

# 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—Julio—1907

Núm. 151

## LOS CRÍMENES CLOROFÓRMICOS

La ingerencia científica, que de años acá se viene observando en los periódicos políticos con el laudable propósito de vulgarizar los conocimientos y el deseo de atraerse las simpatías públicas, ha causado mucho daño al ocuparse de la medicina.

Concretándonos al cloroformo, son tales los desatinos y novelas que han relatado, desviando la opinión pública, contra dicho agente anestésico profesional y criminalmente empleado, que merece nos ocupemos de los mismos.

Se dirá, sin embargo, que no debe hacerse caso alguno de la opinión que el público haya formado de esas apreciaciones; pero como dentro de esa masa se encuentran enfermos que deben ser operados, gentes profesionales y jurados que intervienen en la resolución de asuntos legales, hay que hacer algo para que no se dejen influir causándose daño propio, si se trata de su salud, ó castigando actos que nada tienen de delictivos en el prójimo.

Hace poco tiempo que en Francia ha sido condenado el Dr. Bours, de Coincy, no por una falta profesional, sino por haber anestesiado, en un caso de necesidad, á un individuo alcohólico habitual, cuya enfermedad no le comprometía la vida, sin haberle prevenido de los riesgos mediatos ó inmediatos á que la anestesia le expuso.

Si nuestro compañero no hubiera recurrido en apelación de la sentencia demostrándose por medio de peritos

competentes su irresponsabilidad, á la hora actual su condena sería un hecho.

Cualquiera que haya administrado el cloroformo sabe de qué alcoholismo están saturados algunos pacientes, el número considerable de operados por diversas enfermedades, sufrimientos y deformidades que no han sido víctimas de la muerte. Nadie ignora que la exposición que corre un pobre paciente que se somete á una operación manual ó instrumental, es mínima aunque al público le parezca otra cosa.

Las estadísticas de mortalidad por el cloroformo aunque variables, oscilan entre uno y dos por mil, lo cual indica que nada tiene de amenazante dicho anestésico.

Compréndese bien el que á un cirujano le impresione dicho accidente por su rareza y sabe que es posible ocurrir á consecuencia de una disposición particular del paciente, mala calidad del cloroformo ó una falta de técnica.

Las mortalidades operatorias, apesar de su notable disminución desde la implantación de los procedimientos aséptico y antiséptico, son infinitamente más superiores que las correspondientes al anestésico de que nos ocupamos.

Una mortalidad de 2 á 3 por ciento caracteriza de grave á una operación.

Es preciso hacer pues conocer al público que los peligros de muerte no son del monopolio ni del cloroformo ni de la operación. Cada día se corren exposiciones de vida por nuestro placer, utilidad personal, bienestar y defensa de la fortuna. ¿Acaso no es cierto, el que la vida puede desaparecer en una expedición de caza y pesca atrevidas, al subir en globo, en carreras de caballos y uso de automóviles y bicicletas á gran velocidad, con más facilidad que en la mayoría de las operaciones?

Pero este razonamiento práctico está lejos de ser conocido por el público y continúa atribuyendo á las intervenciones quirúrgicas tal gravedad, que si los médicos creyeran en ella, sería verdaderamente incompatible con el ejercicio de la cirugía

En un artículo del periódico francés titulado *Le Gaulois*, se termina diciendo que la cloroformización no puede llevarse más allá de veinte minutos ó media hora sin causar la muerte del paciente.

Tal ridícula consecuencia determina la risa de los profesionales y revela el estado del espíritu público á quien se le ha dirigido de una manera lastimosa en un asunto tan grave, sin que pueda comprenderlo por esas vagas nociones adquiridas, y creyéndose con derecho á juzgar á los médicos.

¿Y qué diremos de lo que se asegura del uso criminal del cloroformo? Es una creencia bastante generalizada hoy día, que el cloroformo desempeña un gran papel en los robos, secuestros y atracos.

Apesar de la autoridad de varios jefes de policía, al asegurar de la frecuencia de su empleo, hay que dudarle, salvo en ciertos casos muy limitados.

Se comprende mejor el que un malhechor lleve á su víctima de taberna en taberna, con el objeto de embriagarle, hasta el punto de que no sienta el gusto de las bebidas y que su sed inextinguible, le obligue á beber en la última estación. Entonces el bribón vierte tintura de opio en la bebida de su víctima, á fin de completar el sueño profundo necesario para desbalijarle.

Pero ¿darle el cloroformo? Esto ya es otra cosa.

Los que invocan este proceder para el robo, describen muchas maneras de usarlo.

La que pasa por más común es la siguiente:

Un ladrón que acompaña á su víctima dormida dentro de un vagón de ferro-carril, le pone un pañuelo con unas gotas de cloroformo debajo de sus narices, le anestesia y roba, concluyendo por huir dejándole dormido.

Esto no es admisible en términos generales, si se tiene en cuenta que en las mejores ocasiones posibles, no se consigue el que un sujeto acostado en su cama y durmiendo, pase del sueño natural al mal llamado clorofórmico, sin que se despierte.

Lo que mantiene la ilusión sobre este particular entre

los médicos es la frase absurda de *sueño clorofórmico*. La anestesia clorofórmica tiene un parentesco muy lejano y vago con el sueño natural.

Es de observación constante, el que para hacer pasar á un individuo del sueño natural á la anestesia clorofórmica hay necesidad de despertarle bien, pues de no hacerlo se tarda más tiempo.

El Dr. Lucas Championer asegura que jamás ha conseguido en un adulto, el anestesiarlo estando dormido, y en los niños para conseguirlo ha sido preciso el dormirlos por el procedimiento de la sideración que obra rápidamente, no pudiéndose juzgar fácilmente si el sujeto pasa realmente del sueño á la anestesia sin interrupción.

Otro procedimiento, según la policía sería el siguiente:

Un ladrón colocado en un vagón inmediato al ocupado por la víctima, hace un agujero en la pared mediana y vierte cloroformo en el otro compartimiento y cuando el sujeto está anesthesiado, le roba.

Esta novela es increíble y sería conveniente conocer bien los hechos para atribuirles esta maniobra contraria á lo que del cloroformo sabemos.

Cítase también el hecho de un criminal provisto de un pañuelo embebido en cloroformo que lo coloca violentamente sobre la cara de la víctima y la duerme, para robarle sin ruido.

Esta escena es más admisible, aunque para su ejecución no creemos sea bastante un individuo solo, á menos que posea unas fuerzas colosales con que poder sujetar al perjudicado.

De todos modos, para que surta efecto la administración del anestésico, es preciso emplearlo en cantidad grande y de una manera brutal, exponiendo á que sobrevenga la muerte.

Sin gran temor de equivocarse, se puede calcular que morirían cerca de la mitad de las víctimas del ladrón á consecuencia de esa descarga clorofórmica, y que todas ellas harían más ó menos ruido, siquiera por algunos instantes, en justa y natural defensa.

Por tanto, la acción criminal producida por el cloroformo debe quedar reducida á la que se indica anteriormente.

Para dar una idea de la facilidad con que se creen los cuentos y novelas hechos con el cloroformo, he aquí una muestra de amor:

Una linda y rica señorita parisiense fué robada por encargo de su novio, no aceptado por la familia de aquélla, en la plaza del Arco de la Estrella, á las diez de la mañana. El encargado de la maniobra le puso un pañuelo embebido en cloroformo sobre la cara y asiéndola fuertemente por la cintura la colocó en un automóvil desapareciendo con ella rápidamente.

Lo raro, además del caso, fué que la joven no recobró el conocimiento hasta dos horas después, apareciendo en el mismo punto de salida y que no se supo quien fuese el autor del robo.

Realmente la persona que ha inventado este relato carece de imaginación suficiente para que tenga caracteres de verosimilitud. Tal como se halla descrita la escena, haría falta ser un prestidigitador notabilísimo ante el cual serían unas medianías Mde. Anginet y los célebres Mr. Robert, Houdin y Heermann, tan admirados y queridos de los públicos donde trabajaron.

Al lado de esta historia colocaremos otra, en la que un malhechor del gran mundo envió á sus víctimas ramos de flores olorosas con las cuales consiguió adormecerlas con diversos fines, sin que las mujeres se dieran cuenta de lo ocurrido.

¡Parece increíble que nos hallemos en pleno siglo de las luces y adelantos! Hasta ahora, sólo conocíamos la acción homicida de los perfumes en lugares cerrados y en modo alguno la anestesia.

Desearíamos conocer las substancias perfumadoras y anestésicas que se utilizan con un fin criminal. Los sucedáneos del cloroformo, todos huelen peor que él, aunque el olor de este tan solo se rechaza por su penetración y no por el desagrado de su clase.

