín, me veo obligado á decir breves palabras, porque sinó, mi silencio se interpretaría y con razón, de una manera poco halagüena para mí.

Después de la presentación del caso tan magistralmente expuesto por el Sr. Zarza, del éxito de la operación llevada á cabo con su habilidad característica, después de la brillante conferencia del Sr. Landín, que si algo tuvo de malo fué el haberme aludido y en la que se nos presenta como un consu-

mado maestro al tratar del desarrollo y de la erupción de los dientes, así como en la sesión de hoy acerca del proceso de los tumores de los maxilares y tratamientos empleados en la curación del cáncer, muy poco ó casi nada puedo decir yo.

Durante mucho tiempo ha sido desconocido el modo de formación de los dientes; diversos autores se ocuparon de este asunto, pero sin conocer su naturaleza. Mas después, Fox, Serres, Cuvier y Delabarre estudiaron con más conocimiento.

Black y Bell describen los dientes temporales como naciendo del saco de los temporales.

Hasta el año 1863 es universalmente aceptada la teoría de Goodsir que es el primero que dió un estudio completo acerca de este asunto: su teoría del *surco dental primitivo* no tiene hoy más que un interés histórico.

Goodsir admitía cuatro períodos: 1.º Período del surco primitivo; 2.º Período papilar; 3.º Período folicular, y 4.º Período de erupción.

Después de esta época, Kolliker, al demostrar el origen epitelial del esmalte, abre un nuevo camino, y los trabajos posteriores de Weld, Waldeyer, Kollmann y otros, van descubriendo el origen y formación del folículo dental.

En 1873, Legros y Magitot dan á conocer una teoría universalmente admitida hoy y que tan brillantemente nos ha expuesto el Sr. Landín y que nada tengo que añadir.

Después de la formación del folículo dental empieza un trabajo muy importante, que es el de la impregnación de estos tegidos por elementos calcáreos. Este trabajo, que se denomina *calcificación*, es el fenómeno que se produce cuando un tegido anteriormente protoplásmico se impregna de sales calcáreas y de elementos minerales, hasta transformarse más ó menos en su estructura y consistencia.

Este depósito de substancia calcárea se hace de dos maneras distintas: 1.º Se depositan directamente en el seno mismo de los tegidos embrionarios, representando el futuro órgano osteide, lo que se llama proceso de *substitución*. 2.º Se produce por un órgano especial, que por *secreción* le forma fuera de él. Los huesos son un ejemplo de tegido formado por substitución, las caperuzas de los moluscos son ejemplos de tegidos, formado por secreción (Tomes.)

Harting, estudiando estos fenómenos, ha reconocido que están constituidos por una combinación tan íntima de un ele-

mento mineral y de un elemento orgánico, á cuyas masas les ha dado el nombre de *calcosferitas*, que son indestructibles y ni la acción de los ácidos puede disolver enteramente las sales de cal para dejar la albumina en libertad.

Esto explica de una manera general, el mecanismo de la calcificación, la causa inmediata del aspecto de los espacios interglobulares de Czermak, y la posibilidad de decalcificar un diente para el estudio micrográfico sin alterar su estructura esencial.

La explicación de la calcificación de los diversos tegidos de que se compone el diente, me llevaría muy lejos y por no molestar vuestra atención no hago más que señalar. De la misma manera que de la *erupción*, trabajo que empieza después del séptimo mes de nacimiento y acerca de la cual se han publicado numerosas teorías.

La pared ósea que recubre la corona calcificada del diente se reabsorbe, pero únicamente sobre su cara *anterior*: la cara posterior subsiste para cerrar la cavidad que contiene el diente de reemplazo al mismo tiempo que para sostener y mantenerle en su sitio al diente que evoluciona.

En la *erupción* de los dientes se distinguen tres tiempos sucesivos; la *reabsorción alveolar*, la *perforación de la encía*, la *reparación y el crecimiento del hueso* y un proceso principal que depende de los otros: la *ascensión del diente*.

Voy á pasar á otro asunto que creo es de oportunidad, dado el caso que se discute y que tiene íntima relación con mi profesión; me refiero á la protesis del esqueleto, que apesar de estar llamado á prestar grandes servicios á la cirugía, muy poco encontramos en nuestra literatura médica, sobre los procedimientos de sustituir artificialmente grandes masas de hueso que por exigencias terapéuticas, se ve el cirujano precisado á extirpar.

En las osteotomias, la protesis inmediata consiste en colocar en el sitio del hueso resecaado otro trozo artificial de igual forma y dimensiones que aquél, pero haciendo la sustitución en el mismo acto operatorio, constituyendo un tiempo intermedio en la intervención quirúrgica entre la ablación del hueso y la sutura de las partes blandas. Por esto recibe esta protesis el nombre de «*inmediata*» para diferenciarla de otros métodos en que la restauración se practica algunas semanas después del acto quirúrgico, cuando ya están completamente cicatrizadas las heridas.

