

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 FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV

Bilbao—Febrero—1908

Núm. 158

CURA RADICAL DE UNA HERNIA DE FUERZA EXTRANGULADA



José María Salavarría Mendiola, natural de Marquina-Echevarría, de 51 años de edad, de estado casado, de oficio jornalero, vecino de La Barga; manifiesta que el día 10 de Abril de 1907, trabajando en la demasía Despreciada de La Barga, mejor conocida con el nombre de San Benito, al cojer una piedra más grande que las que cargaba ordinariamente, sintió un dolor muy vivo en la ingle derecha que le obligaba á abandonar el trabajo, sino fuera porque estaba á la conclusión de la tarea. Ocurría el accidente á las 4 y media de la tarde, trasladándose acto seguido á su domicilio, distante unos quinientos metros, costándole trabajo llegar. Le visitó á las ocho el Ayudante de Accidentes del Trabajo, D. Patricio García, notando una ligera tumoración irreductible en la ingle derecha, que no cedió á la taxis, por lo que le recomendó un baño general templado y embrocaciones con pomada de belladona.

Pasó toda la noche agitado, quejándose del insoportable dolor que le hacía pensar en la soñada calma.

Al día siguiente fué trasladado al Hospital Minero de Triano, sintiendo por el camino en la camilla vómitos persistentes que á nuestra observación eran de alubias y restos alimenticios mal digeridos.

Acusaba 36° de temperatura.

Al darle el baño general caliente, de ingreso, se intentó otra vez la reducción inútilmente, agravándose de tal modo los síntomas que se imponía con urgencia la

operación si queríamos evitar un próximo irremediable fin fatal.

Consultados los entendidos Ayudantes D. Patricio García y D. Marcos Salútregui, acerca de los medios que convenía poner en práctica á fin de remediar tan alarmante y comprometida situación, fueron de unánime parecer, que el único medio terapéutico de resultado bienhechor y positivo, era la operación, practicada cuanto antes mejor.

Se le comunicó nuestra decisión al paciente, por si tenía algo que objetar y se mostró conforme con la operación. Hechos los preparativos indispensables de instrumental, asepsia de la región protegida con un apósito antiséptico y previa anestesia general con cloroformo, que fué agitada con gran excitación y síncope respiratorio, que se venció con tracciones rítmicas de la lengua; dió principio la operación á las tres de la tarde. Sostuvo la anestesia el Auxiliar anestesista D. Patricio García con la competencia y esmero que exigía cloroformización tan accidentada. Se trazó una incisión en la región inguinal derecha que se prolongó al escroto y con la sonda acanalada se fueron desprendiendo los planos aponeuróticos con suma delicadeza y atención, á fin de evitar la lesión del intestino que se encontraba de tal modo agarrotado entre los pliegues del conducto inguinal que simulaba un testículo en ectopia testicular; desbridamos su encarcelaje minuciosamente y una vez librado sin lesión, lo reintegramos á la cavidad abdominal; no tenía saco (1) y alcanzaba el volumen de un huevo de paloma, y aunque su vitalidad se hallaba comprometida, dada la rapidez con que procedimos, pues se trataba de un caso evidente de cirugía de urgencia, no tenía puntos mortificados, ni aspecto de hoja seca, si bien en estos aprisionamientos de

(1) Al asistir en Julio último á la clínica del Hospital San Andrés, de Burdeos, de nuestro antiguo compatriota y buen amigo, el distinguido cirujano y bien reputado catedrático de aquella Facultad de Medicina, Dr. Francis Villar, me presentó como caso raro y notable, un viejo operado de cura radical de hernia estrangulada, como en el caso actual; tampoco presentaba saco de hernia.

pequeñas asas intestinales se precipitan y suceden con rapidez la evolución de las lesiones, como así lo demostraban los vómitos fecalóideos y la agudización de los síntomas, timpanización y peritonismo. Suturamos los pilares del conducto inguinal con seis hilos de crín de Florencia, teniendo cuidado antes de recubrir el asa prolapsada con una gasa de yodoformo, por la tendencia á precipitarse en el conducto, protegiendo para mayor seguridad con el índice izquierdo el paso de la aguja curva, que nos dió la seguridad de evitar un aprisionamiento á la sutura y un éxito operatorio completo.

Suturamos con catgut esterilizado los diferentes planos aponeuróticos, dejando un tubo de desagüe con la salida por el escroto, como válvula de seguridad en caso de exudados infectos ó posibles contingencias de perforación intestinal ó falta de restablecimiento de la circulación intestinal. La sutura de la piel también la practicamos con crin de Florencia, coloreado por el azul de metilo, por haber observado que es más resistente á la invasión de gérmenes que la seda.

Terminada la operación, después de los sobresaltos de la cloroformización, con el pulso poco reaccionado, dijo el Ayudante D. Patricio Garceá, parodiando, acaso sin saberlo, á Ambrosio Pareo: «nosotros le hemos operado y curado, Dios le salve». Al ingreso en el Hospital tuvo 36° de temperatura y por la tarde 36,5°

A las tres horas después de la operación, dejándole en relativo descanso, procedimos á darle una inyección de un litro de suero artificial, á fin de calmar la sed devoradora, y evitar los molestos y desagradables vómitos que algunas veces excita; además el uso del cloroformo.

El pulso reacciona y mejora lo mismo en fuerza como disminuye en frecuencia y la respiración es ligeramente menos fatigosa. La noche la pasa sin conciliar el sueño, menos inquieta que la anterior, con frecuentes náuseas y menos vómitos; en cambio se presenta el timpanismo, no se ha restablecido la circulación intestinal, la oclusión es completa, ni siquiera hay paso de gases.

Acusa 36° de temperatura por la mañana y una sed insaciable, que le rogamos resista, á fin de calmar los vómitos; pero que siempre contrarían nuestros buenos propósitos algún compañero piadoso de las salas. Se le inyecta un litro de suero artificial quirúrgico. Se le acentúan los vómitos y la diarrea; se le dá otro litro de suero artificial quirúrgico al mediodía y otro á las ocho de la noche. La temperatura es de 37,5° por la tarde del día 12. Se le practicaron extensos y abundantes enemas rectales con un irrigador de presión de agua hervida y aceite, que arrastran los restos excrementicios del recto, sin conseguir restablecer la circulación intestinal. Reviste en lo posible la implacable sed, pero al lavarle la boca con agua oxigenada, en vez de devolverla como se le aconseja, traga una buena parte. La inquietud es importante y sigue acentuándose la timpanización que sostiene la disnea; como el estado general se agrava y nos suplica que le proporcionemos algún momento de calma, le administramos el elixir de veronal del Dr. Bustamante, que le proporciona algunas horas de descanso. Sigue sin resolverse la oclusión; el pulso es frecuente, 120 pulsaciones por minuto y la disnea es intensa; 60 respiraciones por minuto.

El día 13 la temperatura fué de 36,5° por la mañana y funcionaban regularmente los riñones.

En junta de Médicos celebrada este día, dado el extenso enfisema que alcanzaba la base del tórax (que recordaba contusiones de la pared torácica con fractura de costillas) la ortopnea, el color subictérico y la depresión de fuerzas, se pensó en abrir la herida operatoria y establecer un ano artificial, á lo que opuse mis reparos, (1) por el buen estado del intestino y la comparación con otros casos en que la espera, ayudados del suero artificial quirúrgico consiguió restablecer la circulación intestinal y evitar las molestias del ano artificial y sus enojosas con-

(1) Mostró absoluta conformidad con mi manera de proceder, á fin de alejar nuevo shock traumático, el diligente y estudioso médico de Ortuella D. Marcelo Fernández de Mendia.

secuencias, conviniendo en que si se acentuaba la gravedad, en peligro inminente de vida, se procediese á buscar el asa extrangulada, y se estableciese el ano artificial. Se le inyectó un litro de suero artificial por la mañana y otro por la tarde, repitiendo los enemas. Tuvo 36,5° de temperatura por la tarde. Por la noche hizo deposiciones abundantes, con paso de gases, que demostraba el restablecimiento de la función del asa intestinal, desaparición del meteorismo y disminución del enfisema que se había establecido al través del asa lesionada, con mejoría general de los síntomas. Le administramos algunas cucharadas de leche fría. El día 14 tuvo 36,5° por la mañana y 37° por la tarde. Le renovamos el apósito de cura y se le practicaron dos inyecciones de suero. Desde la tarde del día 14 se volvieron á presentar los vómitos con más frecuencia, abultarse el abdomen con más sensibilidad y deposiciones diarréicas (1)

Se le inyectaron tres kilos de suero artificial quirúrgico, uno á cada ocho horas.

El día 15 tuvo 36,5° por la mañana y 37,5° por la tarde. Se le dieron 30 gotas de clorodina en tres veces.

El día 16 por la mañana, 37,3° y por la tarde, 37°; desaparecen los vómitos y disminuye el meteorismo.

El día 17, 36,4° por la mañana y 37,5° por la tarde. Toma á cucharadas, cada cuatro horas una pocción de subnitrito de bismuto y se le inyecta dos litros de suero.

Día 18, acusa por la mañana 36,4° y por la tarde 37,6°.

Día 19, 36,5° por la mañana y por la tarde 37°. Se normalizan las deposiciones; se le dá de comer.

Día 20; 37° por mañana y tarde. En los días sucesivos sigue normalizándose el estado general y la temperatura no presenta oscilaciones especiales.

El día 29 de Abril se le quitó el tubo de desagüe.

(1) Fué recomendado con vivo interés por una señora caritativa, fundada en su numerosa prole ¡11 hijos! como sino fueran tan dignos de consideración los célibes, que no se han podido crear familia, por atender á sus ascendientes y colaterales, ó han adoptado el estado de castidad, tanto ó más perfecto que el de casados, según Santa Teresa de Jesús.

El día 6 de Mayo se desprenden los puntos de sutura y se recubren de colodión elástico yodoformado.

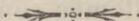
Salió del Hospital de Triano con alta el día 23 de Mayo de 1907 y al poco tiempo reanudó sus antiguas labores ganando mejor jornal.

Reflexiones y Conclusiones.—En caso de hernia extrangulada, la rapidez de los recursos quirúrgicos, por ser un caso bien probado de cirugía de urgencia, garantiza el éxito operatorio definitivo.

VICENTE FIDALGO TATO.

Médico del Hospital Minero de Triano. Vizcaya.