Con este motivo, recuerda el Dr. Championer lo ocurrido á él en 1868 en una visita que hizo en Edimburgo, al célebre Dr. Limpson inventor de la cloroformización.

Recibióle con su amabilidad habitual y le habló con mucho interés de todo lo relativo á su invento y modificaciones que podían introducirse.

Le puso al corriente de que un inventor había descubierto el medio de perfumar el cloroformo usando una serie de perfumes y después, que lo pensaba emplear en los partos evitando todo sufrimiento. (Cloroformo á la reina Victoria).

Hízole respirar un cloroformo con esencia de violeta, resultando menos agradable que el de uno bueno de Duncan, cuyo olor es de perfume de manzana reineta.

Después no ha tenido conocimiento el que se haya adelantado en este sentido.

Por tanto, hay que ser escéptico respecto á la acción anestesiante de las flores naturales ó artificiales perfumadas.

Creendo que los médicos en su mayoría se hallarán conformes con estas apreciaciones sobre el cloroformo, las exponemos á su consideración, y si alguno que haya especializado el asunto, lo conoce para formular contradicciones, se lo agradeceríamos infinito, puesto que la historia del anestésico citado, no puede considerarse terminada.

DR. ITURGUICHI.

---

**HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN Y TORAX****POR DISPARO DE ARMA DE FUEGO**\*

---

*Caso clínico expuesto por el Dr. Lotero en la sesión celebrada en nuestra Academia el 17 de Mayo de 1907.*

---

Se trata de un joven de diez y ocho años, debilitado por el abuso de los placeres sexuales, de temperamento nervioso y con antecedentes neuropáticos en la familia, que disgustado por una reprensión paterna, motivada por su conducta licenciosa, se disparó un tiro de revolver en el pecho.

Aunque apoyó el arma en la región cardiaca (por encima de la camiseta), el hecho de haber abierto una puerta de la habitación donde el suicida consumaba su desesperada resolución, una persona de la familia, hizo que la mano se desviase un tanto y que la dirección del proyectil al hacerse el disparo resultase más baja de lo calculado, no habiendo interesado el corazón.

Reconocido el herido por dos compañeros y por mí, pocos minutos después del hecho, le encontramos en estado de grave colapso y postración extrema. Presentaba en la región inframamaria izquierda una herida indicadora de la entrada del proyectil, herida circular, de un centímetro de diámetro, con una zona anular de quemadura cutánea de primer grado, con ligera hemorragia y situada en el quinto espacio intercostal, unos cuatro centímetros por debajo de la punta del corazón y unos dos centímetros por dentro de la línea mamilar izquierda.

Reconocido el individuo por la parte posterior se vió en el dorso otra herida producida por la salida del proyectil, más pequeña que la primera, de bordes desgarrados, con poca hemorragia también y situada al lado iz-

quierdo en la parte más interna del décimo espacio intercostal y junto al cuerpo de la décima vértebra dorsal.

El trayecto del proyectil dentro del organismo marcaba por lo tanto una dirección de delante á atrás, de arriba á abajo, y un poco de izquierda á derecha.

Se curaron las heridas con apósitos antisépticos; se sometió al sujeto á reposo y dieta absolutos; se le pusieron varias inyecciones de cafeína, aceite alcanforado, etcétera, y se fijó un pronóstico de extrema gravedad.

Reaccionó el enfermo bastante bién, se levantaron por la noche el pulso y las energías físicas y morales, y pasó la noche bastante tranquilo con ligeros amagos de síncope que fueron evitados con inyecciones de suero salino y de cafeína.

Al siguiente día presentó el herido vómitos con ligeras hematemesis de sangre roja y rutilante, que nos indicaron hallarse perforado el estómago, lo cual era facil de comprender, dado que, cuando ocurrió el hecho se hallaba el individuo con dicha cavidad dilatada por una abundante comida que acababa de ingerir.

Con hielo al interior, reposo y dieta, cedió la gastrorragia en pocas horas, así como los vómitos, no revelándose tampoco la presencia de sangre en las deposiciones.

Después siguió el herido una marcha tranquila y progresiva, sin haber aparecido ningún fenómeno de protesta por parte del peritóneo, del pulmón etc. El pulso era bastante fuerte y regular; acusaba por las tardes el individuo unas pocas décimas de fiebre; la herida posterior se cerró y la anterior presentaba también indicios de rápida cicatrización.

En aquellos días nos refirió la familia algunos antecedentes patológicos del individuo, de gran importancia.

Aparte de unos ataques que había padecido de niño, epilépticos al parecer, de los que había curado perfectamente, supimos que, meses antes del intento de suicidio, había tenido el sujeto una ligera hemoptisis, quejándose también de amnesia progresiva.

Reconocido en Madrid, por el Dr. Mariani, le encontró

algo que le obligó á poner en guardia á la madre, ante la posibilidad de que su hijo padeciera una tuberculosis en primer período de su evolución. Fué sometido á un tratamiento de sobrealimentación, vida higiénica, y en cuanto fuera posible al aire libre, abstención de fatigas, prohibición absoluta de las funciones sexuales y de continuar los estudios, y medicamentos tónicos y reconstituyentes á base de fosfato de cal.

Con este tratamiento seguido fielmente, excepto en lo referente á la abstención de copular, pues el sujeto continuó su vida crapulosa, de la que alardeaba, mejoró bastante; vuelto á ser reconocido por el Dr. Mariani, comunicó éste á la madre, que su cliente se hallaba muy mejorado del pecho, pues no le encontraba síntoma alguno alarmante.

Con este relato que la madre nos hizo, reconocimos frecuentemente los pulmones del herido y de este examen sacamos también la casi seguridad de que se trataba de un sujeto tuberculoso, pues se notaba en ambos vértices un tanto obscurecido y áspero el murmullo vexicular.

A los pocos días del disparo se presentaron en la herida del dorso, que estaba cicatrizada, señales de supuración; incindimos ligeramente y con ello se dió salida á una escasa cantidad de pus de buen aspecto, en el que apareció el pequeño pedazo de camiseta que la bala había arrastrado delante de ella durante su trayecto por el cuerpo del herido.

Este parecía mejorar y reponerse; la herida anterior avanzaba en su cicatrización con rapidez; la posterior se volvió á cerrar definitivamente con una cicatriz de excelente aspecto. El enfermo se encontraba animoso, con muy pocas décimas de fiebre vespertina, durmiendo con sueño tranquilo y no quejándose más que de algunos dolores en la herida, que se le calmaban muy bien con una poción morfinada.

En esta situación apareció una infección intestinal, con algún aumento de la temperatura que pasó ya de 38°, len-

gua saburrosa algo tostada y seca, y deposiciones repetidas, muy líquidas y fétidas.

Esta infección intestinal cedió pronto con el uso de enemas y sellos antisépticos y el herido volvió á mejorar en su estado general, pero pronto presentó esputos hemoptóicos que nos pusieron en gran cuidado.

Por deberes que me imponía un cargo profesional oficial en distinta población, dejé de asistir al herido, aunque informándome de su marcha por cartas de la familia y de los compañeros que continuaron la asistencia facultativa.

Por éstos supe que á los treinta y siete días del disparo había fallecido el herido á consecuencia de una granulía, confirmada plenamente en la autopsia, cuya práctica reveló, entre otras cosas, los importantes datos siguientes: 1.º, que los pulmones constituían una verdadera siembra de granulaciones tuberculosas; 2.º, que la herida se hallaba perfectamente cicatrizada; 3.º, que el proyectil había perforado de delante á atrás la lengüeta costo-diafragmática, que constituye el borde anterior de la base del pulmón izquierdo, el diafragma, el fondo mayor del estómago en sitio próximo al cardias, el diafragma por segunda vez y la base del pulmón izquierdo por segunda vez también, para subir por las masas musculares del dorso junto al lado izquierdo del cuerpo de la décima vértebra dorsal.

Las consideraciones que este caso sugiere, son desde luego muchas y de gran interés clínico, pero me limitaré á hacer mención de las siguientes:

En este sujeto llama fuertemente la atención cómo una herida tan importante había cicatrizado tan completamente en un organismo tan gastado, sin haber dado origen á ninguna complicación seria por parte del abdomen ó del torax.

Esto nos demuestra una vez más la tan conocida resistencia y tolerancia del tejido pulmonar para las heridas, y nos prueba además que en este individuo la curación había sido rápida y absoluta de no haberse encontrado

minado por la tuberculosis, la cual (como ocurre en otros sacudimientos del organismo, tal como el parto), cambió su forma tórpida por la galopante y activísima que acausó el fin desastroso del sujeto.

---

## REVISTA EXTRANJERA

---

**La acción de los rayos Roentgen sobre las glándulas genitales, por los Drs. Angel y Bouin.**— Los rayos X poseen una manera de obrar especial sobre las glándulas genitales, en virtud de la cual causan la degeneración celular bajo cuya dependencia se halla la fecundidad, respetando los demás elementos que constituyen el estroma.