Este sistema de sustitución puede emplearlo la Cirugía en muchas regiones del esqueleto. Se han hecho notabilísimas sustituciones de grandes trozos de huesos largos; entre otros podré citar un caso que tuve ocasión de ver en París. Michaels, en cooperación con Pean, sustituyó la mitad superior del húmero, conservando por una ingeniosa combinación de goznes de platino, todos los movimientos de la articulación escapulo-humeral; pero donde este método protésico tiene más especial y útil aplicación, es en las resecciones de aquellos huesos que contribuyen á formar el contorno de la cara.

En 1877, Claude Martin, dentista en Lyon, operó su primer caso de prótesis inmediata y cita la visita que el verano último hizo á dicho señor, donde tuvo ocasión de ver numerosos aparatos ideados y construídos por Martín con verdaderos resultados.

Tal procedimiento ha pasado ya hace muchos años de la categoría de experiencia científica, á la de método clásico, sancionada por el testimonio de los cirujanos más notables.

Pean, Ollier, Poirier, Brisón y Jorgue en Francia; Von Bergman y Kocnig en Alemania, y Aguilar en España, han publicado casos por ellos operados, con la cooperación de hábiles dentistas, como Martín, Michaels, Mehndelson, Amoedo, Aguilar y otros, que han ideado y construído los aparatos, demostrando que los huesos toleran fácilmente los tornillos de platino y las piezas de caucho preparadas en determinadas condiciones, y si en algunos casos esta prótesis ha fracasado, puede en casi todos atribuírse la falta de éxito á haber operado en tumores malignos, en los que más tarde se presentó la recidiva; pero cuando los destrozos de los huesos son producidos por lesiones traumáticas (como por ejemplo balazos, cuchilladas, golpes, caídas, etc.) es indudable que con la aplicación de la prótesis puede en ocasiones devolverse á los órganos su primitiva forma y funciones.

Tengo el gusto de presentar á los Sres. Académicos este modelo construído por el ilustre catedrático de Odontología, don Florestán Aguilar, que ha tenido la amabilidad de prestármelo para presentarlo á la Academia.

Se trata de un enfermo de cuarenta y dos años, quien en una reyerta recibió un tiro de munición, alojándose algunos perdigones en el cuerpo del maxilar inferior. El Dr. D. Luis Hohr, del Hospital de San Juan de Dios en Cadiz, practicó la resección parcial de la mandíbula.

Ese maxilar es el que sirvió de modelo y un aparato igual se fijó en las dos ramas terminando la operación por el Doctor Hohn con la sutura de la piel.

Los resultados inmediatos fueron los más satisfactorios. El enfermo pudo abrir y cerrar la boca con facilidad y hacer la masticación con comodidad relativa, quedando perfecto el contorno de la cara.

Dos meses más tarde, nos dice Aguilar, cuando ya se había completado la cicatrización, ese aparato fué sustituido por otro móvil provisto de dientes y construido por igual sistema que las corrientes dentaduras de caouchou, aparato que el enfermo podía quitarse y limpiar con igual facilidad que si solo se tratase de unos dientes postizos.

Este procedimiento operatorio evita el grave inconveniente que acompaña á toda resección del maxilar y que son: Imposibilidad de masticar los alimentos. Dificultad grande en la deglución. Trastornos de fonación por las desviaciones que sufre la lengua y el achicamiento de la cavidad bucal. Retracción lingual.

Sialorrea por la imposibilidad para la eufemo de conservar la saliva en la boca.

Y deformación de la cara por consecuencia de la retracción cicatricial interfragmentaria, que aproximando los fragmentos óseos cambia la posición de la barba y produce una fealdad casi siempre repugnante y que bien pudiera ocasionar al enfermo trastornos morales.

He terminado.

El Secretario general,
C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 22 de Marzo de 1907.

Preside el Señor Camiruaga

Con la asistencia de los académicos Sres. Gil y Gorroño, Zarza, Díaz, Saralegui, Unibaso, Bolivar, Entrecanales y Landín se dió comienzo á la sesión.

Sr. Presidente.—Participa á la Academia, que, la Comisión ejecutiva para la celebración del concurso para solemnizar la apertura del nuevo Hospital, no ha logrado reunirse

una vez, y como quiera que ello pueda ser debido al trabajo de índole profesional que materialmente abrumba á todos los Sres. Académicos estos días, pide á la Academia deje en suspenso por ahora la acción de la Comisión nombrada, hasta que las circunstancias permitan á los señores que la forman, puedan dedicarse más libremente á este asunto.

CANCER DEL MAXILAR INFERIOR

Sr. Zarza.—Contesta á las objeciones del Sr. Landín y dice que en su concepto el examen microscópico proporciona por regla general buenos resultados. Él no lo practicó en el caso actual, pues trataba solamente de indagar si el tumor en cuestión era benigno ó maligno y para ello le bastaba con los signos clínicos.

Opina que la intervención quirúrgica en las neoplasias malignas debe ser radical, extirpando cuanto buenamente se pueda, haciendo lo mismo con los ganglios linfáticos, siempre, claro está, que pueda comprobarse que las adenitis sean debidas á una metástasis tumoral y no á la inflamación concomitante. Por si acaso, no obstante, es muy conveniente también extirpar cuantos gánglios sean posible, así como también opina que la intervención, además de ser radical, debe ser precoz.