REVISTA EXTRANJERA



Técnica de la amputación de la mama, por el Doctor J. L. Faure.—El crédito, cada vez mayor, que vá adquiriendo esta operación en el tratamiento del cáncer de la glándula mamaria, es debido á su aplicación precoz y oportuna á la vez que á la buena técnica que hoy se emplea para evitar recidivas.

Las mujeres, en las grandes poblaciones ilustradas, escarmentadas en cabeza ajena, se van desprendiendo cada día más del miedo quirúrgico y se prestan á la operación cruenta.

La técnica que vamos á exponer, será la que corresponde á un tipo de caso medio en el que el tumor, aunque lijeramente adherido á la piel, es todavía movable sobre los planos profundos y vá acompañado de algunos gánglios más ó menos apreciables en la axila.

La enferma debe estar acostada sobre el dorso, apoyadas las escápulas sobre una almohadilla, de manera que el hueco axilar se encuentre á cierta distancia del plano de la cama, el brazo sostenido horizontalmente por un ayudante, formando con el tronco un ángulo recto. La mesa operatoria debe colocarse de manera que el hueco axilar, donde ha de tener lugar la parte más delicada de la operación esté en plena luz.

La incisión empieza ó acaba sobre el brazo al nivel del tendón del músculo gran pectoral. Hacia la parte media del hueco axilar, siem-

pre sobre el borde del citado tendón, aquélla se bifurca y las dos incisiones circunscriben la mama, para reunirse más ó menos lejos en la otra extremidad del diámetro, hacia la línea media del cuerpo. (figura 1.^a)

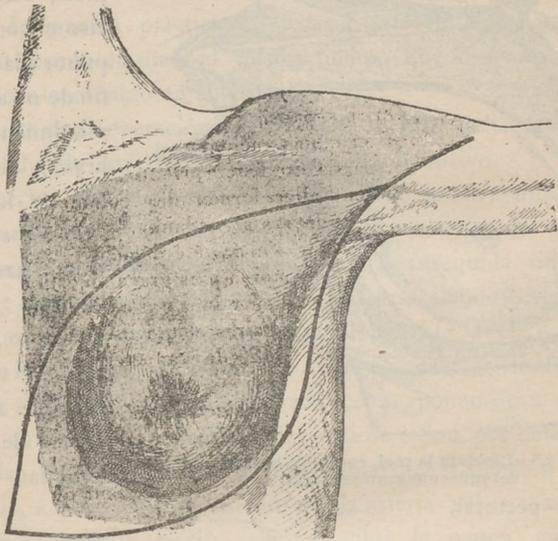


Figura 1.^a—Líneas de incisión

La zona cutánea limitada por estas dos incisiones es más ó menos grande según el caso: pero siempre deben alejarse bastante de la glándula á fin de salirse de la zona sospechosa del tumor: es decir, cortando por lo sano. Nunca debe procurarse de cómo se hará la reunión después del acto quirúrgico, economizando piel. Se reunirá como se pueda, haciendo, si fuere preciso, incisiones liberatrices y autoplastias.

La piel cortada francamente hasta el músculo en toda la longitud de las incisiones en ambos lados de la mama, se colocan las pinzas necesarias sobre las arterias que sangran, ó lo que es mejor, se detiene la sangre por medio de compresas y se quitan con el bisturí las fibras del gran pectoral, llegando hasta las costillas. Esta ablación del pectoral, no es siempre indispensable, pero en principio es mejor para garantía de la operación. Como regla fija puede adoptarse, que siempre que exista alguna adherencia profunda, debe ser extirpado el músculo, por lo menos en sus dos tercios inferiores de sus fascicu-

los costales. Es inútil el suprimir la parte de este músculo que se

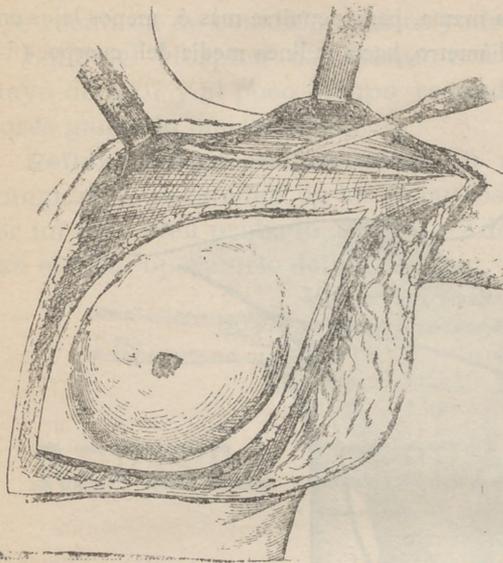


Figura 2.ª—Incidida la piel, comienza la disección del músculo gran pectoral.

inserta en la inmediación de las dos ó tres primeras costillas, siendo preciso el conservar el punto clavicular, á fin de no alterar los movimientos del brazo. Sin embargo, en los casos avanzados, se disecará hasta el intersticio pectoro-deltóideo, donde pasa la vena cefálica (fig. 2) y seccionar de tijera la totalidad del ten-

dón del pectoral. (figura 3).

Cuando se haya separado el gran pectoral en toda ó parte de sus inserciones á las costillas y al húmero, la mama doblada sobre su cara profunda se deja separar á cierta distancia del tórax y en este momento conviene envolverla en una ancha compresa aséptica que facilitará las manipulaciones ulteriores,

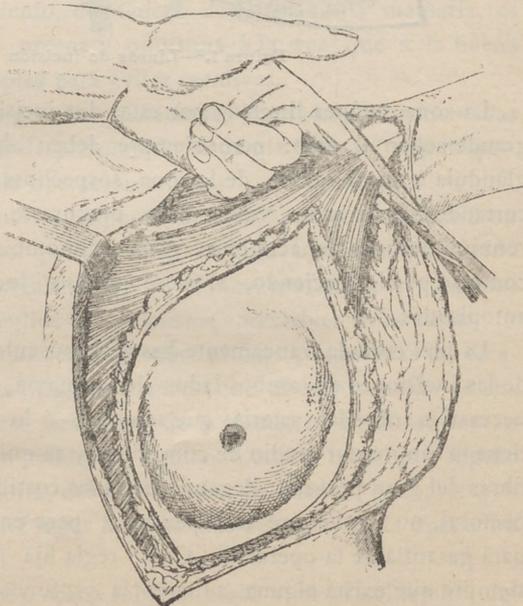


Figura 3.ª—Sección del gran pectoral

quedando como suspendida de un fascículo céluo-gasoso que lleva en su interior los vasos linfáticos que van á los gánglios axilares.

Es absolutamente preciso el evitar toda dislaceración de ese fascículo con el fin de quitar en bloc ó masa todos los ganglios y linfáticos y evitar su apertura y diseminación consiguiente en los tejidos sanos. La manera práctica de llegar á este resultado es, levantando y extirpando en masa al mismo tiempo que la mama, todo el tejido grasoso contenido en el hueco axilar.

Esta parte de la operación es sin duda la más delicada por hallarse á ella ligado estrechamente el resultado definitivo.

La disección cuidadosa del hueco axilar no es muy difícil, si se tiene en cuenta el conducirla metódicamente, comenzando por diseccionar los gruesos troncos vasculares para alejarse enseguida sin peligro alguno que temer. Lo primero que debe hacerse, dando cortes largos de bisturí en lo alto del hueco axilar paralelamente al eje del brazo, es el aislar la vena axilar, la cual no tarda en aparecer desde el momento que se ha atravesado la delgada capa aponeurótica que viniendo de envolver al pectoral menor, sirve de cierre, por delante, del hueco axilar. Pero es preciso al mismo tiempo fijar la atención hacia la parte media, á causa del nacimiento de la arteria subescapular, que bajo la influencia de la tracción ejercida sobre la mama, arrastra la vena axilar hacia abajo acodándola algunas veces en ángulo agudo y evitar de hierla. Lo preferible en este momento, es seccionar la vena subescapular entre dos pinzas y la arteria que está muy cerca puede ser cogida en el mismo pedículo.

Hacia la pared torácica, los vasos mamarios externos se seccionan así como venillas y enseguida la vena axilar queda denudada en toda su longitud: más profundamente se ven los nervios del plexo braquial y cuando se busca, entre las dos raíces del nervio mediano, la arteria axilar no debe ser denudada. (fig. 4.^a)

Cuandose procede á la sección de los vasos subescapulares y mamarios externos, hay que tener cuidado de respetar los troncos nerviosos del gran dorsal y el gran dentado, que se encuentran muy aproximados, con el fin de que esos músculos conserven su función, sobre todo cuando la supresión parcial ó total del gran pectoral causa deficiencia en el movimiento del hombro.

Conseguida la disección de la vena y siguiendo el camino hasta debajo del músculo subclavio, donde se suele ligar el tronco acromio-

torácico, queda por hacer la limpieza y curetaje de la axila propiamente dicha. Este se hace disecando con el bisturí ó las tijeras curvas de arriba á abajo, lejos siempre del tronco venoso, hacia las regiones donde no existe peligro alguno. Resulta fácil el quitar toda la grasa de

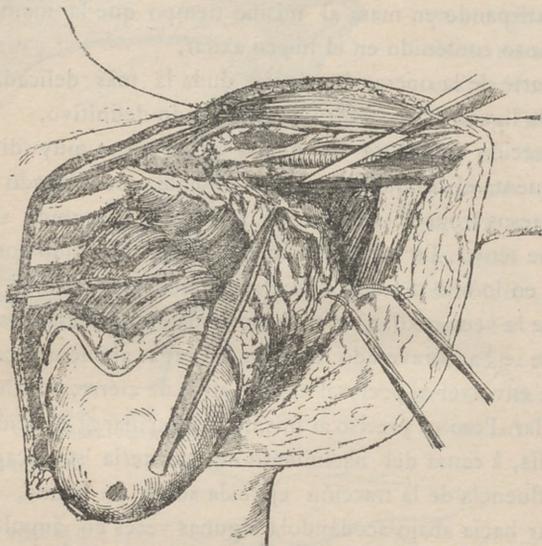


Figura 4.^a—Disecación de la axila y su vena. La mama, los músculos y grasa del gran pectoral formando una masa se quitan en bloque

la axila en unión de los ganglios contenidos en ella y el fascículo celulo-grasiento que les reúne con la mama. Esta grasa se halla atravesada por filetes nerviosos perforantes que unen los nervios intercostales á los del plexo braquial, y no tienen gran utilidad, por lo que pueden, sin inconveniente alguno, ser sacrificados. Antes bien, de quererlos conservar se impide ejecutar una verdadera extirpación en bloque del contenido grasiento de la axila.