De las diversas investigaciones practicadas desde el año de 1903, en que se inició esta noción, resulta que los citados rayos, verdaderos agentes maltusianos, han sido objeto de grandes discusiones académicas, por desconocimiento incompleto de la manera de actuar de dichos agentes. No basta el estudio de la estructura de las glándulas roentgenizadas, sino que es preciso el examen práctico de los individuos sujetos á la influencia expresada.

De este aparece que la acción de los rayos no es la misma en el macho que en la hembra; como quiera que en el primero la pérdida del poder fecundante es el solo hecho positivo, mientras que en la segunda, quedan las glándulas ováricas inutilizadas totalmente.

¿A qué causa es debida esta diferencia? Los hechos observados demuestran que los machos, cuyos testículos se han roentgenizado, pierden su poder fecundante y conservan su actividad genital ordinaria, no sufriendo atrofia del pene, vexículas seminales, prostata y glándulas de Cooper, como ocurre en los castrados.

Este hecho se explica fácilmente, teniendo en cuenta que el testículo se halla constituido no sólo por la glándula seminal, sino también por la intersticial contenida entre los tubos seminíferos que tiene su secreción interna y á la cual pertenecen los caracteres sexuales y la actividad genital. Es claro por lo tanto, que respetando á esta última los rayos X, la actividad genésica no se altera.

La acción de los citados rayos sobre el ovario está menos estudiada por ser más difícil apreciarle, sobre todo en el hombre y demás grandes mamíferos.

Sin embargo, está demostrado que los ovocitos y los folículos que los encierran, desaparecen en los ovaritos roentgenizados, atrofiándose el tractus genital, transformándose como si se tratara de una castración.

Fácilmente se explica que esto suceda, recordando que al lado de la glándula exocrina representada por los ovaritos y folículos, existe en el ovario otra glándula de secreción interna ó endocrina, más conocida por el nombre de *cuerpo amarillo* homólogo de la intersticial del testículo. Pero como dicho cuerpo amarillo es transitorio formándose á expensas del folículo de Graaf después de su ruptura para dar salida al óvulo, se comprende su desaparición simultánea con su órgano productor, resultando una verdadera castración en la mujer, repercutiéndose en el organismo.

En suma, de lo expuesto se deducen las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> Acción local de los rayos X sobre las glándulas genitales.

»Testículo roentgenizado; desaparición de la glándula seminal y  
»conservación de la intersticial.

»Ovario roentgenizado; desaparición de las glándulas sexual y  
»cuerpo amarillo.»

2.<sup>a</sup> Repercusión sobre el organismo de las lesiones citadas:

»Testículo roentgenizado; pérdida del poder fecundante y con-  
»servación de la actividad genital y de los caracteres sexuales.

»Ovario roentgenizado; pérdida de la fecundidad y aparición de  
»todos los signos que siguen á la castración.»

**El sueño eléctrico, por el Dr. E. Ledue.**—Designase con este nombre á un estado análogo al del sueño producido por el cloroformo, por el cual desaparecen los movimientos voluntarios y la reacción de defensa, aunque se los provoque por medio del calor, persistiendo los movimientos reflejos del corazón y respiración.

Dicho estado se engendra por la acción de una corriente eléctrica especial, que puede sostenerse durante horas consecutivas y hacerlo cesar instantáneamente cortando el paso del fluido eléctrico.

La citada corriente tendrá como caracteres necesarios, la intermitencia, baja tensión y dirección constante.

Para llegar á este hecho, ha sido preciso destruir el dogma co-

riente entre fisiólogos eminentes y médicos, de que el cerebro resista á todos los excitantes conocidos, incluido el fluido eléctrico.

Las experiencias de Fritch, Hitzig, Erb y Ziemsen han dado lenta y progresivamente por resultado, que de todos los órganos profundos, el cerebro es el más accesible á las corrientes eléctricas.

Las nociones erróneas que aún existen respecto á la accesibilidad eléctrica de los órganos profundos, han traído como consecuencia una gran oposición á someter á los enfermos cerebrales á los tratamientos eléctricos; mientras que no se presentaba inconveniente alguno el hacerlo con las enfermedades de la médula espinal.

La corriente eléctrica es sabido que sigue siempre la dirección que ofrezca menores resistencias: aplicada sobre la frente atraviesa la caja craneana empleando el menor recorrido ó sea el de su espesor, para ganar directamente los tejidos más conductores de los centros nerviosos en los cuales se concentra, mientras que cuando se la aplica al dorso, una gran porción de ella sigue las masas musculares de los canales vertebrales, que son buenos conductores y una debil cantidad solamente penetra en la médula espinal.

Guiado por estos hechos he llevado á cabo mis experiencias del sueño eléctrico, epilepsia experimental y de electrofisiología cerebral así como también de aplicación terapéutica á las enfermedades cerebrales.

La aplicación de las corrientes á la cabeza excita los nervios sensoriales y provoca sensaciones rápidas y luminosas. Uno de los efectos más constantes del paso á través de la cabeza, de la corriente eléctrica, es el vértigo, cuyo máximun de intensidad se aprecia cuando se establece bruscamente una corriente continua de oreja á oreja. Si en cada lado de la cabeza de un conejo se coloca un pequeño electrodo sobre la piel afeitada, entre el ojo y la oreja, para dar paso á una corriente de cierta intensidad, en el momento de cerrar el circuito, el conejo cae rápidamente sobre el lado donde está colocado el anodo: si se vuelve á repetir la experiencia, después de haber invertido la dirección de la corriente, al animal cae sobre el otro lado, que siempre es donde está el anodo. Estas caídas tienen tal regularidad, que constituyen un verdadero reactivo de los polos.

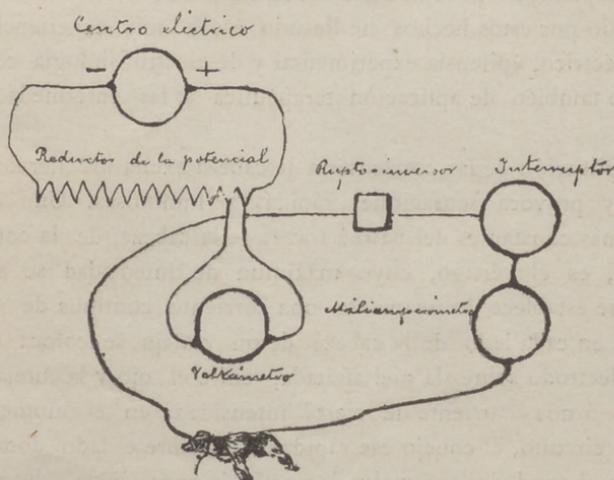
Si se coloca sobre el cuerpo un gran electrodo indiferente y uno más pequeño situado sobre un lado de la cabeza entre el ojo y el oído, la caída se produce del lado no excitado, sea ó no el electrodo excitante catodo ó anodo.

Ahora bien: para evitar el vértigo es necesario saber las condiciones que lo provocan. Se produce el vértigo eléctrico siempre que exista una variación de la intensidad de la corriente, siendo más acentuado cuando esta alteración es más rápida. La intensidad de él es tanto mayor, cuanto que la dirección de la corriente es más transversal, es decir, cuando la diferencia potencial entre ambos hemisferios cerebrales es más grande.

Dando á la corriente una dirección antero-posterior, de forma que se reparta bien simétricamente en cada hemisferio y haciendo variar muy gradualmente la intensidad, no tiene lugar el vértigo.

Para la producción del sueño eléctrico, el circuito está formado por el centro generador de la electricidad, el graduador de la potencial, el interruptor para la producción de las intermitencias, el ruptor inversor, el miliamperómetro y el sujeto: en derivación sobre las dos tomas de la corriente, se coloca el voltámetro (fig. 1).

### TÉCNICA DEL SUEÑO ELÉCTRICO



Sobre la cabeza del animal, perro ó conejo, se corta el pelo al rape; la débil resistencia del circuito es una condición necesaria para el buen resultado; si los pelos no están bien cortados, aumentan mucho la resistencia al paso de la corriente, siendo preciso el aumentar el voltaje y por ello la experiencia es un fracaso. Debe evitarse el herir la piel del animal, y en el caso de que lo fuera, hay que lavar

la lesión con alcohol y ocluir la con una gota de colodión; sin esta precaución, el paso de la corriente es doloroso. La superficie rapada deberá extenderse por delante, hasta los ojos, á fin de que toda la parte anterior del cerebro sufra la influencia eléctrica. Sobre la superficie cortada de pelo, se aplica un trozo grueso de algodón hidrófilo impregnado en una solución caliente de cloruro sódico al 1 por 100: encima del algodón se coloca un electrodo metálico de estaño flexible, al cual se le suelda el cordón conductor. Para el conejo, el electrodo es un disco de estaño de 3 á 4 centímetros de diámetro y en el perro será de 5 á 6 centímetros.