Respecto de la generalización del cáncer, entiende que ya sea éste local, ya sea una manifestación local de un estado general, la extirpación debe efectuarse cuando la mutilación orgánica no sea, ó no tenga que ser tan grande que imposibilite la vida.

Con ello seguramente lograrán atenuarse algunos síntomas y hacer la vida algo más llevadera, y por otra parte, en la fase local verdadera, la extirpación debe efectuarse siempre.

Sr. Entrecanales.—Para él, la extirpación es inútil y muchas veces peligrosa, si la neoplasia alcanza proporciones considerables, si ha llegado á alcanzar órganos de importancia y si hay que quitar un número considerable de gánglios: las ventajas que con ello puedan obtenerse, no son seguras.

Felicita muy cordialmente al Sr. Zarza por el resultado obtenido en el enfermo cuyo caso se discute.

Sr. Zarza.—Agradece al Sr. Entrecanales su felicitación y termina diciendo que él es partidario decidido de la intervención en muchos casos.

ABCESOS DE FIJACIÓN DE FOCHIER EN LA PULMONÍA

Sr. Díaz.—Desde la primera comunicación de Fochier en 1891, han sido numerosos los casos en los que han sido empleados los abscesos de fijación: Lepine. (Semana Médica, Marz, 1892, (Olivier, Giengeot), Soc. med. des hop. de París, 13 mai, 92), Carles, (Burdeos, 92) han demostrado su acción favorable, probando que en ciertas infecciones graves, sobre todo del aparato respiratorio, este método da reales servicios: recientemente, Lemoine, presentó una comunicación á la Sociedad Médica de los Hospitales (París), haciendo constar, que de 18 casos de catarro sofocante, 9, tratados por los medios ordinarios sucumbieron, y de los 9 restantes tratados por las inyecciones de esencia de trementina, 6 curaron: últimamente en el Congreso Médico de Madrid, Arnozan presentó una comunicación sobre 128 casos de distintas infecciones tratadas por este método, con 58 curaciones (casos de extrema gravedad, en los que se habían ya empleado otros medios).

Una historia clínica leída en la «Revue de Medecine» (revista dirigida por Landouzy y Lepine) nos movió á dar cuenta de varios casos de pulmonías en el tercer período, tratados por la trementina en inyecciones: dicha historia, suscrita por el Doctor Conor, se refiere á un sujeto de hábitos alcohólicos, afecto de bronco pneumonia, en el 6.º día de enfermedad, con 40º 1 de calor, 120 pulsaciones con intermitencias, 40 respiraciones, delirio tranquilo, carphología, etc., en el que se practicó una inyección de 1 centímetro cúbico de esencia de trementina en la cara externa del muslo, con todas las precauciones de asepsia de rigor; el enfermo estaba igual al día siguiente, pero con reacción local en el punto de la inyección; á los dos días había mejorado considerablemente, siendo la temperatura de 37º 9 y 38º 2, el pulso á 92, regular, sin delirio. Tomó una recaída, tratada también por una inyección de trementina y seguida como lo primero de mejoría: del pus del primer absceso se hicieron cultivos que resultaron estériles; se inoculó del mismo pus, una jeringuilla á un cobayo, que murió al poco tiempo: el microscopio no reveló ningún microorganismo en el pús del absceso. Apesar de esta segunda mejoría el enfermo volvió á empeorar, falleciendo á los 22 días de enfermedad. La autopsia demuestra adherencias pleurales en la derecha, pleura engrosada y adherida íntimamente al pulmón;

pulmón derecho grande con lesiones de bronco-pneumonía con congestión íntima generalizada; en su base hay un infarto supurado; pulmón izquierdo menos denso, pero congestionado; hígado graso y bazo voluminoso y difuyente. El conejo inoculado murió á los 6 días, habiendo perdido 200 gramos de peso; en el punto de inoculación no presentó ni pus ni induración. La autopsia revela un hígado infeccioso y con bazo grande. Llama el autor la atención sobre algunos puntos de esta historia, sobre la acción de la trementina que fué indudablemente favorable y que acaso hubiera sido curativa, de no tratarse de un alcohólico con una vieja pleuresia en el mismo lado de su enfermedad.

Los casos en que he tenido ocasión de emplear este tratamiento son los siguientes:

Q. L., de 25 años, soltero, natural de León, ingresó en el Hospital de Solocoeche el 9 de Marzo de 1906; llevaba varios días enfermo, teniendo á su ingreso un foco de pulmonía en el vértice del pulmón derecho: con el tratamiento ordinario estuvo hasta el 9 de Marzo; la temperatura osciló en este interregno entre 38° y 39° 5; el 8 de Marzo su temperatura á la tarde fué de 39° 4; su estado general malo, demacrado, su expectoración abundante y purulenta, con el foco en plena fusión; en este estado se le hizo una inyección de 1 gramo de esencia de trementina en la región deltóidea derecha; el 9, la temperatura fué de 37° 6 mañana. 36° 9 tarde; el 10, volvió á subir á 38° 8 y desde este momento no tuvo más fiebre; á medida que se formó el empaquetamiento en el hombro, mejoró el estado general y el local; el 19 se abre el abceso formado, que fué grande, y en cuyo pus no se encontró al microscopio microorganismo ninguno; el 24 de Mayo salió de alta curado.