Muchas veces, hacia la parte inferior de la herida, se cortan los vasos subescapulares y mamaros internos, éstos contra la pared torácica y aquéllos en la parte inferior de los músculos que cubren el omoplato. Dos pinzas bastan para cohibir la hemorragia venosa.

A continuación, se limpian de grasa las paredes del hueco axilar, y

si la disección está bien hecha, se aprecia una ancha excavación, representada en la figura 5.^a

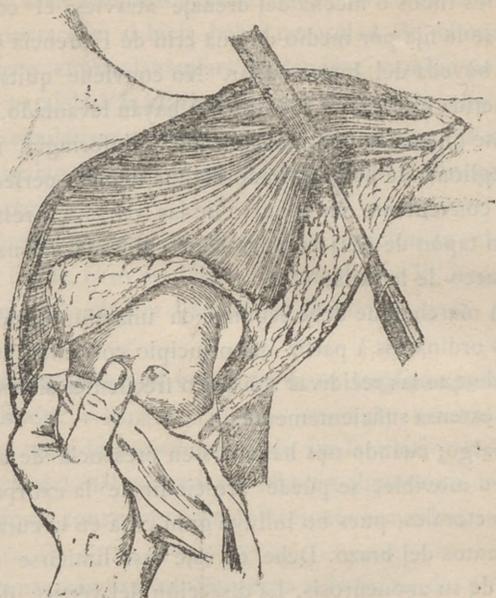


Figura 5.^a—Disección final de la axila.

En cuanto á los tejidos extirpados, están constituidos por la mama recubierta de una gran cantidad de piel doblada profundamente de una capa muscular bastante gruesa, que lleva en su interior el neoplasma, más toda la masa grasa de la axila, en la cual van los ganglios enfermos ó sospechosos, así como también los vasos linfáticos procedentes de la mama y que abocan en aquéllos.

Terminada la hemostasis con esmero y limpieza, queda por cerrar la herida inmensa resultado de la operación. Cada cirujano la cose á su manera, empleando el catgut, sedas, crin de Florencia ó las garras de Michel.

Pero muchas veces ocurren dificultades para la reunión de la herida á causa de la gran extensión de la ablación cutánea, y entonces hay que sostener las suturas superficiales por hilos profundos muy sólidos, apoyados en tapones de gasa que ayudan al afrontamiento de los labios de la herida. Si la reunión es imposible, no habrá más remedio que recurrir á las incisiones liberatrices y á la autoplastia, variables según los casos.

Es muy conveniente el establecer el drenaje, puesto que el trasudado sanguíneo y linfático es muy abundante y trae ventajas positivas.

Uno de los tubos ó mecha del drenaje atraviesa el colgajo posterior al cual se le fija por medio de una crin de Florencia y sube hasta el vértice ó bóveda del hueco axilar. No conviene quitar el drenaje aunque la herida esté seca y los hilos se hayan levantado, en atención á lo frecuente que es la continuación de la linforragia, máxime si la exéresis ganglionar se ha practicado de una manera perfecta.

Es muy conveniente en el curso de las curas, el restablecer, por medio de un tapón de gasa aséptica bien colocada, la natural concavidad del hueco de la axila.

Tal es la marcha que debe seguirse en una amputación de mama en los casos ordinarios á partir del principio corriente, al tratarse de un cáncer, de que las recidivas son poco frecuentes si la operación es oportuna y extensa suficientemente.

Sin embargo: cuando nos hallemos en presencia de un tumor pequeño y bien movable, se puede prescindir de la extirpación de los músculos pectorales, pues no influye gran cosa en la curación y sí en los movimientos del brazo. Debe en este caso limitarse el cirujano á despojarlos de su aponeurosis. La disección del vértice de la axila, es

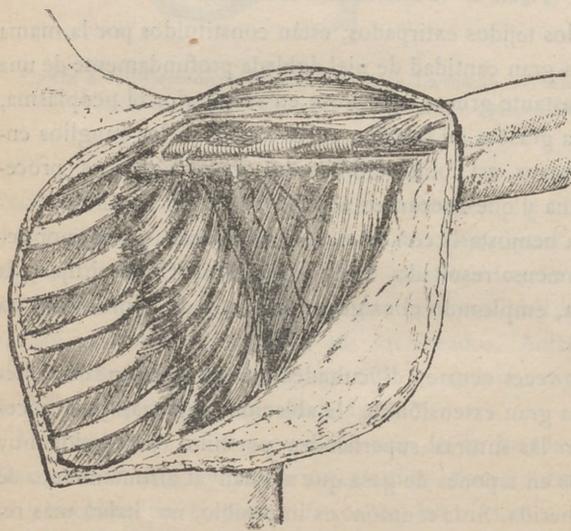


Figura 6.^a—Axila limpia, vasos ligados y nervios dorsal, subescapular y gran dentado intactos.

verdad que se hace más difícil: pero levantando el músculo gran pectoral por medio de un separador en la inmediación de su inserción humeral, se facilita extraordinariamente aquella operación, (figura 6.^a). Tam-

bién se puede en caso de necesidad imperiosa, seccionarlo, para volver á reconstituirle por medio de suturas.

La presencia de ganglios supra-claviculares no es una contraindicación á la operación, si bien habrá necesidad de eliminarlos, limpiando el hueco supra-clavicular, abriéndose camino por medio de una incisión paralela á la clavícula y por encima de ella. La sección del hueso clavicular no se verificará más que en algunos de los casos raros que la reclamen: siendo por lo demás fácil la disección necesaria en dicha región.

En la inmensa mayoría de casos la intervención en el hueco sub-clavicular es inútil; pero no dejará de practicarse lo necesario, si algún signo especial indujera á sospechar la más pequeña invasión del tumor.

El eczema infantil tratado á la inglesa, por el Doctor Jamesson. — Esta afección tan común y rebelde á todos los tratamientos, causa la desesperación de las familias y de los médicos á consecuencia del mal terreno que ofrecen algunos niños, la falta de curas minuciosas constantes ó las infecciones secundarias que la eternizan.

Los alemanes han probado respecto á la forma de pomada hecha con manteca y vaselina en que se usan muchos medicamentos, entretiene ó agrava la enfermedad, sin que científicamente pueda explicarse satisfactoriamente esta acción nociva.

El Dr. Jamesson sintetiza el tratamiento en las cláusulas siguientes:

1.^a Limpieza esmerada de la región, ejecutada si fuere preciso tres veces al día, con agua templada hervida y simplemente boricada, poniendo planchas de algodón empapado en agua caliente sobre la piel, cuando deban ser desprendidas las costras.

2.^a A continuación se dá una capa de glicerina neutra inglesa cubriendo la parte con gasa y algodón asépticos, sujetando la cura con una lijera venda ó mascarilla.

3.^a Calmada la agudeza de la enfermedad, se continúa la limpieza de la parte y se dan unas pinceladas de ácido pítrico al 10 por 100 de disolución en el agua, formulado de la siguiente manera, para que resulte perfecta.

al Dpe. Acido pítrico 10 gramos
Agua destilada 100 »

Disuélvase á beneficio de gotas de ácido cítrico.

4.^a Mantenimiento del buen estado en las funciones digestivas á beneficio de una higiene alimenticia apropiada á la edad del niño, combatiendo la astricción de vientre con los calomelanos usados dos veces por semana.

5.^a Tratar el artritismo ó linfatismo, si existiesen, con los medios conocidos, (alcalinos en agua medicinal débil y arsénico, empleados directamente ó por intermedio de la persona que dá de mamar al niño).

6.^a Evitar el que el niño se rasque, cubriendo la región de una manera firme y sujetándole las manos con *alfileres imperdibles*, á los lados del tronco.

Este plan, cuyos factores principales son la asèpsia y la acción protectora queratimizante del ácido pícrico, necesitan de un cuidado y paciencia que no siempre se hallan en los asistentes del niño; pero que realmente dan un resultado sorprendente y superior á los demás medios aconsejados.

El enfisema generalizado en los niños, por el Doctor Lemiere. —Estamos acostumbrados á observar el enfisema quirúrgico, tanto en los niños como en los adultos, á consecuencia de varias clases de lesiones, destacándose entre ellas la fractura de costillas y heridas del pulmón; pero no así la de origen médico por su extremada rareza de presentación.

Esta forma de enfisema puede ser mediastínica ó amediastínica, según expresión de Renón, es decir, comunicándose directa ó indirectamente el tejido celular con el pulmón. Esta última es muy pocas veces apreciada.

El comienzo de la enfermedad, aunque rápido, no lo es tanto, como en la otra forma ó la mediastínica.

Un enfermo tuberculoso pulmonar, por ejemplo, cuyo vértice se halle cavernoso á consecuencia de un esfuerzo de tos, ve surgir una tumefacción que abomba el sitio de la cavidad. La piel que la cubre es de color mate blanquecino por la compresión vascular que sufre; al tacto, resulta ser una masa blanda que crepita finamente, signo que viene á ser patognómico (crepitación gaseosa).

Casi siempre el tumor es indolente, aunque en ocasiones se hace doloroso á los pocos días. La evolución es variable y las más de las veces en pocos días el derrame gaseoso disminuye y la crepitación menos clara. La blandura persiste algo para desaparecer pronto.

Sin embargo, hay casos en que los tegumentos se enrojecen, se ponen duros y dolorosos debido á la infección secundaria por septicidad del aire, formándose un absceso ó flegmón local.

El enfisema mediastínico aparece en la mayoría de casos de una manera brusca. Un niño afectado de sarampión ó de coqueluche, después de un acceso fuerte de tos, es acometido súbitamente de un dolor de costado violento, con la sofocación subsiguiente, que llama la atención para examinarle su torax. El examen físico dará á conocer el enfisema y su manifestación en la base del cuello.

Hay casos en que pasará desapercibido por falta de dolor y no llamar la atención la disnea.

Cualquiera que sea su modo de aparición, el enfisema se producirá en el tejido intercostal del pulmón y ganará pronto el mediastino para aparecer en la base del cuello como evolución racional de la infiltración gaseosa.

El pronóstico es muy variable y depende sobre todo de la enfermedad causal y el estado del parenquima pulmonar.