Aplicado el electrodo debe sujetársele bien con una venda de caoutchout.

El segundo electrodo tendrá dimensiones mayores, oscilantes entre 8 y 10 centímetros y se le coloca sobre un punto cualquiera del cuerpo simétricamente al eje; pero es preferible el hacerlo en la parte posterior del dorso, de forma que la corriente recorra con su mayor densidad los centros nerviosos, cerebro, bulbo y médula espinal, en toda su longitud. Sin embargo puede haber interés en evitar la médula y el bulbo, cuando el gran electrodo deba ser colocado sobre la parte anterior è inferior del torax.

El emplazamiento del gran electrodo tendrá lugar con el mismo cuidado que el de la cabeza.

Todos los aparatos accesorios se colocan entre el centro productor de la electricidad y el gran electrodo del dorso, el cual se pone en relación con el polo positivo, mientras que el de la cabeza comunicará con el negativo, con el fin de que la potencial de esta región se conserve invariable.

Dispuesta la experiencia, el interruptor en marcha, la corriente regulada en sus periodos y número de intermitencias, se eleva gradualmente la potencial, observando al animal. Todas las influencias que suprimen las funciones cerebrales, determinan previamente una excitación, como sucede con el alcohol, éter y cloroformo, etc; pero con la diferencia de que puede moderarse y alargar ese periodo de agitación graduando la potencial.

La agitación procede también antes de despertar al animal de su sueño y por tanto debe descenderse en la potencial, del mismo modo lento que al dormirlo.

Procediendo de esta manera, se vé que el animal dulce y progre-

sivamente y sin prorrumpir un grito, ni ejecutar actos de defensa, ni huída, pasa del sueño á la vigilia y vice-versa en mejores condiciones que bajo la acción del cloroformo ú otro anestésico.

De suerte que si estos hechos pueden reproducirse en el hombre, lo cual no se hará esperar mucho tiempo á nuestro juicio, tendremos en la electricidad un excelente anestésico que derribará los usuales con una ventaja positiva.

**Nuevo procedimiento de anastómosis intestinal, por el Dr. Flint de Viena.**—Los diversos procedimientos que existen para establecer nuevas comunicaciones entre el estómago y el intestino ó entre dos intestinos, tienden no sólo á facilitar su función fisiológica, sino también á evitar la infección peritoneal.

Por medio de la ligadura, pinzamiento ó cauterización, aplicados á un segmento de cada una de las asas intestinales destinadas á la anastómosis, se las preparaba, al tiempo mismo que se verificaban las suturas no perforantes de las serosas respectivas, para el establecimiento, por caída del segmento modificado, de la comunicación de las dos asas del intestino, algún tiempo después de la operación y contando con las adherencias protectoras ya establecidas.

Estos procedimientos hoy día casi abandonados, daban resultados poco numerosos, pues siendo difícil el limitar la zona escarificada, ocurrían infecciones secundarias en el peritóneo con sus funestas consecuencias.

La técnica usada por el Dr. Flint, difiere de los procedimientos precedentes en que la comunicación entre las dos asas intestinales la verifica en el curso de la operación; pero después que todas las suturas se hallen practicadas. De este modo, la salida del contenido intestinal es imposible durante la intervención y sin embargo, la anastomosis funciona inmediatamente.

Al efecto, se practica un primer sorjete sero-seroso y después, á algunos milímetros de éste y paralelamente á él, un segundo sorjete á puntos no perforantes, pero que penetren hasta la submucosa (figura 1). A tres ó cuatro milímetros delante de esta segunda línea de sutura, un poco hacia adentro de una de sus extremidades, se introduce en una de las asas intestinales la más fina lámina puntiaguda de una tijera especial. Dicha lámina se la hace salir á cierta distancia por dentro de la otra extremidad de la segunda línea de sutura. Igual técnica se empleará con la segunda rama de la tijera, atravesando el

ENTERO-ANASTÓMOSIS DE FLINT

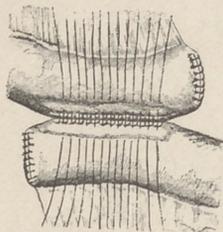


Figura 1

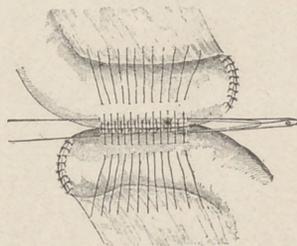


Figura 2

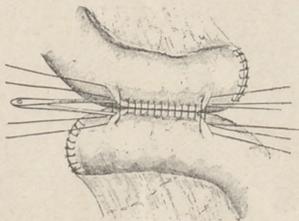


Figura 3

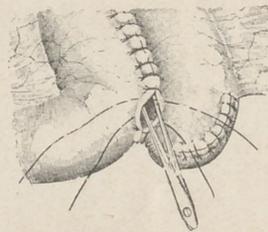


Figura 4



asa intestinal. Es preciso tener cuidado de que los puntos de penetración y salida se hallen á la misma altura y frente á frente.

Las dos ramas de la tijera tienen una longitud desigual, de manera que puedan ser introducidas sucesivamente en cada asa intestinal (figura 2).

Hecho lo cual, se ejecuta una tercera línea de sutura en un punto opuesto á la segunda, al otro lado de la tijera y practicada del mismo modo, es decir, á puntos no perforantes, pero comprendiendo la capa submucosa. Queda después por hacer el sorjete sero-seroso por fuera de esta última sutura (figura 3). Para terminar, se pasan en los ángulos de la sutura periférica por donde emergen las dos extremidades de las ramas de las tijeras, puntos en forma de U, dejándolos sin apretarlos por el momento.

En esta situación se procede á establecer la comunicación entre las dos asas intestinales, cerrando las ramas de las tijeras que están introducidas previamente y cortando todo el espesor de las tunicas de aquéllas.

Después se retiran las tijeras, al mismo tiempo que un ayudante anuda sobre ellas los puntos en U de las extremidades de la línea de sutura (figura 4).

El autor ha llevado á cabo, de este modo, 24 gastro-enterostomias y enteros-anastomosis en los perros con buenos resultados. En uno de los casos más probatorios de la bondad del procedimiento, operó en asas intestinales llenas de agua, sin que se derramara ni una gota de ella en el curso de la operación, dentro del peritórneo. El examen histológico del intestino ha demostrado las excelencias de la boca anastomótica á los siete días después de la intervención.

Todo lo cual recomienda eficazmente el nuevo procedimiento anastomótico, evitando toda contaminación peritoneal é infección operatoria, si bien exige *buenas manos* en el cirujano.

#### **Tratamiento de la litiasis biliar y manera de evitar los cólicos hepáticos, por medio del uso continuo de la glicerina.**

—Los resultados satisfactorios obtenidos con el empleo del aceite de olivas á grandes dosis, unido á la morfina en los momentos de la crisis dolorosa, han venido á darle un crédito extraordinario en la litiasis biliar. Pero la repugnancia y los vómitos consiguientes que producen en muchos casos al tragar tan elevadas cantidades, hizo pensar al Dr. Ferrand, médico de los Hospitales de París, si podría ser sustituido el aceite por la glicerina.

En efecto, las experiencias que hizo en los animales le indujeron á la práctica hospitalaria en virtud de las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> La glicerina administrada por el estómago es absorbida en substancia por las vías linfáticas y principalmente por los vasos que van del estómago al hilo del hígado y vejiga biliar. Además, se la encuentra en las venas supra-hepáticas.

2.<sup>a</sup> Es un poderoso purgante colagogo y agente precioso contra el cólico hepático.

3.<sup>a</sup> A dosis relativamente masivas ó sean de 20 á 30 gramos, la glicerina determina el fin de la crisis dolorosa.

4.<sup>a</sup> A dosis lijera ó sea de 5 á 15 gramos, tomada en cada día en un vasito de agua alcalina, evita los nuevos ataques calculosos.

5.<sup>a</sup> La glicerina, sin ser un litontríptico, es hoy el medicamento, por excelencia, de la litiasis biliar.

La glicerina, con su facilidad de absorción y prescrita en pequeña cantidad, ofrece ventajas marcadas sobre el aceite de olivas, puesto que debiendo este su acción á la glicerina que contiene como principio activo, con menos cantidad de ésta se obtiene iguales ó mejores efectos. El aceite, merced al jugo pancreático tiene que desdoblarse en glicerina y ácido graso y la glicerina se absorbe sin sufrir alteración.

Por otra parte, se trata de un producto conocido, químicamente definido y completamente inofensivo.