Caso 2.º: R. Ll., 26 años, de Guadalajara; ingresó el 6 de Septiembre de 1906 con una pulmonía de vértice derecha y base del mismo pulmón; el 7 se le colocan sanguijuelas; el 9 un vegigatorio (además del tratamiento usual); el 12, con 40° 2, y en plena supuración se le practicó una inyección de trementina en una región deltóidea; el 13, 39° 6, el 15, 37° 6 y mejora el estado general y local: el 20 se marcó el abceso ya formado y tiene una nueva elevación técnica de 39° hasta el 25 y alguna elevación técnica producida por el abceso, pero con su abertura y curación desaparece; el 19 de Octubre sale de alta curado.

Caso 3.º I. E., 27 años, de Burgos; ingresó el 11 de Mayo de 1906; pulmonía del lado derecho, cara posterior, parte inferior; el 6.º día se le coloca un vegigatorio; el 7.º, nuevo foco en la base izquierda el día 10, temperatura 39º 2, mal estado general; se le hace una inyección de trementina en una región deltóidea; el 11 bajó la temperatura á 37º 6; osciló entre 37 y 38º, hasta el 18; se le pone otra inyección el 19, pues la fiebre no desaparece y los focos pulmonares supuran; la temperatura no volvió á subir; el 27.º día de enfermedad se *desbridaron* los dos abscesos y el 12 de Julio (dos meses de su ingreso) se le dió de alta, curado y perfectamente repuesto.

Caso 4.º N. N., Pulmonía del lado izquierdo, cara posterior externa: ingresó en el 7.º día de enfermedad con 39º 2 de calor; entró en el tercer periodo de hepatización gris con temperatura entre 38º 5 y 39º, llegando á veces á 40º; el 20º día de enfermedad, con supuración del foco, esputo purulento, etcétera, se le practicó una inyección de esencia de trementina en una región deltóidea; el día de la inyección la temperatura fué de 38º 4 y 38º 8; el 2.º día de 37º 2 mañana y 38º 2 tarde; no tuvo más elevación térmica y después de abierto y curado el absceso, fué dado de alta curado.

Caso 5.º N. N. ingresó con una pulmonía doble, con uno de los focos en principio de resolución; estado general gravísimo; supuración; se hace una inyección de trementina, que no da lugar á la formación de absceso, pues el enfermo fallece.

Autopsia: *Pulmón derecho*, vértice en supuración; lóbulo inferior hepatizado: *Pulmón izquierdo* congestionado y muy denso en su cara posterior y en casi toda su extensión parece estar en resolución; en el pericardio un derrame no muy abundante, el miocardio blando.

En estas condiciones, con esta insuficiencia de campo respiratorio y obstáculos circulatorios tan considerables, nada de extraño tiene que ningún medio produciría resultado.

Hemos empleado una vez este método en la meningitis tuberculosa, sin resultado ninguno, siendo digno de mención, que en el punto en que se hizo la inyección, cara externa del muslo, apenas se produjo reacción local, no formándose absceso ninguno.

En cambio, en los casos de curación y aun solo de alivio, se observa siempre y así lo hace constar el Dr. Conar, la reacción local y la formación del absceso, va seguida de reacción del organismo unida á una mejoría.

El absceso tarda varios días en formarse, siendo bastante doloroso, y con bastante edema en sus alrededores; es posible que eligiendo el muslo como punto de inyección, el dolor y el edema sean menores, como indican algunos.

En cuanto á su acción nos parece indudablemente favorable, por lo menos en los 4 casos de los 6 en que lo hemos empleado, pues si bien es verdad que la pulmonía que llega á la hepatización, pues cura por sí sola muchas veces, podemos decir que en los casos citados este resultado se favoreció y adelantó con la trementina, no pudiendo estar conformes con lo que dicen algunos autores como Gaston Lyon, que este método no sirve más que para prolongar los sufrimientos del enfermo, añadiendo una enfermedad más á la que ya tenían.

Modo de obrar de los absesos de fijación. La primera teoría emitida para explicar esta acción fué, la de la fijación, en apoyo de lo cual se exponían observaciones de absesos provocados en cuyo pus se encontró el agente causante de la enfermedad, pneumococo, streptococo ó bacilo de Eberth, á más de la observación de Carles sobre la localización efectiva del arsénico; cobre y mercurio en dicho pus: en cambio abundan los casos en que encontrado en la sangre el pneumococo de Talamon F. Voenkell, no se le encontró en el pus.

Para otros estos resultados dependen del poder ozonizante, estimulante y antiséptico de la trementina; para otros es una resolución ó derivación (Dienlafog, Laverán).

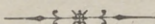
Actualmente se tiende á explicar esta acción por la hiperleucocitosis consecutiva á la inyección (Baner), aunque no falta quien como Chantemeusse lo niegue y hasta señale una disminución de glóbulos blancos.