En cuanto al tratamiento de los accidentes, será imprescindible el conocer si las funciones del corazón y los pulmones se cumplen normalmente ó están muy alteradas. El éter estimulará el corazón, dándole la energía necesaria para luchar contra la compresión. Los narcóticos y calmantes serán después útiles para disminuir las quintas de tos, causas frecuentes de esta complicación.

El práctico verá en adelante si es ó no curable la enfermedad principal que ocasiona el enfisema.

Los mataderos públicos y la radioseopia, por el doctor H. Martel.—A los medios micrográficos é inyecciones de tuberculina, usados en el reconocimiento de reses y carnes en los mataderos, hay que añadir el radioscopio, que por su sencillez y rapidez, parece que descubre las invasiones y lesiones tuberculosas en algunas reses.

La particularidad que presentan el buey y el cerdo de ser invadidos por las sales de cal, cuando están afectos de tuberculosis, ha inclinado al citado médico en el empleo de los rayos Roetgen para descubrir la existencia de las lesiones, aun en los tejidos y masas profundas como son los ganglios superficiales y profundos.

Por este procedimiento, cuando las piezas anatómicas pueden ser fácilmente expuestas, se ven con gran claridad las lesiones tuberculo-

sas. Los ganglios sanos producen una sombra pequeña y poco marcada, y los enfermos de tuberculosis se proyectan bajo la forma de una mancha granulosa, más ó menos extensa, según el grado de invasión del órgano. Puédesse por lo tanto descubrir focos tuberculosos no supuestos, en ausencia del diagnóstico previo sobre el animal vivo, por medio de la tuberculina.

Este medio de inspección práctica es de fácil aplicación en los mataderos donde no se sacrifican gran número de reses ó no se puede emplear la tuberculina como diagnóstico.

El uso de la aspirina, por el Dr. Martinet.—Entre los medicamentos modernos que han conquistado un puesto en la clínica, cuéntase la aspirina, que, á no dudar, es el sucedáneo de los salicilatos, siendo mejor tolerado por el organismo. Obra sobre la fiebre y el dolor con mayor seguridad que aquéllos, confirmándose como en todas las cosas mundanas, de que á un medio bueno sucede otro mejor.

En el reumatismo articular agudo la antipirina le destronó en parte al salicilato sódico, y esta á su vez ha perdido terreno con la aspirina como quiera que ésta ha triunfado en los casos de fracaso de aquél.

La boga en que se halla, impone el deber de conocer sus efectos, para estar bien prevenido en su aplicación y sobre todo sobre uno de ellos que puede causar la muerte del enfermo. Su acción sudorífica en los débiles é hiposténicos en particular, puede ser excesiva y dar lugar á lipotimias y síncope mortales.

En su consecuencia, la administración de la aspirina, especialmente en los tipos citados y los febricitantes, debe regularse del modo siguiente:

1.º La dosis inicial no debe pasar de 40 á 50 centigramos, no aumentándola progresivamente más que cuando el enfermo la tolera bien.

2.º Tomarla en una infusión caliente antisudorífica como la de sauce.

3.º Asociarla á un tónico cardíaco como correctivo, tal como la cafeína, á la dosis de 5 á 10 centigramos, según los casos.

4.º Al principio del tratamiento, debe prevenirse á los asistentes y familia de la posibilidad de que aparezcan sudores abundantes que hagan desfallecer al enfermo, á fin de que las primeras dosis de experiencia las tomè en la cama, y tengan preparados una fuerte infusión

de café negro para dárselo y ropa caliente para mudarle la mojada por el sudor.

La fórmula es la siguiente:

Cafeína. 5 á 10 centigramos.

Aspirina. 50 »

Para un sello.

Dense tres ó cuatro en las veinticuatro horas, y tómesese cada vez una taza de infusión de sauce caliente y azucarada.

Los tres primeros sellos deben tomarse en la cama, y el cuarto se hallará á 18° C.

En el caso de desfallecimiento, el enfermo será colocado horizontalmente y con la cabeza más baja que el cuerpo y se le dará la infusión de café negro.

Establecida la tolerancia, se podrán elevar las dosis con arreglo á las necesidades.

DR. IGNOTUS.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 20 de Diciembre de 1907

Preside el Sr. Bolívar

Con la asistencia de los Académicos Sres. Alonso, Saralegui, Areilza, Gil y Gorroño, Entrecanales, Somonte, Otaola Landín y Camiruaga se celebró la sesión quedando aprobada el acta de la anterior.

Sr. Gil y Gorroño.—Presenta á la consideración de la Academia el siguiente caso práctico:

Hombre de 60 años, con buena salud habitual y que hace 30 años, hallándose en América, sufrió un infarto hepático: desde acá ha disfrutado de una salud excelente.

Hace muy poco tiempo sufrió alguna molestia que duró bastante, quejándose de dolores de cabeza que fueron paulatinamente aumentando y orinando en abundancia. En vista de la

persistencia de estos síntomas se analizó la orina encontrándose 52 gramos de azúcar por litro.

Inmediatamente se le prescribió un régimen dietético apropiado, y se le dispuso un medicamento que goza de alguna fama, la *manganesia*, substancia compuesta de permanganato sódico y un preparado arsenical, con cuyo medicamento, parece que se se había obtenido resultados favorables en algún enfermo, y aquí también, pues el último análisis de orina, dió por resultado 0,67 de azúcar por litro. En la actualidad este enfermo hace uso de una alimentación mixta sin trastorno nuevo.

Opina que este individuo padeció una diabetes sin lesión del hígado, páncreas ni órgano alguno, sino debida á una perturbación químico-orgánica, por trastorno del metabolismo nutritivo. Con este motivo se extiende en consideraciones acerca de la patogenia de la diabetes y dice que este enfermo viene á confirmar apreciaciones suyas de antes, de que puede existir diabetes sin lesión orgánica alguna y tan solo por perturbación en el recambio nutritivo.

Sr. Areilza.—Interviene en el debate iniciado acerca de los *traumatismos craneales* y dice que en la actualidad este asunto no es tan sencillo como lo era hasta hace poco tiempo, y entiendo que hay multitud de circunstancias que tienden á modificar las indicaciones y el pronóstico.

Cita dos casos que tienden á demostrar este aserto: uno de ellos, el de un individuo que recibió en riña un golpe en la cabeza, cuyo individuo cayó al suelo, andubo toda la noche, pero que á la mañana siguiente y sufriendo un ligero dolor de cabeza cayó súbitamente al suelo y que, transportado á su casa y visitado por el médico de la localidad, pudo apreciársele una parálisis del lado opuesto al en que recibió el golpe. Este sujeto falleció y en la autopsia pudo encontrársele las meninges completamente sanas, pero existiendo en uno de los hemisferios una hemorragia procedente de la rotura de la arteria del cuerpo estriado.

A pesar de tratarse de un individuo fallecido no mucho tiempo después de un traumatismo recibido en la cabeza, por varias razones que no son del caso, se consideró la hemorragia como independiente de aquel traumatismo.

El otro caso, se refiere á un individuo de 60 años de edad que sufrió una caída y que ingresó en el Hospital para tratarse unas lesiones sufridas en las piernas, prescindiendo en absoluto del golpe que por la caída había recibido en la cabeza. Al día siguiente, se vió acometido de una parálisis; se le practicó una punción lumbar y se extrajo un líquido sin alteración alguna. Falleció el sujeto en cuestión y en la autopsia no pudo notársele absolutamente nada digno de mención en la cara interna del cráneo, ni externa de las meninges, así como al parecer en la superficie de los hemisferios, pero á los cortes dados en la substancia cerebral, pudo hallarse en el centro oval un foco hemorrágico, del tamaño de un huevo de gallina, ya coagulado y en vías de reblandecimiento.

Se extiende en consideraciones acerca de esta clase de hemorragias, distantes del foco traumático y en las que el cuerpo vulnerante no ha ejercido acción directa sobre la arteria herida, y manifiesta que así como puede existir una hemorragia traumática, por rotura de la arteria meníngea media, existen otras producidas por lesión, indirectas también, de las venas, como ocurre en la paquimeningitis hemorrágica.

Hace resaltar la importancia de lo que se ha denominado apoplegías traumáticas tardías, cuyo proceso histórico describe y relata algunos casos de Bollinger y Estadelman, que son los que primeramente estudiaron esta afección y dice que, según el primero, la relación de causa á efecto es bien clara.

Dice que las apoplegías traumáticas tardías, son lesiones hemorrágicas cerebrales que suelen presentarse en algunos individuos que han sufrido un traumatismo craneal, aun de fecha antigua: en algunos, de cerca de un año. Las interpretaciones acerca del mecanismo de este proceso, son numerosas, pero ninguna satisface. Todas las teorías que tratan de explicarlo, son hipotéticas y ninguna de ellas está á cubierto de objeciones. El hecho cierto y seguro es que, un traumatismo grande ó pequeño puede ser capaz de producir una apoplegía traumática tardía, y cita algunos casos demostrativos.

Hace incapié en la importancia que tiene este asunto, no solo en lo que atañe á los efectos médico-legales, sino en lo que concierne á la ley de Accidentes del Trabajo.

La cuestión del diagnóstico es muy difícil, pues no existe más que un encadenamiento de síntomas que comienzan con el teautatismo, y que, todo lo más, nos harán prever las consecuencias.

Respecto del tratamiento es muy difícil trazar líneas generales, pues únicamente se podrá intervenir con resultado cuando se haga un diagnóstico topográfico exacto. Por lo demás, cree que el cirujano puede hallarse autorizado para intervenir en todo caso, tratando de buscar el foco hemorrágico.

Sr. Landín.—Se felicita porque el caso presentado por él, ha dado lugar á que interviniera en el debate, cirujano tan prestigioso como el Sr. Areilza.

Abunda en las mismas opiniones de este señor y opina que el diagnóstico de la apoplejía tardía es muy difícil, como lo es así mismo el tratamiento.

Sesión celebrada el día 10 de Enero de 1908

Bajo la presidencia del Sr. Bolívar y con asistencia de los Sres. Carrasco, Gil y Gorroño, Saralegui, Esparza, Unibaso, Landín, Camiruaga, Somonte, y Otaola, se celebró la sesión, quedando aprobada el acta de la anterior.

Sr. Mendaza.—Hace uso de la palabra para someter á la consideración de la Academia el siguiente caso práctico, que se refiere á una embriotomía.