En su vista y dado lo escaso del arsenal terapéutico contra la litiasis biliar debe instituirse un tratamiento que combata en primer término el dolor dando inyecciones de morfina y la glicerina que mecánicamente suaviza y arrastra los cálculos hacia el intestino. En segundo término viene el tratar el fondo determinante de la producción pétreo, por medio de una alimentación lacto-vegetal, aguas alcalinas minerales, el benzoato de litina, ioduro sódico y demás medios higiénicos que sean propios contra el estado general de nutrición del individuo paciente de los ataques litiásicos.

Como medio preventivo de éstos debe aconsejarse, además de los indicados, el uso diario durante meses y años, de una cucharada de café con glicerina pura y neutra puesta en un medio vaso de agua de Vichy ó de Vals.

Es tal la eficacia de este medio comprobada en numerosos casos

de litiasis biliar, que no debe ningún médico dejarlo de recomendar con verdadero interés en provecho de esos enfermos, así como también extenderlo á la ictericia biliar de origen catarral gastro-intestinal.

DR. IGNOTUS.

---

## SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

---

¿HASTA QUÉ PUNTO DEBE SER RESPETADO EL DERECHO DEL FETO Á LA VIDA EN EL ACTO DEL PARTO?

**Comunicación hecha á la sección de Obstetricia y Ginecología del Congreso de naturalitas celebrado en Meran el año 1905.**

POR EL PROFESOR B. KRONIG.

Traducción directa del alemán

POR EL DR. CARMELO GIL É IBARGÜENGOITIA (1)

DE LA REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS

(Continuación.)

Entre los factores etiológicos que determinaron la muerte del niño *intra-partum*, entresacamos:

1. Partos lentos y, como consecuencia la asfixia del feto, 40 casos = 29,9 por 100; por lo que podemos deducir del estudio de las historias clínicas á que se refiere esta estadística que la lentitud del parto fué debida no á estrecheces pélvicas, sino á resistencias de las partes blandas y á falsas rotaciones y posiciones de la cabeza fetal.
2. Placentas previas, 23 casos = 17 por 100.
3. Prolapsos del cordón y anudamientos del mismo, 18 casos = 13,3 por 100.
4. Estrecheces pélvicas, 22 casos = 16,3 por 100.

Frente á éstos existen los casos de muerte del feto *intra-partum*, debida á presentaciones anormales y monstruosidades del niño y á enfermedades de la madre; pero estos casos representan el mínimum; solamente la eclampsia, con 9 casos de mortalidad fetal, representa un factor de importancia.

(1) El profesor Kronig, director de la clínica de mujeres de la Universidad de Friburgo, ha tenido la bondad de autorizarnos la traducción de este interesante trabajo. En esta nota deseo hacer constar mi profundo agradecimiento á tan eminente maestro.

Por tanto, si queremos dar un valor á la vida del feto, mayor del que hasta ahora se le ha concedido, debemos hacer un estudio detenido de aquellas operaciones tocológicas que llenan indicaciones en los factores de mortalidad anteriormente citados, y ver si podemos, sin grandes peligros para la vida de la madre, intervenir mejor.

Las siguientes conclusiones que yo me permite presentar á discusión, son producto de mi trabajo con el pequeño material de Jena y Friburgo, razón ésta por la que no me hallo en condiciones de llegar á afirmaciones definitivas. Con objeto de que la discusión se concrete, deseo hacer observar desde el comienzo que me refiero solamente á nuestra conducta en las clínicas; la conducta del médico en la práctica privada la dejamos fuera de discusión, pues en estos casos se carece de los elementos puestos á su alcance en una clínica; en estas circunstancias el tocólogo podrá obrar según le aconsejen los recursos de que disponga (asistencia, luz, etc.).

Al estudiar las estadísticas de la mortalidad fetal, hemos podido observar que en los casos en que no hay desproporción entre los diámetros de la cabeza del niño y los de la pélvis de la madre, existe un tanto por ciento grande de niños que mueren porque el acto del parto se prolonga demasiado.

Esta observación se halla en conformidad con el principio enunciado ya por G. Veit, que dice: A mayor duración del parto, mayor mortalidad fetal. Debemos primeramente hacer notar si es que hemos de encontrar indicación para intervenir en la marcha de un parto normal cuando la vida del feto esté comprometida.

Si no queremos abrir una puerta para las arbitrariedades, es evidente que debemos permanecer firmes en este principio; pero quizá puede hacerse alguna concesión y manifestarnos más liberales que lo que hoy en general se es en cuanto á las aplicaciones típicas de forceps, siempre que se hagan en determinadas condiciones, en los casos en que se prolonga demasiado el período de expulsión. Se conoce aproximadamente el término medio de duración del período expulsivo, tanto en las primíparas como en las múltiparas; y cuando las contracciones uterinas son tan escasas que hacen que el último período se prolongue más de lo ordinario, aunque no observemos signos de inminente peligro de asfixia en el feto, se debe, en general, decidirse por prestarle ayuda con el forceps. Este proceder, que en las presentaciones típicas cefálicas se admite ya, debemos ampliarlo

á los casos en que se trate de aplicaciones atípicas: presentación de cara, presentación occipital encajada, sin haber realizado el movimiento de rotación. También en esto creo que podemos hoy fácilmente ponernos de acuerdo.

Debemos también decidarnos á intervenir por razón del feto, no existiendo desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre, y siendo solamente las partes blandas, y en especial el cuello uterino, las que oponen resistencia. Para ello, sabemos ya que Dührssen preconizó hace tiempo esta conducta, apesar de que no se habla en general de ella en los tratados de operaciones tocológicas. En ellos sólo se estima como indicación para intervenir en estos casos y proceder á la dilatación del canal genital, el que la madre esté en peligro, y por medio de la intervención se le procura un bien. Así, por ejemplo, es admitida la dilatación forzada del cuello, bien por medio de las incisiones ó del Bossi, en los casos de eclampsia, porque con ello se consigue un positivo beneficio para la madre; en cambio, se rechazan en absoluto, por regla general, las incisiones del cuello, y en especial cuando éste no se halla dilatado todavía en forma de embudo, por solo indicación fetal.

Creo que semejante proceder hoy día no está en armonía con los nuevos adelantos. Las incisiones del cuello pueden practicarse hoy con tanta seguridad y tan pocos peligros para la madre, que no hay inconveniente en ensanchar su empleo para llenar indicaciones nacidas del feto. Es claro que no debemos ya practicar *pequeñas* incisiones alrededor y en la periferia del cuello y correr el peligro que éstas se agranden al practicar la extracción del feto; sino que debemos, siguiendo el consejo de Dührssen, practicar dos incisiones: una en la parte anterior y otra en la posterior del cuello, lo suficientemente grandes para que permitan la fácil y rápida extracción del feto. Los resultados de tales incisiones, en cuanto á modificaciones funcionales que pudieran ocasionar, no nos deben preocupar; practicando una sutura exacta de la herida, la cicatriz que queda no produce alteraciones para probables futuros partos y resistencia á la dilatación del cuello.

En la mayoría de los casos nos encontramos que se precisa la intervención por indicación fetal cuando el cuello se encuentra ya dilatado en forma de embudo; las incisiones se hacen entonces en las partes más profundas del cuello, y presentan una gran tendencia á cicatrizar por primera intención.

He tenido ocasión de volver á ver á menudo mujeres á quienes se practicaron estas incisiones del cuello, y en la mayoría de los casos era la cicatriz apenas perceptible. Condición absolutamente necesaria es, que tanto las incisiones como la sutura se practiquen con buena luz. Debe existir hoy en cada Maternidad una sala especial de operaciones, en donde puedan practicarse éstas con todos los rigores de la asepsia, en las mejores condiciones de luz y demás. Sólo entonces podremos estar en condiciones de llevar á cabo las intervenciones con tal seguridad que podamos sólo por interés del feto y sin reparo alguno operar.

En los partos normales, excepcionalmente, como demuestra la práctica, nos vemos obligados á practicar incisiones del cuello por sólo indicación fetal. Más amenudo nos veremos obligados á ello cuando al mismo tiempo exista una complicación, unas veces por parte de la madre: por ejemplo, eclampsia; otras por parte de la placenta: por ejemplo, placenta previa; otras por parte del cordón; ejemplo, prolapso del mismo ó anudamientos; y finalmente, en determinadas anomalías en las presentaciones: por ejemplo, presentaciones transversales y de nalgas.

Como quiera que la eclampsia representa una temible complicación, no sólo para la vida de la madre, sino también para la del feto, resulta que la dilatación forzada del canal cervical lleva consigo no tan sólo una disminución en la mortalidad materna, sino también en la fetal.