Parece ser que la especie de estos glóbulos tiene su importancia, pues hay quien como Lemoine ha hecho constar después de la inyección un aumento de los polinucleares y una disminución de los limfocitos.

A estos efectos abservados en la sangre, añade M. La Torre un aumento del poder bactericida de la misma.

En vista de esta variedad de explicaciones, no se puede adoptar una opinión exclusiva, siendo probablemente el resultado del conjunto de varios ó todos, estas propiedades de la esencia de trementina, contando entre ellas la derivación hacia el punto escogido de las toxinas segregadas por el microbio causante de la enfermedad, como parece indicarlo, el experimento del cobayo, indicado más arriba.—C. Díaz.

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA



Sesión ordinaria celebrada el día 21 de Febrero de 1907

En el salón del Colegio y bajo la presidencia del Sr. Alonso de Celada, se reunieron los Sres. Sastre, Saralegui, Artaza y Bolívar. Excusó su asistencia el Sr. Aguirrezabala.

Leída el acta de la sesión anterior, fuè aprobada.

Se acordó, en vista del pertinaz silencio observado por el Sr. Pinedo R. con relación al trabajo á su cargo de cooperación á la confección de la nueva Tarifa, y siendo necesario completar ésta, solicitar de los Sres. Orive y Magdaleno se hagan cargo de la labor encomendada al referido Sr. Pinedo.

Se dió cuenta de lo infructuoso de las gestiones hechas cerca de varios compañeros para conseguir que éstos estudiasen la implantación en Bilbao de un Centro de Productos químicos y especialidades farmacéuticas, como se acordó en principio por la Junta de Gobierno; en su vista, se acordó suspender toda gestión, por el presente, y exponer el acuerdo de la Junta, en la próxima general ordinaria.

Se dió cuenta de la visita hecha por los Sres. Saralegui y Bolívar, en representación del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, al Señor Gobernador civil de la provincia, Excmo. Sr. D. Enrique de Aresti, el cual dispensó una afectuosa acogida á los comisionados, ofreciéndose á cooperar desde su alto puesto, en favor de la prosperidad del Colegio.

Se dió lectura de una comunicación dirigida al Colegio por el Sr. Garramiola, farmacéutico de Ondárroa, en la que dicho señor se lamenta del proceder utilizado por D. Alberto Onaindia, también farmacéutico de la misma Villa, para quedar á cargo de este el servicio farmacéutico á la Cofradía de pescadores del puerto de Ondárroa, servicio que el Sr. Garramiola venía prestando á satisfacción de los Sres. Médicos de dicha Villa durante treinta y cuatro años. Se acordó en consecuencia, solicitar de dicho Sr. Onaindia, que comparezca ante esta Junta directiva, el día 14 del próximo Marzo, á las tres y media de la tarde, á fin de enterarle de la referida comunicación y que él pueda descargarse de las acusaciones que se le imputan.

Para dar cumplimiento al acuerdo tomado en la Junta general extraordinaria celebrada el día 7 del corriente mes de Febrero, se decidió enviar á cada uno de los Colegios de Farmacéuticos de España, una relación detallada del *asunto Barrera M.*, haciendo resaltar los fundamentos que á favor del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, parecían existir para imponer los acuerdos, por éste tomados, á los farmacéuticos en ejercicio, de la provincia; y como apesar de todo, la inesperada resolución de la superioridad viene á desbaratar la unión, el mútuo respeto y el prestigio de la clase, tan exigidos por la Instrucción de Sanidad, que concede atribuciones disciplinarias á las Juntas de Gobierno de los Colegios para imponer correctivos á los que laborasen contra dichas cualidades, que debieran adornar siempre á la colectividad farmacéutica, y sin embargo, como en la primera ocasión que el Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya se le ofrece de velar por tan encarecidos prestigios, viene la misma superioridad que impuso el cumplimiento de la antedicha Instrucción de Sanidad á echar por el suelo lo en ella dispuesto, por medio de una posterior R. O.

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

El Secretario,

JOSÉ BOLIVAR.

Sesión ordinaria celebrada el día 21 de Marzo de 1907

Presididos por D. José Alonso de Celada, se reunieron en el salón de sesiones del Colegio los Sres. Sastre, Saralegui, Artaza y Bolivar, excusando su asistencia el Sr. Aguirrezabala.

Fuè leída y aprobada el acta de la sesión anterior.

En presencia del farmacéutico de Ondárroa D. Alberto Onaindia, se dió lectura, nuevamente, á la comunicación dirigida á la Junta del Colegio, por el Sr. Garramiola, denunciando el proceder del señor Onaindia, en lo que concierne al nombramiento y servicios prestados por este señor á la Cofradía de mareantes del puerto de Ondárroa, asunto en el que el Sr. Garramiola estima lesionados sus intereses con grave detrimento de la moralidad profesional. El Sr. Onaindia manifiesta su deseo de dar contestación escrita á la referida comunicación, á lo que la Junta accedió.

Se dió cuenta de la comunicación enviada á todos los Colegios de

Farmacéuticos de España y á la prensa profesional, haciendo historia de lo ocurrido en el asunto Barrera M., con el fin de que se percaten dichas corporaciones de la actitud observada por el Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya en este asunto.