Trátase de una mujer de cerca de 40 años de edad, múltipara, embarazada á término y cuyo embarazo anterior data de 14 años.

Hace próximamente un mes y con ocasión de un abundante flujo acuoso, pero sin dolor alguno, hubo de reclamar el auxilio de un practicante autorizado para asistir á partos, cuyo individuo se limitó á recomendarla la permanencia en cama, de la cual, y habiendo cesado la salida del líquido, se levantó pocos días después. Unos quince días más tarde y á causa de una hemorragia genital, volvió á llamar á aquel mismo practicante, que como la vez anterior la aconsejó el reposo en cama.

Quince días después se presentó el parto con intensos dolores y al cabo de unas seis horas de iniciado aquél, notó que por la abertura vulvar salía la mano izquierda del feto. Justamente alarmado recabó la ayuda de un médico y personado junto á la enferma el Dr. Lizárraga, verificó un reconocimiento detenido de la misma, observando que existía una presentación transversal del feto, dorso posterior, cabeza situada á la izquierda y prociencia del brazo izquierdo con un encajamiento tan completo del mismo, que cuantas tentativas practicó para realizar la versión, fueron completamente infructuosas.

Como el estado de la individuo era alarmante, reclamó el Sr. Lizárraga el concurso mío, y una vez reconocida y averiguada la temperatura, que era de 38° grados, intenté varias veces practicar la versión, procurando alcanzar el pie bueno, que en este caso era el derecho, ó cualquier otra extremidad abdominal del feto con resultado igualmente negativo: así mismo pudimos comprobar que el feto se hallaba muerto, pues aparte de la absoluta cesación de los latidos cardíacos que no fué posible encontrar, á pesar de tratar de auscultar el corazón varias veces, notamos que la piel del brazo se desprendía macerada en algunos puntos. La matriz por su parte se hallaba por completo retraída y como tetanizada.

En vista de las circunstancias que concurrían en el caso en cuestión, hubimos de decidarnos á solicitar el concurso de nuestro compañero el Dr. Gil é Ibarzüengoitia, quien persuadido de que, no solo era de absoluta é imprescindible necesidad la extracción del feto, sino de que por lo demás era imposible y quizás peligroso para la madre, verificar la versión, se decidió practicar la embriotomía.

En efecto, colocada la enferma en posición gineológica sobre una mesa recubierta de mantas, un hule y una sábana, con las piernas flexionadas sobre el abdomen fué cloroformizada, é inmediatamente se colocaron en la vagina dos valvas de Doyen que, dejando espacio suficiente, protegieron las partes blandas.

La mano izquierda del operador logró alcanzar muy arriba, en el estrecho superior, el cuello del feto y se logró deslizar por entre los dedos el gancho de Braun, mediante el cual y á benefi-

cia de algunos movimientos de báscula se consiguió desarticular las vértebras cervicales y luego, mediante unas tijeras a propósito seccionar las partes blandas, separando la cabeza del resto del cuerpo. En esta forma fué ya fácil desprender el cuerpo del feto, tirando del brazo y luego, cogiendo el cuello de la criatura que asomaba por el orificio uterino con unas pinzas de garfio, se logró extraer la cabeza, que ya previamente se había vaciado de su contenido.

Se lavó cuidadosamente la matriz á beneficio de una solución antiséptica; se practicó una inyección subcutánea de ergotina á fin de prevenir la hemorragia y las consecuencias ulteriores no pudieron ser mejores, pues descendió la fiebre que no volvió á reaparecer durante el puerperio y no quedó en el aparato genital huella alguna de la intervención que se había practicado.

El objeto de presentar este caso á la Academia, no es otro que el de suplicar á los Sres. Académicos se sirvan manifestar si cabía otro tratamiento que el expuesto.

Sr. Unibaso.—Pregunta al Sr. Mendaza si se pesó el feto, á lo que el Sr. Mendaza contesta que no, así como que tampoco se averiguaron los diámetros maternos.

No obstante esto, expuso la idea de que el tratamiento puesto en práctica por los señores que intervinieron en el caso en cuestión, era el más indicado, toda vez que la vida de la madre se hallaba en peligro y urgía extraer el feto: no pudiéndolo hacer por la versión y aun ésta pudiera acarrear perjuicios á la madre, no quedaba más procedimiento que la embriotomía, que en este caso resolvió de plano el asunto y sin consecuencias graves ulteriores.

Tratándose de feto muerto, le parece este el mejor modo de proceder; en feto vivo no lo recomendaría, pues según su opinión existen procedimientos de otra índole que pueden conseguir el objeto que se propone el tocólogo.

Sr. Garrasco.—Abunda en las mismas opiniones del señor Unibaso: la embriotomía descrita por el Sr. Mendaza, es la clásica y que no se discute. Con feto muerto la indicación es salvar á la madre extrayendo el feto en la forma que se pueda.

Tampoco es partidario de la embriotomía en feto vivo y

entiende que se deben extremar los procedimientos para extraerlo vivo y hacerlo sin riesgo para la madre.

Sr. Mendaza.—Da las gracias á los Señores que han intervenido en la discusión y dice, que la embriotomía en feto vivo podrá ser y seguramente lo es objeto de discusión. La embriotomía en feto muerto se practica en los casos en que se halla indicada como es el que ha relatado.

Sr. Landín.—Continuando en la discusión del caso por él presentado de *Traumatismo craneal*, dice que ningún autor ha logrado demostrar la relación que parece existir entre el traumatismo y la apoplejía cerebral traumática tardía. Lo que hay es que todos los individuos observados tienen una tara de arterio-esclerosis, ó son sífilíticos ó alcohólicos ó de cierta edad, y esto ya puede ser una causa explicativa del fenómeno.

Por lo demás, existe una diferencia esencial en el cuadro clínico de la hemorragia cerebral interna, y de la de la superficie. En la interna, los síntomas son rápidos, cuando sobrevienen á raíz del traumatismo aun con hemorragia muy ligera: en la superficial, la hemorragia tiene que ser grande y comienza con un período de excitación para caer luego el enfermo en el coma. Por tanto el diagnóstico puede establecerse muy bien y buscar la solución del problema, como en el caso presentado por él, en el que se trataba de una hemorragia de la superficie cerebral.

Sr. Gil y Gorroño —Describe un caso de traumatismo craneal en el que no hubo hemorragia cerebral, y que sin embargo fué causa de que el individuo sucumbiera algunos días después del accidente á pesar de una trepanación que se le hizo.

Se trataba de un sujeto que recibió un golpe en la frente con un trozo de ladrillo; individuo que andubo desde el lugar de la ocurrencia hasta su casa, que fué visto por el Sr. Gil algún tiempo después, y al que le apreció una herida cutánea, de cuyos bordes extrajo un pedazo de ladrillo, y que además presentaba una fractura del frontal.

Este individuo se dedicó á sus habituales ocupaciones durante tres días, con un estado de aparente buena salud, presentándose al cabo de aquel tiempo un coma que fué progresivamente aumentando y que dió lugar á que se practicara una trepanación, consiguiendo extraer algún trozo del frontal hundido

con lo cual se obtuvo una ligera mejoría, á pesar de que falleció á los ocho días del accidente. Hecha la autopsia, se hallaron las meninges fuertemente inyectadas y se encontró alguna cantidad de pus espeso diseminado por parte de la superficie cerebral.

Pregunta cuál es la conducta de los cirujanos en casos como el relatado, cuando no existe hemorragia y cuando, como es consiguiente, no puede extraerse coágulo alguno.

Por lo demás, dice que el asunto de la apoplejía cerebral traumática y tardía, es muy importante, especialmente por lo que se refiere á la cuestión de los Accidentes del Trabajo.

Sr. Carrasco.—Ningún asunto existe tan debatido, tan estudiado ni que menos dilucidado esté, que el de la cuestión de los traumatismos craneales. Este estudio es ya muy antiguo y ocurre que á él se le achacan infinidad de procesos cerebrales con los cuales no tiene nada que ver. Ocurre con esto, lo que con el frío en patología: al frío se le ha culpado de multitud de dolencias y ¿quién es el que no haya recibido algún golpe en la cabeza?

Los accidentes cerebrales de origen traumático se han dividido en 1.º, accidentes inmediatos; 2.º, accidentes consecutivos, y 3.º, accidentes tardíos. Los primeros ocurren en el momento del suceso; los segundos, desde varios días á un mes, y los terceros, hasta uno ó dos años después.

No cabe duda alguna en lo que atañe á los accidentes inmediatos y aun de los accidentes consecutivos, pero la discusión se establece respecto á los accidentes tardíos: tratar de buscar una relación de causa á efecto entre un traumatismo craneal y un accidente tardío, siempre es difícil y en ocasiones imposible.

En lo que concierne á la cuestión de los Accidentes del Trabajo, dice que la cuestión es importantísima y él se vería muy perplejo para dilucidar si un trastorno cerebral tardío, era ó no debido á un traumatismo anterior. Entre estos accidentes, existen además de la apoplejía traumática tardía, la epilepsia, la demencia, los abscesos y opina que la hemorragia tardía en un individuo de edad, sifilítico, alcohólico ó arterio-escleroso, podrá ser debida á un traumatismo, pero ninguna de las cabe que podrá

reconocer por causa, cualquiera de aquellas alteraciones morbosas.

El caso presentado por el Sr. Landín es claro; hizo bien en trepanar y esta operación, bastante sencilla en la actualidad, debe practicarse siempre que se piense en una lesión cerebral.

El caso del Sr. Gil es distinto, la pérdida de conocimiento no fué tan inmediata, había una herida infectada, sobrevino una meningitis supurada y una incisión en las meninges, quizás hubiera logrado una descompresión cerebral. Esta indicación y este tratamiento se efectúa cuando faltan los latidos cerebrales. Actualmente tiene en su clínica un enfermo con una herida y fractura en el cráneo: no latía el cerebro pero levantados los fragmentos del hueso, los latidos reaparecieron.

El Secretario General,

C. MENDEZA.

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Sesión celebrada el día 12 de Diciembre de 1907

Bajo la presidencia del Sr. Rivero y asistiendo los Sres. Más y Más, Orive, Goñi, Sastre y Madaleno, se lee el acta de la sesión anterior, siendo aprobada.

Se da cuenta de la entrada en el Colegio de Farmacéuticos del señor D. Ricardo Angulo, establecido en Gordejuela, y es admitido.