En los casos en que se sigue una terapéutica expectante en la eclampsia, se obtiene en general una mortalidad materna de un 25 por 100, y una fetal de cerca de un 50 por 100. Hasta qué punto podemos hacer disminuir la cifra de mortalidad materna con la operación cesárea vaginal, no es posible hoy asegurarlo, dado el escaso material de observaciones; pero seguramente se consigue con esta operación disminuir de un modo no insignificante la mortalidad fetal. Naturalmente que hemos de tener, aun con esta intervención, un tanto por ciento elevado de mortalidad fetal: de una parte, porque los ataques de eclampsia influyen tan rápidamente sobre la vida del producto, que muy á menudo llega el caso á manos del tocólogo después de la muerte del feto; y de otra, porque esta complicación se presenta á veces en una época del embarazo en la que el feto no reúne aún condiciones de vida.

Sabido es que en el Congreso de Kiel se formuló la cuestión de si, lo mismo que en los casos de eclampsia, no podría ser sustituida en los de *placenta previa* la clásica versión, siguiendo el método de Braxton Hicks, en los casos en que no existe una dilatación suficiente del cuello uterino, por la incisión del mismo, practicando á continuación la versión y extracción del feto.

En el tratamiento de la placenta previa por medio de la versión combinada de Braxton Hicks, la mortalidad fetal es extraordinariamente elevada. En 35 casos de placenta previa, en los cuales se practicó la versión por este método, en la clínica de Friburgo, murieron 18 niños = 51,42 por 100; de las madres murieron 7 = 20 por 100.

Lo mismo observamos al estudiar grandes estadísticas. Así, según la de E. W. King, en New Albany, murieron, de 240 casos en que se empleó la versión combinada, el 22,5 por 100 de las madres, y el 57,2 por 100 de los niños. Según una nueva estadística de Hofmeier, la mortalidad materna ha disminuído bastante. Él hace referencia á 1.168 casos de placenta previa, con una mortalidad materna de 6 por 100 y con un 14 por 100 de morbilidad puerperal. El pronóstico fetal resulta, con poca diferencia, invariable; así L. Müller, en 2.365 casos de placenta previa, refiere 1.512 muertes del feto = 64,18 por 100. Strassmann refiere 231 casos, con una mortalidad fetal de 61,22 por 100; y Pohl 480, con una de 60 por 100. Aun estas cifras de mortalidad no representan, como Hofmeier hace observar con razón, la mortalidad exacta, por haber un gran número de niños que pierden la vida en los ocho primeros días, á consecuencia del traumatismo sufrido en el acto del parto. En general, se puede afirmar que, con el procedimiento de la versión combinada á lo Braxton Hicks, la mortalidad materna es cerca del 10 por 100, y la mortalidad fetal está representada por un 60 por 100.

Esta enorme mortalidad fetal influyó en algunos tocólogos para sustituir la versión por el balón en el tratamiento de la placenta previa. Schauta, Maeurer, Schatz, Kuestner, han recomendado este proceder. Zimmermann, de la clínica de Greifswall, nos da un resultado del empleo del balón, y aunque el número de observaciones es pequeño, se ve que la mortalidad materna es de un 6 por 100, y la fetal de un 37 por 100.

Sabemos ya que Bumm ha practicado la histerotomía en placenta

previa, para conseguir la dilatación del cuello uterino. Nosotros, que la hemos llevado á cabo en análogos casos en la clínica de Friburgo, la consideramos como método de elección, tanto más cuanto que con la maniobra de Braston Hicks, solamente se consigue, como vemos, hacer disminuir la mortalidad materna hasta cierto punto.

Las incisiones dan mejores resultados que el balón, con el cual nosotros hemos observado varias veces, y en particular en placentas previas centrales, hemorragias intensas en el momento de colocarlo, y aun mientras está colocado.

Se pueden temer, á primera vista, los peligros de la hemorragia al practicar las incisiones, tratándose, como en estos casos ocurre, de personas que ya han perdido mucha sangre; pero la experiencia nos ha demostrado que las pérdidas sanguíneas por este procedimiento son menores que las que se producen por el método de Braxton Hicks. De una parte, después de la versión, ocurre muchas veces que cuando no se hacen tracciones continuadas sobre el pie, hay pérdidas de tiempo en tiempo; sucede, además, que estas pérdidas aumentan después de la extracción fetal, como consecuencia de que á menudo la desinserción de la placenta en este momento no es completa—se necesita, según Hofmeier, en cerca del 11 por 100 de los casos, proceder al desprendimiento manual;—y, por último, las pérdidas sanguíneas después de la expulsión placentaria, y que procede del punto de inserción uterina de la misma, no deja de ser importante, dado que el poder de coagulación de la sangre disminuye en enfermas que, como éstas, están desangradas.

Llevando á cabo la operación en la forma siguiente: colocada la mujer en la mesa de operaciones, y poniendo al descubierto el cuello uterino por medio de dos valvas Doyen, se practican dos incisiones lo suficientemente grandes en la cara anterior y posterior del cuello, extrayendo inmediatamente el feto por versión, y á continuación manualmente la placenta, terminando todo con el taponamiento del útero y las suturas de las incisiones, contamos con un medio con el cual la mortalidad fetal en casos de placenta previa seguramente disminuye, mientras que la mortalidad materna apenas aumenta, si es que no la hace menor.

Si admitimos como recomendables las incisiones del cuello uterino llenando indicaciones fetales en los casos de placenta previa y eclampsia, debemos también admitirlas para los casos en que com-

plicaciones por parte del *cordón umbilical*, y en especial *prolapso* del mismo en el período de dilatación, pueden comprometer directamente la vida del producto. Nosotros, en estos casos, intentamos primeramente la reposición del cordón, y si resulta fallido este método varias veces, prescindimos generalmente de practicar de nuevo manipulaciones, é incidimos el cuello del útero igualmente que en el caso anterior, con objeto de lograr extraer el feto inmediatamente.

En los casos de presentación transversal, si no existe desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre, procuramos efectuar la versión por maniobras externas ó internas combinadas, ora la cefálica, ora la podálica, tirando en este caso del pie del feto lo suficiente, hasta que la dilatación del cuello sea casi completa.

Con esto hemos llegado á la segunda parte de nuestro estudio, esto es, á las medidas que podemos tomar en interés del feto en los casos en que *exista desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre*. Vemos, por la estadística de la clínica de Friburgo, que la pérdida de fetos en el acto del parto en los actos de estrechez pèlvica no es muy grande, comparándola con la mortalidad debida á resistencias de las partes blandas del canal genital. De todas maneras resulta que la mortalidad fetal en las estrecheces pèlvicas importa lo suficiente para interesar al tocólogo. En general, se observa en éstos últimos tiempos que se manifiesta clara la opinión de que no se debe ya en casos de estrechez pèlvica intervenir practicando la perforación del niño vivo. Prescindiendo de que este principio enunciado en tan corta fórmula no puede sostenerse, creo yo que no está bastante precisado aún hasta dónde se puede defender la vida fetal en las estrecheces pèlvicas. Cuando se refiere que tal tocólogo desde hace algunos años no ha practicado ninguna perforación del feto vivo en casos de estrechez pèlvica, fácilmente forma concepto el lector de que la mortalidad fetal en la práctica de dicho tocólogo es menor comparándola con la de otros autores.

Pero esto no resulta exacto, sino que, por el contrario, aquellos que mantienen en toda su integridad el principio de «en estrecheces pèlvicas no debe practicarse la perforación del feto vivo», pueden perder, en igualdad de grado de estrechez, más niños que aquellos otros que no mantienen un punto de vista tan radical. De un modo sencillo se demuestra esto lo suficiente. Así, aquellos que sostienen el criterio cerrado de que la perforación no debe jamás practicarse,

pueden ó esperar la marcha del parto en las estrecheces pélvicas hasta que el niño sucumbe, «y entonces practicar la perforación del feto muerto», ó son partidarios de la versión profiláctica, y si el niño muere durante esta maniobra, perforan la cabeza del feto «ya muerto.» De este modo, como se ve, no ha llevado á cabo la perforación del feto vivo; pero no obstante, la mortalidad fetal por estrecheces pélvicas es relativamente grande.

Yo creo que podemos precisar mejor la cuestión del modo siguiente: ¿Qué operaciones podemos practicar en la madre, para en lo posible conseguir muchos niños con vida en los casos de estrecheces pelvianas?

Para responder á ello, debemos distinguir dos grupos de parturientes:

1.º El grupo en el cual el tocólogo puede intervenir estando el canal genital aséptico y la madre sana.

2.º El grupo en el cual las operaciones tocológicas se hacen estando infectado el canal genital.