Se dió lectura á un escrito enviado por el farmacéutico de Bilbao D. Ernesto Martínez, en el que se condele del incumplimiento del artículo 39 del Reglamento, y excita el celo de la Junta de gobierno para la realización inmediata de tan laudable acuerdo.

El Sr. Saralegui da amplias explicaciones acerca de los medios que ha puesto en práctica para conseguir se pueda dar cumplimiento al referido artículo 39, habiéndose encontrado siempre con una gran indiferencia por parte de gran número de farmacéuticos, en su inmensa mayoría rurales, que ni se dignan contestar á las comunicaciones que se les dirigen, ni ingresan en la Tesorería la cuota acordada en beneficio de las familias de los fallecidos. En su consecuencia se acordó someter á la deliberación de la Junta general que deberá celebrarse en el próximo mes de Mayo la solución de este asunto.

Y no habiendo asuntos de que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,
JOSÉ BOLIVAR.

BIBLIOGRAFÍA

Introducción al estudio clínico y á la práctica de los partos, por el profesor L. H. Farabeuf y el Doctor Enrique Varnier.—Prefacio del profesor Pinard.

Sólo tratándose de la magistral obra de los profesores Farabeuf y Varnier se concibe la temeridad de traducir y editar un tratado de partos, existiendo tantos buenísimos, sancionados algunos como clásicos en todos los países. Pero la casa de Pubul y Morales sabe elegir bien, como lo acreditan las magníficas obras de su edición, así es que en esta ocasión no ha dudado en acometer la aventura de traducir al castellano la obra consagrada al estudio del arte de los partos más práctica de la actualidad, prestando con ello un señalado servicio á todos los amantes de la obstetricia.

No habrá entre los que cultivan la tocología quien no conozca la

obra de los profesores Farabeuf y Varnier, la que mayor éxito ha alcanzado entre las francesas de su género, hasta el punto de haberse agotado rápidamente en Francia la primera edición, considerándose su adquisición á costa de precios fabulosos como una verdadera fortuna.

Y es que el tratado del profesor Farabeuf tiene un carácter propio, único en su género; en todo él resplandece un estilo conciso, claro, que impresiona al espíritu con un aspecto de realidad tan pasmoso que coloca al lector en los umbrales de la práctica. En toda la obra domina la misma nota; la exposición sencilla, la concisión en el relato y la claridad en los conceptos. Han prescindido los autores de intrincados problemas teóricos para ceñirse al hecho clínico, colocándole ante los ojos del práctico con una naturalidad sorprendente. Es un tratado que estudia única y exclusivamente la mecánica del parto.

Todo en la obra es de observación personal y genuinamente práctico, fruto de la colaboración de dos colosos de la obstetricia: el malogrado Dr. Varnier, gran anatómico, y el profesor Farabeuf, eminente tocólogo que ha sancionado con la clínica las observaciones anatómicas.

De este modo, completándose uno á otro, formando un conjunto gigantesco en el que se unen la competencia obstétrica anatómica y operatoria, han podido los dos autores acometer la ardua empresa de sintetizar en una obra con una exactitud matemática todo lo referente al estudio anatómico de la pelvis y del feto, todo lo concerniente al diagnóstico del parto, terminando con la descripción de las maniobras tocológicas sumamente detallada y sin rival en la literatura obstétrica.

Pero lo que más se admira en el tratado de Farabeuf es su realismo puro y sencillo, lo mismo en el texto que en las figuras todo respira naturalidad y vida; no representan los grabados el poco más ó menos, como dice en su hermoso prefacio el profesor Pinard; no existe nada fantástico en la descripción, ni se ven fetos adoptando actitudes falsas puramente imaginativas é irrealizables, sino que siempre es el feto con su forma, dimensiones, cambios de diámetro, de dirección y de orientación, recorriendo una verdadera hilera pelviana sorprendida también en todas las modificaciones que sufre en los diversos tiempos del parto espontáneo ó artificial. Por algo se ha servido Farabeuf de la observación en cadáveres embalsamados á la glice-

rina á los que él llama maniqués naturales y cuando ha podido en cadáveres de eclámpticas en camino de parir, para después corroborar sus apreciaciones en las parturientas vivas, observando siempre una concordancia absoluta entre la experimentación cadavérica racional y la observación clínica más exacta. Esta concordancia constituye el mérito máspreciado del libro y basta por sí sola para recomendarle.

No es de extrañar, por lo tanto, el inmenso éxito alcanzado en Francia por la publicación de esta obra, maestra en el arte de los partos y eso que en las clínicas francesas muchísimo mejor organizadas que en nuestras exiguas facultades, el alumno ve algo, recibe lecciones prácticas, trabaja en el maniqué, aunque según expresión de Baudelocque sólo sea un simulacro imperfecto de lo verdadero y hasta puede presenciar y asistir á partos, al paso que de nuestras clínicas de obstetricia, faltas de medios de enseñanza por su reducida subvención, salen muchos alumnos sin haber tenido la suerte de presenciar un parto.