Se da cuenta de una comunicación de los Subdelegados de Madrid, contestando á la que se les envió de este Colegio, la cual después de extenderse en las consideraciones de emprender una enérgica campaña en contra del intrusismo, dice está ya aprobado, y sólo falta ponga su visto bueno el señor gobernador, el que los Subdelegados puedan disponer de los guardias de seguridad, en las visitas á droguerías, herboristerías, etc., y la imposición de 500 pésetas de multa si no dejan de expender lo que es privativo de las Farmacias.

Además están en estudio revisión de especialidades, remedios secretos, etc., y en cuanto se vuelvan á reunir los Subdelegados, comunicarán sus acuerdos.

Se da cuenta de una denuncia formulada por el Sr. Garramiola, de Ondárroa, contra el Sr. Onaindia, del mismo pueblo, sobre distinciones que este último hace á los adeptos de la Cofradía de pescadores, y se acordó pasar al Sr. Garramiola la siguiente comunicación:

«Sr. D. José Antonio Garramiola.—Leída y discutida en la sesión de la Junta Directiva de este Colegio, que se celebró en el día de ayer, la comunicación que se sirvió pasar á esta Secretaría con fecha 9 del corriente, esta Junta estima que careciendo de fundamento la denuncia no toma ningún acuerdo respecto á ella.

Lo que comunico á V. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde á V. muchos años.»

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

El Secretario.

MADALENO.

Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.—Delegación de Valmaseda.

José Alonso de Celada, farmacéutico establecido en la villa de Valmaseda y Secretario de la última Junta directiva de la Delegación del distrito de Valmaseda, del antiguo Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, certifica:

Que con fecha 10 del mes de Septiembre último, se remitió á todos los farmacéuticos pertenecientes al distrito de Valmaseda, la siguiente convocatoria:

«Por acuerdo de la última Junta directiva de la Delegación del distrito de Valmaseda, del antiguo Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, se cita á usted á junta para el día 13, viernes, á las cuatro de la tarde, en el local del Colegio, con el fin de liquidar cuentas y acordar el empleo que se ha de dar á un pe- queño sobrante que existe.—Por la Junta directiva, firmado: Ce- lada.»

El día 13 no se reunió número suficiente de farmacéuticos del distrito para celebrar sesión, para que sus acuerdos fueran

válidos; pero los que nos reunimos acordamos por unanimidad que el sobrante metálico existente en la Caja de la Delegación, se destinase á aumentar los fondos de la Caja de Socorros del cuerpo de Farmacéuticos titulares de España. Conforme á este acuerdo, que se supuso con fundamento sería aceptado por los demás compañeros del distrito, y con objeto, por otra parte, de no causar á los compañeros las molestias consiguientes de los viajes, á más de los gastos ineludibles en ellos, remití con fecha 15 del mismo Septiembre, la siguiente circular:

«No habiéndose celebrado el día 13 la junta para la que fué usted citado, y siendo el objeto principal de la misma acordar la inversión que se había de dar á un pequeño sobrante metálico existente en la Caja de la Delegación del distrito, se convino por varios colegiados asistentes, destinar ese sobrante á la Caja de Socorros del cuerpo de Farmacéuticos titulares; sírvase usted dar su opinión y voto, advirtiéndole que de no recibir su contestación para el 20 del presente, se entenderá que está usted conforme, y se sumará su voto en pro de esta proposición. El Secretario, *Celada*.»

Se recibieron algunas contestaciones en que los compañeros dieron su opinión favorable á esta proposición, pero no se recibió ninguna en que se mostraran contrarios á ella, por lo que la Junta directiva, interpretando la opinión unánime de los compañeros del distrito, y con el voto de todos ellos, destina el sobrante metálico existente en la Caja de la Delegación de este distrito, á aumentar el fondo fijo de la Caja de Socorros del cuerpo de Farmacéuticos titulares, y ordena al Sr. Tesorero, que deducidos los gastos ocasionados y los que ocasione la operación, consigne en el Banco de España, á favor de la Caja de Socorros de Farmacéuticos titulares, el sobrante que exista en la Caja de la Delegación y recoja el correspondiente resguardo que acredite su inversión.

Distrito de Valmaseda á 24 de Noviembre de 1907.—Visto bueno: El Presidente, *Venancio P. Arrilucea*.—El Secretario, *José Alonso de Celada*.—El Tesorero, *C. Ruiz del Portal*.

Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.—*Delegación de Valmaseda.*—*Tesorería.*

Relación del destino dado á los fondos desde el 1.º de Enero de 1903, al 24 de Noviembre de 1907, en que se disuelve la Caja.

1903—Enero 1.º—Existencia en Caja, Pesetas 97'15.

Gastos hechos:

	Pesetas
1907—Avisos del Sr. Celada para las juntas, correspondencia del mismo con los señores Presidente y Tesorero y entrevista con este último	9'70
1907—Correspondencia del Tesorero con los señores Presidente y Secretario, gastos de remisión de los fondos á la Caja de Socorro, certificado y entrevista con el Secretario.	7
Sobrante remitido á la Caja de Socorro, en virtud del acta de 24 de Noviembre.	80'45
TOTAL.	97'15

El Tesorero, *C. Ruiz del Portal.*

Examinadas las anteriores cuentas, incluso recibo del Sr. Gerente de la Caja de Socorro del Cuerpo de Farmacéuticos titulares de España, expedido con fecha 11 del corriente mes y año, por el cual se acredita haber ingresado el sobrante de pesetas 80'45 en la referida Caja, y encontrándolas de conformidad, las aprobamos y expedimos el presente para resguardo del Tesorero en Bilbao á 31 de Diciembre de 1907.—El Presidente, *Venancio P. Arrilucea.*—El Secretario, *José A. de Celada.*

PROYECTO DE COOPERATIVA FARMACÉUTICA

Dado el grande interés que para la clase farmacéutica despierta, el proyecto de Cooperativa Farmacéutica, que ha presentado el distinguido compañero D. Adolfo Grau Romanaty, en el Concurso Farmacéutico, de la provincia de Gerona, lo insertamos á continuación, para que llegue á conocimiento de todos los farmacéuticos de Viz-

caya y ver si es factible la implantación de tan laudable reforma entre nuestros colegiados.

«He aquí un tema de extraordinario interés y transcendencia para todo farmacéutico, lo mismo en cuanto le afecta individual que colectivamente en sus relaciones profesionales.

Siempre para una clase, para un gremio, ha sido la cooperación elemento de vida, si bien sólo en los tiempos que relativamente llamamos modernos haya hecho prosélitos su establecimiento y difusión. Este desarrollo tardío es debido á falta de oportunidad, ó en términos más precisos, á no haberse sentido antes la necesidad de su existencia, que es lo que determina siempre la creación de instituciones colectivas.

La evolución depresiva que ha experimentado el ejercicio de la farmacia en el decurso de poco más de medio siglo es asombroso, pasando desde el austero sacerdocio á la relajación más inícu y denigrante.

Ya se ha dicho y escrito en todos los tonos y en variedad de estilos cuanto puede decirse, ponderando el desbarajuste que impera y la ruina que nos amenaza.

Se han propuesto y preconizado, por profesionales de buen temple y alma grande, infinidad de medios, unos para detener, otros para remediar el mal que nos corroe; pero como si la enfermedad fuese mortal de necesidad todos caen desacreditados, y, sin cesar, avanza la desorganización de la clase farmacéutica.

¿A qué debe atribuirse la ineficacia de los procedimientos ensayados para evitar tanta desmoralización profesional, y que se malogren constantemente los esfuerzos dirigidos á rehabilitar nuestros prestigios? Tema es este digno de estudio, y por su amplitud merece dedicarle un tratado, y no las breves consideraciones que permite un preámbulo como este.

Por esto, y porque tampoco nos consideramos con autoridad ni méritos para tamaña empresa, limitaremos nuestro propósito á reconocer, por la situación crítica en que convivimos, la oportunidad de establecer cooperativas farmacéuticas; primero, como medio de obligar á asociarnos y evitar en parte el mal que ocasiona el aislamiento é individualismo que impera; y luego, y aparte la influencia moralizadora que ejerce en costumbres y procedimientos toda asociación bien organizada, como medio de aumentar los ingresos y economizar

gastos á todo farmacéutico laborioso y amante de su profesión, lo que no sólo habrá de proporcionarle mejor pasar, si que también á su vez moraliza en sumo grado.

Que la ocasión es oportuna para la implantación de cooperativas profesionales, y más que oportuna, necesaria, y que esta necesidad es generalmente sentida y reconocida, dicenlo la frecuencia con que, de algún tiempo, este asunto es llevado y traído de las revistas á las asambleas, y de las academias á los concursos.

Así, pues, no es de extrañar que organizando el Colegio oficial de farmacéuticos de Gerona un concurso profesional, no se olvidara de rendir tributo á uno de sus puertos de refugio, y á tal objeto concediera tres premios á otras tantas memorias; uno de ellos á la que mejor proyecte una Cooperativa Farmacéutica.

Bien merecido se tiene por este sólo concepto un aplauso el Colegio de Gerona, y por nuestra parte se lo enviamos muy espontáneo y sincero; y al depositar en estas cuartillas nuestro pensamiento cooperativo, lo hacemos sin presunción alguna, con el único propósito de secundar del mejor modo que sepamos las iniciativas de ese Colegio, y corresponder á sus invitaciones con un trabajo que no ha de resultar completo ni meritorio como se merece, pero que deseamos sirva cuando menos para llevar á todos los comprofesores que nos concedan la atención y el favor de enterarse de él, un cortés y efusivo saludo de compañerismo.

La cooperación debe fundamentarse en el capital ó en el trabajo, ó en ambas cosas á la vez.

Una cooperativa que sea aplicable prácticamente al Colegio de Farmacéuticos de Gerona, ó á muchos otros de su categoría, ó á donde no haya una ó varias personas que aporten un capital que haga frente á todas las necesidades y permita desarrollarla espléndidamente desde el primer impulso, es necesario desplegarla por etapas, tomando como base de ella el trabajo.

Este procedimiento resultará paulatino y escalonado, y no permitirá ver desde su principio una obra grande por su magnitud, pero en cambio dará estabilidad á la institución, y la grandiosidad de la obra resultará por el efecto moral que produzca á quienes la secunden, y aun á quienes deberían secundarla. Y al agrandarse más y más, por la bondad de sus principios y su virtualidad, alcanzará doble preponderancia, pues, al lado de su valor intrínseco ó capital acumulado

por los rendimientos del trabajo, se levantará su crédito y prestigio, protegidos por la inteligencia que los guíe, por la honrada é inflexible administración que los desarrolle, y por la perseverancia serena é incansable que les asegure una existencia indefinida.