Esta diferenciación es de interés, porque nosotros, fundándonos en nuestros estudios bacteriológicos, no podemos menos que reconocer que no existe un método de desinfección tal, que con seguridad pueda librar á la mujer de los gérmenes importados al canal genital. La distinción de estos dos grupos interesa solamente á aquellos que, como nosotros, consideran al canal genital como un medio aséptico; para los que sostienen lo contrario, es decir, para los que piensan que es el punto de reunión de toda clase de bacterias sépticas y saprofiticas, estreptococos piógenos, puerperales estafilococos piógenos dorados, bacterias coli, etc., no tiene tanta importancia, pues no representa mucho el que una mano infectada conduzca algunos más estreptococos virulentos.

Los que sustentamos la primera opinión, es decir, la de que el canal genital representa, en principio, un medio aséptico, debemos para este grupo de embarazadas formular la cuestión del modo siguiente: «¿Debemos solamente en interés del niño, en los casos de asepsia del canal genital, practicar aquellas operaciones tocológicas por medio de las que seguramente conseguiremos disminuir la mortalidad fetal en los casos de estrecheces pélvicas, es decir, las operaciones destinadas á proporcionar un aumento momentáneo de los diámetros pelvianos y la cesárea abdominal?»

La contestación se da hoy casi de un modo diferente en cada publicación. Para ponernos de acuerdo es necesario primeramente poner en claro la importancia del traumatismo que sufre la madre en estas operaciones.

Toda operación que persigue como finalidad el procurar un aumento momentáneo en los diámetros pelvianos (1) puede ser sustituida por la perforación del feto vivo.

¿Cuál es la mortalidad y morbilidad materna en las perforaciones fetales, y cuál la de la operación cesárea y la de las intervenciones que procuran el aumento de los diámetros pélvicos? Veit opinaba hace poco que teóricamente la operación cesárea y la sinfisiotomía no debían arrojar mortalidad alguna. Pero en la práctica no resulta comprobado esto: la estadística nos demuestra, por el contrario, que la mortalidad de ambas operaciones sigue siendo relativamente elevada. Sobre esto hago yo notar á Veit que hasta hoy ninguna comparación exacta se ha establecido en las estadísticas, y se observa de ordinario que se parangonan estadísticas de perforaciones y craneotomías puras con estadísticas en bloc sin deducciones de la operación cesárea y de la sinfisiotomía. Se encuentran casi siempre comparaciones entre las reducidas cifras de mortalidad materna en las craneotomías y las cifras de mortalidad de la sinfisiotomía y operación cesárea sin corregirlas; esto es, sin precisar si en los casos en que se han practicado estas intervenciones ha sido otra la causa, una enfermedad de la madre, la eclampsia por ejemplo, la que ha determinado la muerte de ésta, sin hacer notar si las operaciones cesáreas, y en particular las que llenaban indicaciones absolutas, se han llevado á cabo en malas condiciones, en mujeres ya infectadas, en rupturas completas ó incompletas del útero.

El término medio de la mortalidad materna en la perforación y craneoclasia es de 10 á 15 por 100. Con razón se puede afirmar que un buen número de muertes no son atribuibles á la craneotomía en sí, sino á haberla practicado fuera de tiempo; restando estos casos resulta que en general el tanto por ciento descende al 2 á 3 por 100.

En esta reducción de la mortalidad en las craneotomías, que, á mi modo de entender, se establece con perfecta razón, se debe tener presente que una parte de los casos de muerte, «sin deber haber

(1) . Lo mismo que la operación cesárea en su indicación relativa.

ocurrido», está en cierto modo en relación con el procedimiento; sucede, por ejemplo, que precisamente en los casos de estrecheces pélvicas no muy acentuadas el médico encargado del parto, atendiendo á fundamentos fáciles de comprender, se resiste hasta lo último á practicar la craneotomía del feto vivo; pero puede ocurrir que en esta espera se produzca la rotura del útero, ó puede ocurrir también que con el mucho esperar se haga ascendente una infección que existía, agravando el pronóstico y comprometiendo entonces los resultados de la craneotomía, la infección de la cavidad del huevo. Si se hubiera en estos casos practicado, en lugar de la craneotomía, otra operación en tiempo oportuno, que pudiera haber salvado la vida del feto que estaba en peligro, por ejemplo, la cesárea ó la sinfisiotomía, quizá se hubiese evitado el desastroso final de la madre. No está, por esta razón, falta de interés la observación de que en muchas estadísticas precisamente la mortalidad de las craneotomías llevadas á cabo en los casos de estrecheces pélvicas moderadas es relativamente grande comparada con la que se podía esperar teniendo en cuenta solamente las dificultades técnicas de la intervención, que debían ser mayores cuanto mayor fuera la desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre.

En todo caso no debemos seguir, como hasta el presente, estableciendo comparaciones sencillas entre estadísticas de craneotomías y estadísticas de cesáreas y operaciones modificadoras de los diámetros pélvicos.

He aquí dos estadísticas sobre craneotomías y operaciones cesáreas llevadas á cabo en la clínica de Chrobak, recogidas por Lieremberger y que hacen referencia á 232 craneotomías con 18 casos de muerte de la madre y 77 cesáreas con 11 casos.

(Se continuará).

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 26 de Abril de 1907.

Preside el Señor Camiruaga

Con la asistencia de los Académicos Sres. Alonso, Gil y Gorroño, Aristegui, Entrecanales, Abad y Otaola se dió comienzo á la sesión.

**Sr. Landín.**—*Heridas de la vejiga urinaria, por arma blanca.*

**Sr. Gil y Gorroño.**—Felicitá al Sr. Landín por la exposición de caso tan notable y manifiesta su opinión conforme en un todo con la del disertante de que en las heridas de vientre de esta naturaleza, debe intervenirse, pues si no pasan desapercibidas para el cirujano las lesiones que el arma haya producido en las vísceras abdominales. Esta intervención es por lo demás poco ó nada peligrosa si se efectúa con todas las reglas de la antisepsia.

En el caso presentado, se puede apreciar claramente la resistencia que el peritóneo ofrece á la infección en algunos individuos, y cita el dicho de que «con el peritóneo y la matriz sucede lo que con algunas histéricas, que reaccionan mal si se las trata con mimo.»

Añade que él cree debe intervenirse cuando se sospecha la lesión de alguna víscera y entiende que si existe infección peritoneal, la intervención es de rigor. Pero si á través de la herida de las paredes del vientre forma hernia el epiplón y nada más que él, la intervención debe limitarse á resecarlo sin agrandar la herida primitiva.

Suplica el Sr. Landín, explique el por qué de la laparotomía en el caso que ha descrito de hernia epiploica.

**Sr. Landín.**—Dice que intervino en este caso, porque debido al mucho tiempo que había transcurrido desde que al individuo se le produjo la lesión hasta que lo vió él, se había infectado la herida y suponía que el peritóneo se hallara infectado también.

En cuanto á la infección de la herida de la vejiga después de la intervención, la explica diciendo que la sutura que em-

pleó era de seda, el drenaje daba salida á la orina y la seda se infectó á su vez, comunicando esta infección á la herida operatoria. Lamenta no haber podido emplear sutura de catgut ó sutura metálica, habiéndose visto obligado á emplear la seda, que como se sabe, se infecta fácilmente.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Dá las gracias al Sr. Landín por sus explicaciones, con las que se conforma.

**Sr. Aristegui.**—Pregunta la causa de la facilidad con que se infecta la seda.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Lo explica diciendo que la seda absorbe los líquidos por capilaridad.

**Sr. Aristegui.**—Agradece al Sr. Gil y Gorroño estas explicaciones y queda satisfecho de ellas.

**Sr. Landín.**—Lo cierto es que este asunto ha preocupado bastante á los cirujanos; pero sea por lo que quiera, el caso es que apenas se emplea la seda para sutura en operaciones de alguna importancia, prefiriéndose el hilo metálico ó la crín, de Florencia. El catgut también se infecta con facilidad, pero como se absorbe, se emplea más para las suturas y ligaduras profundas.

**Sr. Aristegui.**—Está muy conforme con las explicaciones que le han dado y dice que para la esterilización del catgut debiera emplearse sin procedimiento que lo endureciera, sometiéndolo después á una temperatura tal, que sin hacerlo fragil pudiera esterilizarlo.

**Sr. Landín.**—Esto es precisamente lo que se practica en el Hospital de esta villa; se sumerge durante un tiempo determinado el catgut en alcohol propílico; se le coloca en unos tubos de bronce cerrados y se lleva así al autoclave, donde se le somete á una temperatura suficiente para esterilizarlo, pero sin hacerle perder su elasticidad.

**Sr. Gil y Gorroño.**—En vista del interés que este asunto tiene, propone á la Academia, y así se acuerda, que queda á discusión el procedimiento de esterilización de los materiales de cura.