Se comprende, pues, la importancia que para el alumno tiene esta obra llamada á completar la deficiente enseñanza práctica de nuestras facultades, siendo también indispensable á todos los médicos dedicados al ejercicio de la obstetricia. Unos y otros no hay duda que la consultarán con verdadero fruto, en la seguridad que les sacará de multitud de dudas, facilitándoles la resolución de los problemas más árdulos y complicados.

Su extensión no puede ser más limitada: en un tomo de 480 páginas, sintetizan los autores sin olvidar ningún detalle, todos los principios fundamentales de la obstetricia mecánica.

Consta la obra de siete capítulos, que por la corta extensión de esta revista solo me es posible enumerar. En el primero, dedicado al estudio anatómico de la pelvis y el feto, se describe la hilera pelvi-genital con tanta claridad y exactitud, que, como afirma Pinard, en ninguna otra obra puede encontrarse una descripción de pelvis tan verdadera y completa como la expuesta y figurada en la primera parte de este libro. Porque no es solamente la anatomía la que se ve en sus páginas, es la pelvis en funciones la que ha sido objeto de la especial atención de los autores de la obra; así se comprende la descripción profunda y en muchos puntos nueva del mecanismo del parto normal y artificial, cualquiera que sea la presentación.

En este capítulo estudian también el feto anatómicamente y en funciones, encajado en la hilerá genitál, analizan sus diámetros, relacionando su estudio con el mecanismo del parto.

Describen después las presentaciones y posiciones con lenguaje claro y conciso, intercalando figuras tan demostrativas, que la comprensión de esta intrincada parte de obstetricia resulta perfectamente clara é inteligible.

Abarca el segundo capítulo lo concerniente al mecanismo del parto, en las diversas presentaciones, parte en la que se aprecia el profundo espíritu práctico de los autores al relatar las distintas modificaciones que experimentan la hilerá pelvi-genitál y el feto en los diferentes tiempos del parto.

En esta parte de la obra va in crescendo la observación real que anima todas sus páginas; por medio de ejemplos sencillísimos y en lenguaje pintoresco, nos hacen ver la salida del feto proporcionándonos la sensación de la realidad.

En el tercer capítulo, consagrado al estudio del diagnóstico del parto en sus distintas presentaciones y posiciones, se describen con precisión y exactitud admirables, todas las sensaciones percibidas por el tacto dando reglas precisas para su ejecución, describiéndose también las distintas partes fetales que deben servir de guía para el diagnóstico de las presentaciones.

En el cuarto capítulo comienza el estudio de las intervenciones tocológicas, exponiendo de una manera tan detallada y perfecta la conducta que se ha de seguir en la extracción de nalgas que en opinión de Pinard, no existe libro ninguno que le iguale.

Así mismo las dos grandes operaciones obstétricas, la versión y el forceps que deben ser familiares á todo práctico, son objeto de un estudio minucioso, en el que resplandece el eminente sentido clínico que inspira toda la obra.

Con la lectura de estos capítulos adquiere el práctico por los cuadros que se colocan ante sus ojos, un concepto tal de la realidad, que se siente reconfortado y dispuesto á resolver los más difíciles problemas de la práctica obstétrica.

Este es, en resumen, un simple esbozo del concienzudo texto de Farabeuf y Varnier, insuficiente por su brevedad para dar una ligera idea de las brillantes cualidades didácticas y doctrinales de tan magistral libro, digno de figurar en la biblioteca de todos los tocólogos,

Habrán tratados de obstetricia completos que traten de todo, pero obra consagrada especial y exclusivamente al estudio del mecanismo y fisiología del parto, con lenguaje sencillo, conciso y gran profusión en el detalle, no hay más que una, la de los profesores Farabeuf y Varnier.

Bien merecen los editores Pubul y Morales los plácemes más entusiastas de la clase médica en general por su actividad y buenos deseos en favor de cuanto significa progreso en las ciencias médicas, al editar la obra con riqueza en un hermoso volumen de inmejorable papel con grabados limpios, exactamente iguales á los de la edición francesa, demostrando como en todas las obras que ha editado, que no escatima los sacrificios para colocarlas á la altura de las mejores, nacionales y extranjeras.

También el Sr. Portaceli y Ortells nos ha de permitir nuestros más sinceros elogios por la fiel y castiza traducción que ha hecho de la obra, demostrando con ello al par que la fidelidad en la interpretación, sus conocimientos en el arte de la obstetricia.

SECCION PROFESIONAL

Concurso de Bailes, Trajes y Músicas regionales en Madrid.—El Touring-Club Hispano-Portugués anuncia un concurso de trajes, bailes y músicas de las regiones de España, con premios de 2.000, 1.500 y 1.000 pesetas, que adjudicará un jurado compuesto de reputados artistas.

Además esta Sociedad abonará 40 pesetas á cada individuo que forme parte de grupo, con lo que resultará reintegrado del gasto de billete, pues en dichas fiestas de Mayo, las Compañías de ferrocarriles, establecerán billetes á Madrid sumamente económicos de ida y vuelta.