Vamos, pues, en este proyecto á colocarnos en la realidad del momento presente, y á suponer que la desconfianza, ó mejor el exep-ticismo, imposibilita constituir un capital, y es necesario crear la Cooperativa sin él, ó como si dijéramos formarlo de la nada, ó á lo más de algo que actualmente no le damos ningún valor.

En el supuesto, muy verosímil que ya hemos apuntado, de que entre los Farmacéuticos de una provincia, sean escasísimos los que estén dispuestos á aportar dinero para un fin colectivo que se considera inseguro, que los habrá muy pocos que desde el primer momento se decidan á producir para una Cooperativa; y que no abundaran los que se atrevan á utilizarla para el consumo de sus farmacias; consideraremos constituida la novel cooperativa en su primer periodo, con un *capital* de 300 pesetas—para asegurar el pago de la contribución—y un reglamento rudimentario, para legalizar y justificar su existencia en la Administración económica y en el Gobierno Civil de la provincia, de tres farmacéuticos decididos á preparar tres productos cada uno, y de nueve comprofesores más que por amistad, ó por lo que sea, se atrevan á consumir lo que aquellos tres preparen y se reunan así doce consumidores.

Supongamos además que los nueve productos base de esta minúscula cooperativa sean los siguientes, elegidos al azar entre los monofármacos, polifármacos y especies químicas.

Agua de azahar—Licor de brea—Iodoformo
—Ergotina Bonjean—Vino iodo-tánico fosfatado—Benzoato sódico—
Extracto fluido—Nuez de kola—Magnesia efervescente—
Oxido magnésico.

Véase en el cuadro (1) inserto á continuación, hecho un cálculo aproximado, pero perfectamente verídico, del precio de coste ó de obtención de estos productos, antes alto que bajo; tanto por ciento de beneficio para el laboratorio ó preparador y para la Cooperativa; precio de venta fijado por la Cooperativa á los Farmacéuticos consumidores, ó sea, suma de los tres valores anteriores; precio corriente en los comercios, como punto de comparación; venta probable al año de los productos relacionados; beneficio probable al año para los preparadores y para la Cooperativa.

Supongamos al propio tiempo, que los tres Farmacéuticos preparadores se han distribuido la producción de los indicados medicamentos según los grupos que figuran en el otro cuadro (2) que sigue, en el que se indica el gasto de producción y beneficios parciales de cada producto y totales de los mismos que reportarían al año sus preparadores.

Cuadro (1) PRODUCTOS	Precio de conte 1 kilo		Beneficio tanto p %		Precio de venta		Producción y con- sumo al año. Kilos.	Beneficio pro- bable al año	
	Ps. Cs	Ps. Cs	Labo- ratorio	Coope- rativa	Coope- rativa	Co- mercio		para el pro- ductor	para la Coope- rativa
			Ps. Cs	Ps. Cs	Ps. Cs	Ps. Cs		Ps. Cs	Ps. Cs
Agua de azahar 1. ^a	82	13	10	1 05	1 25	600	78	50	
Id. 2. ^a	63	12	10	85	75	600	72	50	
Ergotina Bongean	38	7 60	3 80	49 40	60	11	76	38	
Ext. ^o fluido Nuez de kola	7 15	1 60	85	9 60	11	12	19	10	
Licor brea destilado	55	20	15	90	75	70	14	10	
Id. sin destilar ...	15	15	15	45	1 25	80	12	12	
Vino iodotan. fosfatado .	2 12	30	23	2 85	3 50	400	200	92	
Magnesia efervte. corrite .	1 80	35	20	2 35	2 50	300	105	60	
Id extra.	2 34	45	26	3 05	4	300	135	78	
Iodoformo	36 50	3 65	1 85	42	44	12	44	22 20	
Benzoato sódico artificial.	6 50	1	60	8 10	9	48	48	28 60	
Id. id. benjui.	8 60	1	60	10 20	11	12	12	7 20	
Óxido magnésico	2	1	75	3 75	5	60	60	45	
							875	503 00	

Cuadro (2)	PRODUCTOS	Coste de producción	Beneficio anual
1er Grupo	Vino iodo-tánico fosfatado. .	852	200
	Iodoformo	438	44
	Oxido magnésico	120	60
		1 410	304
2º. Grupo	Magnesia efervescente	1 242	240
	Extracto fluido kola	85	19
	Licor de brea	50	26
		1 377	285
3er Grupo	Agua de Azahar	870	150
	Ergotina Bonjean	380	76
	Benzoato sódico	415	69
		1 665	286

De los cuadros anteriores se deducen varias consideraciones, a saber:

Que con solo 9 productos consumidos por 12 Farmacéuticos, la

Cooperativa puede obtener el primer año unas 500 pesetas de beneficio.

Que para dichos productos está calculado su precio de coste preparándolos con buenos materiales y en las debidas proporciones; por tanto no pueden desmerecer de los mejores del comercio, por el contrario, han de superar en calidad á la mayoría de ellos.

Que el precio á que se adquirirían sería siempre más bajo que en el comercio, y algunos productos con gran beneficio con relación á su calidad. De modo que consumiríamos medicamentos superiores á precios limitados.

Que cada uno de los Farmacéuticos preparadores obtendría un beneficio de 250 á 300 pesetas en dicho primer año, con desembolsar una cantidad que oscilaría entre el doble y el triple de este beneficio, porque transcurridos tres meses ó medio año, volvería á utilizarse del mismo capital. De manera que el beneficio no dejaría de importar un interés anual de un 35 á un 50 %, sin riesgo ó con un riesgo muy remoto para la cantidad desembolsada.

Hemos supuesto que el beneficio para la Cooperativa era íntegro; no obstante no sería así. Hay tres gastos principales á que atender; la contribución, el alquiler de local y el personal para manipulaciones y administración. De estos tres gastos el primero es ineludible, los otros dos quedarían, en el plazo preliminar de esta primera etapa, á cargo de los Farmacéuticos preparadores para sus respectivos productos, pues no representarían para ellos ni exceso de trabajo ni merma sensible en sus beneficios.

Transcurrido el primer año y confirmados los augurios apuntados, no sería difícil hallar nuevos preparados, con nueva serie de productos, así como más Farmacéuticos, que con menos amistad que los primeros, se asociarían para el consumo. Y como consecuencia se obtendrían nuevos y más abundantes beneficios para los preparadores, para la Cooperativa y para los mismos consumidores.

Pero en este segundo año es posible que resulte difícil prescindir de local y personal para manipulaciones, asunto que contando con mayores beneficios, podría resolverse con relativa economía, encargándose al propio tiempo un asociado de la parte administrativa y otro de la depositaria.

Esta pequeña ampliación permitiría admitir, además de nuevos productos de laboratorio, especies farmacológicas naturales que obtu-

vieran los asociados, así como, en depósito, cuantos artículos tuvieran aplicación en nuestras farmacias y no formaran parte de los compromisos estipulados entre productores y consumidores.

En el supuesto de que llegaren á asociarse, no ya 12 sino 50 ó más farmacéuticos, de éstos, 10 por lo menos que preparen 3 ó más productos cada uno, con mas la venta de especies farmacológicas y de artículos en depósito, puede calcularse que ingresarían en la Cooperativa para sus atenciones de 3.000 á 4.000 pesetas anuales, cuyas cantidades, satisfechas las atenciones indispensables, en el transcurso de 6 ú 8 años constituirían un capital de 20.000 á 25.000 pesetas, que podría servir de base para una nueva etapa en la que podría extenderse el campo de operaciones de la Cooperativa.

Las consideraciones apuntadas son suficientes para que podamos ya desarrollar el compendio de reglamento á que nos hemos referido, con extensión y concepto bastante generalizados, para ser aplicado á una cooperativa farmacéutica, lo mismo en un plazo preliminar ó de ensayo, que en el de mayor desarrollo que puede obtener en su primer periodo, ó de constitución de capital basado en el trabajo.

En este reglamento procuramos dar personalidad á la Cooperativa fundamentándola en el doble concepto de la producción y del consumo, á la par y sucesivamente desarrollados, para mayor estabilidad de su propia existencia; para con ella proporcionar á los asociados consumidores la adquisición de medicamentos en condiciones ventajosas de bondad y precio, á los productores la venta de sus productos sin riesgo para sus desembolsos, y á la colectividad la formación de un capital que á la vez sea lazo de unión y muro de defensa para las relaciones é intereses profesionales.

Para que estas circunstancias resulten perfectamente atendidas y respetados por igual los derechos y beneficios de unos y otros, debe darse á la Cooperativa el carácter de sindicato, ó asociación para el mútuo apoyo y defensa colectiva de estos intereses facultativos y profesionales tan repetidamente citados, que parecen no ser nuestros ni interesarnos dado lo mal que cuidamos sus prestigios y prosperidad.

Proponemos, pues, enunciarla de este modo.

(Se continuará.)

BIBLIOGRAFÍA

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las Vías Urinarias. Lecciones elementales, por Alberto Suárez de Mendoza, Profesor de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.— Con este título publica el Dr. Suárez Mendoza un hermoso libro donde expone todos los actuales conocimientos sobre las enfermedades urinarias.

El Dr. Suárez Mendoza, sobradamente conocido en el mundo médico: su vasta ilustración, ingenio y los conocimientos adquiridos tras largos años de estudio y práctica de la especialidad, han sido méritos más que suficientes para que en 1902 se le distinguiese con el honroso cargo de Profesor de enfermedades de las vías urinarias de la Facultad de Medicina de Madrid.

Para los que no le conocemos personalmente ni hemos tenido el placer de escuchar sus explicaciones, nos basta con leer su libro para formarnos idea exacta de lo que es su cátedra y de lo mucho que vale como maestro.

Es el libro del Profesor Suárez Mendoza *ligero*, con literatura fácil y sencilla, que se acomoda perfectamente á las aficiones del estudiante. Nada de historias, ni pesadas definiciones, ni embrolladas teorías que sobrecargan la memoria del alumno.

Divide el Profesor Suárez de Mendoza su tratado en cinco partes, y un apéndice: La primera parte la dedica á la gran sintomatología y exploración urinaria.