Suponemos que esta región, que tantas simpatías cuenta en Madrid, no dejará de formar un lucido grupo que vaya á disputarse con las otras regiones ya inscritas el primer premio, y bien merecía la simpática idea del Touring-Club Hispano-Portugués, que en vez de dejar á la iniciativa particular la formación del grupo que concorra de esta población, tomara el Ayuntamiento á su cargo el que dicho grupo se presente del modo más correcto en cuanto á sus trajes, y más notable respecto á las figuras que lo formen, con lo cual en Madrid esta población quedaría á la altura que merece en tan artística fiesta.

Cuantas personas deseen concurrir á este certamen regional, diríjanse á la secretaría del Ayuntamiento, donde se les facilitará toda clase de detalles.

Voyages d'Études Médicales Stations Hydrominérales et Climatiques de France.—Paris, 2, Rue Lincoln. Abril 1907. Le Docteur Carron de la Carrière présente ses meilleurs compliments á Monsieur le Rédacteur en Chef et le prie instamment de bien vouloir insérer la Note suivante:

V. E. M. 1907.—Le 9^e VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES organisé par le DOCTEUR CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, Rue Lincoln, PARIS, aura lieu sous la Direction scientifique du PROFESSEUR LANDOUZY, du 1^{er} au 12 Septembre 1907.

Il comprendra LES STATIONS DE L'EST et DU JURA: Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne, Luxeuil, Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang Le Ballon d'Alsace, Besançon-Mouillère, Salins, La Faucille, Divonne.

Le Programme détaillé sera publié en Mai 1907.

La gúnta general ordinaria del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, se celebrará el día 29 del corriente mes.

En contestación á la circular, que por la Secretaría del Colegio de Farmacéuticos de esta provincia, se pasó á los demás Colegios oficiales de la Península, solicitando su juicio acerca del litigio sostenido por este Colegio contra uno de sus colegiados, y en protesta á la resolución recaída en el mismo, se han recibido varias comunicaciones de otros tantos Colegios, en las que se hacen protestas de adhesión y simpatía á la conducta seguida por este Colegio y de protesta ante las disposiciones de la superioridad

No las publicamos en este número por falta de espacio, pero lo haremos en el próximo, junto con las que posteriormente se reciban.

La Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya ha acordado elevar una enérgica protesta ante el Ministro de Instrucción pública, contra la instancia presentada á dicho Ministro por los practicantes de farmacia, pidiendo les sea concedido un Título Académico; también procuraremos publicarla en el número próximo.

ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD

Defunciones por causas, por edades y por sexos, ocurridas en Bilbao durante el mes de Marzo de 1907.

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

CAUSAS DE LAS DEFUNCIONES	De 0 á 1 año		De 1 á 4 años		De 5 á 19 años		De 20 á 39 años		De 40 á 59 años		De 60 en adelante		Estat. desconocida H.	Resumen		
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		V.	H.	Total
Fiebre tifoidea (tifus abdominal)			1		1										2	2
Tifus exantemático																
Fiebres intermitentes y caquexia palúdica.																
Viruela.																
Sarampión.																
Escarlatina.																
Coqueluche																
Difteria y crup						1			1					1	1	2
Grippe																
Cólera asiático																
Cólera nostras.																
Otras enfermedades epidérmicas	1	2			2	5	11	7	10	1		2		27	17	44
Tuberculosis pulmonar	1	2	3											2	3	5
Tuberculosis de las meninges			2		1									1	2	3
Otras tuberculosis.	1	2												1	5	6
Sífilis														1	5	6
Cáncer y otros tumores malignos							1	1		1		3		1	6	9
Meningitis simple.	2	2		2	1	1								3	6	9
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral.			1					2		1	6			4	6	10
Enfermedades orgánicas del corazón.								1		5	1	7	1	1	14	15
Bronquitis aguda.	4	2	1	2										5	4	9
Bronquitis crónica						3			1	2	5	5		6	10	16
Pneumonia.	7	2	1	4	2			1	3	2	3	7		16	16	32
Otras enfermedades del aparato respiratorio.	1	2		1			1	1						2	4	6
Afecciones del estómago (menos cáncer)														3	2	5
Diarrea y enteritis							1		2	2				2	2	4
Diarrea en menores de dos años	1	1	1	1										2	2	4
Hernias, obstrucciones intestinales		1												1	1	2
Cirrosis del hígado								1						1	2	3
Nefritis y mal de Bright.							1			1				1	1	2
Otras enfermedades de los riñones, de la vejiga y de sus anexos.					1					1				1	1	2
Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer.												1			1	1
Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperal).																
Otros accidentes puerperales								1							1	1
Debilidad congénita y vicios de conformación	2	1									2	5		2	1	3
Debilidad senil														2	5	7
Suicidios														5	1	6
Muertes violentas.					1		4			1				1	8	19
Otras enfermedades	6		3	1			1	4		2	1	1		11	8	19
Enfermedades desconocidas ó mal definidas																
TOTALES POR SEXOS.	25	15	14	12	8	11	20	17	19	18	13	40	1	99	114	213
TOTALES POR EDADES	40		26		19		37		37		53		1	213		

DEMOGRAFÍA

NACIMIENTOS					NACIDOS MUERTOS					DEFUNCIONES
LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	
V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.		
137	120	11	14	282	9	5	3	...	17	213