Estudia en esta primera parte la polaquiuria, micción rara, retención de orina, la micción lenta retardada y dolorosa de los enfermos del aparato urinario, distinguiéndolos de aquellos otros enfermos que presentando parecidos síntomas, no encajan dentro del cuadro urinario; son esta clase de enfermos, neurasténicos, histéricos, epilépticos, dispépticos, con lesiones cerebro espinales, á quienes Guyón llama *falsos enfermos de las vías urinarias*; inculca al discípulo que antes de pasar al examen físico en la apreciación del síntoma, tenga en cuenta la edad del enfermo, la aparición nocturna ó diurna del síntoma en cuestión,

pues esto por sí solo bastaría algunas veces para formar un diagnóstico de certeza probable que más tarde sería confirmado por el examen instrumental. En la incontinencia recuerda á Thomson y Guyón; incontinencia en los adultos, significa continencia, retención y la vejiga incontinente retiene casi siempre gran cantidad de orina, tales son las incontinencias de los prostáticos en las prostatitis en las estrecheces que puede comprobarse fácilmente con el tacto rectal: propone llamar para lo sucesivo, micción por desbordamiento, separando también de este grupo la micción imperiosa: hay incontinentes en los que la incontinencia es producida mecánicamente, dilatación uretral ó bien que un cuculo se encaje en el cuello de la vejiga y la oclusión vexical sea imperfecta y hay otras por destrucción; tales son las ulceraciones tuberculosas del cuello de la vejiga.

En la incontinencia de los niños, nocturna ó diurna, fórmula para éstos un pronóstico más serio que para los primeros; estudia la etiología y en la patogenia pasa en revista las diferentes teorías que se han ido sucediendo con el tiempo y que han durado más ó menos, según era mayor ó menor la autoridad y prestigio del que las emitió; estudia el tratamiento desde la belladona, corrientes eléctricas, etc., hasta el actual método de inyecciones epidurales del Dr. Cathelin; se muestra muy partidario de ellas, habiendo obtenido éxitos en casos donde tratamientos anteriores fracasaron.

En la anuria, oliguria y poliuria hay consideraciones de verdadera importancia; la anuria es rara en las enfermedades de las vías urinarias; está casi siempre relacionada con la litiasis renal, ya sea cuando los riñones estén enfermos, ya sanos, con buen funcionamiento, en cuyos casos hay que atribuirlo á un reflejo inhibitorio como lo demuestran las observaciones de Israel Albarron y Suárez de Mendoza. Como tratamiento, es partidario del quirúrgico, siempre y cuando no se resuelva en sentido favorable antes de los tres días: más allá la espectación es culpable. La oliguria en los enfermos urinarios asépticos es un síntoma grave y su persistencia anuncia un próximo y funesto desenlace; también tiene una mala significación la disminución de orina en los poliúricos habituales y apiréticos. Más frecuente que los anteriores es la poliuria, pero en los urodó

patas, nunca llega á cantidades exageradas, así más se caracteriza por la disminución de la densidad y la manera de presentarse de los otros poliúricos. La orina de los poliúricos que sale turbia es purulenta, tórnese ó no transparente por el reposo; en este último caso, el pronóstico es más grave que en el primero.

Pinria. Estudia las diferentes orinas purulentas, desde la orina con ligero filamento hasta las orinas francamente purulentas de los pionesfrosis, enseña á distinguir de la orina lechosa á la emisión y al enfriamiento del escaso valor del encorema que se precipita por el reactivo de Mehu.

Dedica un importante capítulo á las hematurias, con la interpretación de hematuria inicial, total y final; la distingue de la hemoglobinuria (espectroscopio y microscopio).

En los preliminares del examen físico habla detalladamente de la asepsia y antisepsia en vías urinarias; describe algunos aparatos para lavados, jeringas, irrigadores, estufas de esterilización, de sondas Abarron Janet, el tubo de Desnos y su aparato termo-formogeno, sumamente ingenioso y que esteriliza perfectamente las sondas en diez minutos.

En la exploración uretral detalla el cateterismo con los diferentes instrumentos exploradores y da las reglas generales para el mismo; incluye excelentes grabados uretroscópicos; describe algunos y en particular el de Valentein, modificado por el Dr. Luys, que es del que hace empleo el Dr. Suárez de Mendoza.

En la exploración de la vejiga se ocupa en especial de la palpación y tacto rectal y de la exploración instrumental, describiendo el *modus faciendi* de una exploración metálica.

Consagra una bonita lección á la cistoscopia, con rápida historia desde su aparición con Bozzini hasta la época actual, en que las modificaciones casi tocan á su fin; recomienda el autor los citoscopios de Nitze y Cutezbock; describe el examen citoscópico y sus leyes, llamando la atención en la interpretación sobre figuras, que es fácil relativamente, si se tiene en cuenta la ley de *simetría* en espejos y la de desviación en espejos planos inclinados; ejemplos ilustrados con grabados, hacen más asequible la comprensión de las citadas leyes.

Intercala en este capítulo ocho hermosas láminas, coloreadas con figuras cistoscópicas.

En la exploración reúne estudios los diferentes métodos manuales Glenard, Guyon é Israel, los puntos dolorosos ureterales; da escasa importancia á la punción, bastante más á la fomenoscopia y radiografía; con las exploraciones funcional azul de metileno de Achard y Cartagne glicosuria, (Casper y Richter) eliminación del indigo Voelcker y Josepp y poliuria experimental de Albarran, termina este importante capítulo.

Trata en el siguiente del cateterismo ureteral con los cistoscopios de Nitze, Casper Albarran y con el de visión directa de Luys; de la técnica del cateterismo de sus indicaciones y contraindicaciones.

En la separación endovexical describe los separadores de Luys y Cathelin, da noticias sobre los de Boddaert y Faboulay y aconseja que para la mujer se emplee el de Luys y para el hombre el de Cathelin.

Con un estudio concienzudo de la erecoscopia melisis químico-bacteriológico de las orinas y reglas generales sobre la intervención quirúrgica referentes al medio anestésico (donde describe un aparato de anestesia que le es personal) y técnica, termina la primera parte de su obra.

(Continuará).

Estudio químico-farmacéutico de los medicamentos á base de plata, por el Dr. J. Fernández Casadevante.—

Memoria premiada por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, en el Concurso de 1907; es una monografía muy completa y detallada de todos los compuestos de plata, de los que describe 22 diferentes. Describe cada especie química detalladamente, determinando su fórmula, propiedades físicas y químicas y aplicaciones terapéuticas, así como las formas farmacéuticas que pueden emplearse.

Es un trabajo muy completo y muy interesante por el que felicitamos á su autor.

Las manchas de sangre y manera de reconocerlas, por el Dr. D. Pedro Gerona y Trius.—Memoria laureada

por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, en el Concurso de 1904.

Es un completo estudio de tan interesante asunto, bien expuesto y desarrollado muy científicamente, al que ha puesto un bien escrito prólogo el laborioso Farmacéutico D. N. Durán Desmorla. Ambos trabajos han sido publicados por la «Gaceta Farmacéutica Española» y agradecemos sinceramente su envío.

II Congreso Internacional de las «gotas de leche» (protección á la infancia en la primera edad), por el Dr. Jesús Sarabia y Pardo.—Hemos recibido tres cuadernos de tan interesante asunto de palpitante actualidad y cuya lectura recomendamos á nuestros lectores.

SECCION PROFESIONAL

Llamamos la atención de nuestros lectores sobre el anuncio de las *Tabletas de Antikamnia*, inserto en la sección correspondiente, y les rogamos que al hacer sus pedidos se sirvan mencionar nuestra publicación.

Dicho producto se halla de venta en la Farmacia de Saralegui, Gran Vía, 26, y principales.



ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD

Defunciones por causas, por edades y por sexos, ocurridas en Bilbao durante el mes de Diciembre 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		Edad desconocida	Resumen			
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		V.	V.	H.	Total
Nomenclatura internacional abreviada																	
Fiebre tifoidea (tifus abdominal)			1											1		1	
Tifus exantemático																	
Fiebres intermitentes y caquexia palúdica																	
Viruela											1			1		1	
Sarampión	4	8	20	19	4	3								28	30	58	
Escarlatina			2											2		2	
Coqueluche				1											1	1	
Difteria y crup		1	4	3	2	1								6	5	11	
Gripe												1			1	1	
Cólera asiático																	
Cólera nostras																	
Otras enfermedades epidémicas																	
Tuberculosis pulmonar		1	3		1	2	6	1	6	1				16	5	21	
Tuberculosis de las meninges			2			1								2	1	3	
Otras tuberculosis							1							1		1	
Sífilis	1	1												1	1	2	
Cáncer y otros tumores malignos									1	4				1	4	5	
Meningitis simple	1	2	4	2		1								5	5	10	
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral	2			1					1		1	4		4	5	9	
Enfermedades orgánicas del corazón			1		2		1			2	6	4		10	6	16	
Bronquitis aguda	3	2	3	1										6	3	9	
Bronquitis crónica											1	2		1	2	3	
Pneumonia	4	4	6	8	1	1	5	1	2	1	2	3		20	18	38	
Otras enfermedades del aparato respiratorio			1	1			1				1			4	1	5	
Afecciones del estómago (menos cáncer)																	
Diarrea y enteritis			2		1	1					1			3	1	4	
Diarrea en menores de dos años	3	2	2	3										5	5	10	
Hernias, obstrucciones intestinales																	
Cirrosis del hígado										1		1		2		2	
Nefritis y mal de Bright		1												1		1	
Otras enfermedades de los riñones, de la vejiga y de sus anexos								1						1		1	
Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer																	
Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperal)								1							1	1	
Otros accidentes puerperales																	
Debilidad congénita y vicios de conformación	1	4													4	5	
Debilidad senil											1			1		1	
Suicidios																	
Muertes violentas					1		3		4					5		5	
Otras enfermedades	3	3	1	3	2	1			3	1	5	1		14	9	23	
Enfermedades desconocidas ó mal definidas																	
TOTALES POR SEXOS	22	29	52	42	14	11	17	4	14	10	19	16		138	112	250	
TOTALES POR EDADES	51		94		25		21		24		35			250			

DEMOGRAFÍA

NACIMIENTOS					NACIDOS MUERTOS					DEFUNCIONES
LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	
V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.		
112	127	17	18	274	11	6		2	19	250