El Secretario general,

C. MENDEZA.

*Sesión celebrada el día 10 de Mayo de 1907.*

Preside el Sr. Camiruaga

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Aristegui, Alonso, Saralegui, Lotero y Otaola, dió comienzo la sesión, haciendo uso de la palabra el

**Sr. Gil y Gorroño.**—*Dos casos de anginas pultáceas.*

El primero se refiere á una niña de 6 años de edad, sana habitualmente y sin antecedente alguno que pudiera tener relación con el estado actual: repentinamente esta niña se sintió enferma aquejando molestias en la garganta, que se hallaba algo aumentada de volumen. Examinado el fondo posterior de la boca, presentaba en una de las amígdalas, dos placas blanquecinas, grisáceas, con elevación de los bordes: había además fiebre de 38° y el estado general no tenía nada de particular. Creyó que se trataba de unas anginas blancas, estreptocócicas y dispuso un gargarismo con una solución de ácido bórico y unos toques con zumo de limón.

Al día siguiente se desprendió una de las placas, haciendo lo mismo la otra, al siguiente día, desapareciendo la fiebre y curando sin más.

El otro caso se refiere á un niño de 3 años de edad, con respiración difícil, ruidosa en la inspiración y espiración y tiraje muy pronunciado: no existía placa alguna, sino enrojecimiento del fondo posterior de la boca, y pensó en la existencia de una laringitis estridulosa, pues entre otras cosas, el niño se hallaba ligeramente acatarrado desde dos días antes. La aplicación de esponjas calientes en el cuello y la administración de una poción de clorato de potasa y acónito, bastó para curar la afección.

Estos dos casos demuestran en lo que se refiere al diagnóstico de la difteria lo circunspecto que hay que ser en lo tocante á la administración del suero. Si á cualquiera de estas criaturas se le hubiera propinado el suero, cabe suponer que á este tratamiento se le hubiera achacado la curación, cuando en realidad el suero no hacía falta alguna. Hay más todavía, y es, que el suero puede á veces causar transtornos de alguna importancia, de todo lo cual se deduce que conviene hacer un

buen diagnóstico siempre, y no aplicar el suero más que en los verdaderos casos de difteria.

**Sr. Lotero.**—Abunda en las mismas opiniones del Sr. Gil. No hay que apresurarse en administrar el suero y es necesario saber esperar. Cita un caso que vió y que pensaba fuera difteria, pero sin apresurarse ordenó unos toques con zumo de limón y lavados de la cavidad bucal con agua oxigenada y resorcina.

Curó el niño sin más que este tratamiento, demostrando esto que no existía difteria.

Otro caso que vió algún tiempo después, sin mancha ni placa alguna en las amígdalas, pero los padres pensaron que se trataba de difteria y exigieron que se propinara el suero.

Previa consulta con varios compañeros, uno de ellos se empeñó en que el caso era de difteria verdadera y por lo tanto quería poner el suero, el que una vez inyectado produjo trastornos tales, como elevación de temperatura, colapso, anuria, etcétera, cuyos trastornos persistieron varios días, concluyendo por curarse el niño.

Entiende que como todo, se ha abusado del suero, ó que fácilmente suele precipitarse el médico en aplicarlo, siendo por lo tanto muy conveniente meditar antes sobre el caso y hacer un diagnóstico exacto.

**Sr. Mendaza.**—Precisamente estos días ha tratado dos enfermos con anginas probablemente diftéricas. Uno de ellos, un niño de 18 meses de edad, con enormes placas en el fondo de la boca, temperatura muy alta y malísimo estado general, al que además de unas aplicaciones tópicas adecuadas al objeto, se le puso el suero: el niño sucumbió á las 24 horas de haberle hecho la primera visita.

El segundo enfermo es un niño también, de 3 años, hermano del anterior, indudablemente contagiado por aquél, con una placa blanca, grisácea grande en cada una de las amígdalas, que aun antes de que el niño tuviera trastornos de índole general fué visto y tratado mediante el suero y con toques de fenol sulfurricinado y lavados con licor de Labarraque mezclado con agua: este niño curó durándole la convalecencia una porción de días.

Aplica el suero cuando cree haber hecho un diagnóstico clínico exacto; procura no precipitarse, pero una vez de que se trate en su concepto de la existencia de una difteria verdadera:

no vacila en dar el suero. No cree que el suero administrado prudentemente acarree los trastornos que se le han imputado; él no los ha visto, aunque está claro que esto no es razón para negar su existencia, pero en la literatura médica son pocos los casos de accidentes graves que se registran, y que puedan achacarse en verdad al suero. La misma anuria observada en algunos casos ¿no puede atribuírsela á la misma índole de la enfermedad, como un caso que conoce de un escarlatinoso, en el que el médico de cabecera administró el suero de Roux, sobrevino anuria, pero anuria que achacada al medicamento resultó que era debida á una nefritis que el enfermo ya padecía?

Por lo demás, opina que la precipitación en esto como en todo es origen de fracasos, por lo cual hágase bien el diagnóstico que es lo principal.

**Sr. Aristegui.** — *Esterilización de los materiales de curación.*

La esterilización de cualquier sustancia debe responder, conforme el día pasado tuve el honor de manifestaros á la composición química del mismo, y como quiera que en la composición del catgut entra como base primordial la materia gelatinosa, todos los procedimientos de esterilización han de ser tales que no alteren á ser posible su composición, de aquí que no puedan usarse el agua hirviendo, el autoclave directamente, estufas secas, etc., pues los primeros disuelven la gelatina, conforme podéis ver en este tubo y destruyen la estructura física del catgut, y los segundos deshidratan y lo hacen extremadamente quebradizo.

Debido pues á estas circunstancias especiales y á la importancia que como material de curas tiene en cirugía (por las propiedades preciosas que posee, de ser reabsorbido por los tejidos) se han ideado y hecho uso de mil procedimientos.

Para una buena esterilización del catgut se exigen dos condiciones esenciales:

- 1.º Destrucción de todas las bacterias que puede contener.
- 2.º Evitar que pierda nada de sus buenas condiciones de resistencia, flexibilidad y propiedades reabsorbibles.

La primera condición se obtiene sin dificultad pero es á beneficio de la destrucción de las buenas propiedades que debe tener el catgut.

De aquí los numerosos procedimientos seguidos para obtener una buena esterilización sin perjuicio de las otras propiedades.

El más antiguo procedimiento, según la indicación de Lister, consiste en desengrasar el catgut y sumergirlo en una solución de

Acido fénico cristalizado. . . . .	20 gramos
Agua . . . . . , . . . . .	2 >
Aceite de olivas . . . . .	100 >

En esta mezcla se tiene durante 5 ó 6 meses, tiempo necesario para la completa esterilización, resultando un catgut de condiciones buenas para la cirugía; si bien tiene el inconveniente del espacio de tiempo tan largo que tiene que estar, y de la grasa que dificulta un tanto el manejo del catgut al tenerlo que usar.

También (después de bien desengrasado) se han empleado soluciones de sublimado corrosivo, solución alcohólica de ácido fénico, cloruro de paladio en alcohol. El Dr. Cardenal, usa el catgut desengrasado en éter y sometido á la acción del sublimado al 1 por 1000, durante 24 horas, y luego conservado en alcohol con un 2 por 1000 de sublimado, habiéndole dado este procedimiento según dice, muy buen resultado.

El aldehído fórmico ha sido usado en Inglaterra; este cuerpo tiene la propiedad de insolubilizar de tal suerte la gelatina del catgut, que sometido á una posterior ebullición en el autoclave, no se gelatiniza, pero en cambio se perjudica en sus propiedades reabsorbibles, y pierde mucho en sus condiciones de resistencia y flexibilidad.

Se han usado también los aceites esenciales, (en especial el de canela) por las propiedades antisépticas que poseen esos líquidos, para lo cual M. Debuchy aconseja tratar el catgut desengrasado por una solución de nitrato de plata al 2 por 100 durante 15 días; lavar al cabo de ese tiempo con solución de sal común, y luego en agua destilada y sumergirlo en solución alcohólica de esencia de canela al 25 por 100 durante dos días y conservarlo en alcohol absoluto.

La farmacopea española no se ocupa para nada de este importante punto; en cambio la francesa aconseja el uso del alcohol etílico absoluto, y la temperatura de 130°: en el autoclave y posterior inmersión en el agua para hidratarle y hacerle más manejable y flexible.

Por este procedimiento del alcohol absoluto, pierde un tanto sus buenas propiedades, disminuyendo su resistencia, si bien es el aceptado oficialmente en Francia.

Hoy se ha empleado al parecer con éxito la bencina cristalizabile, en donde no pierde resistencia el catgut en tan grande escala como con los otros procedimientos.

De todo esto se deduce en mi humilde opinión que hoy el procedimiento más práctico y con garantía suficiente, son el alcohol absoluto con el empleo del autoclave, tal como se indica en el Codex ó el de la bencina cristalizabile.

Siento que no esté aquí presente el Sr. Landín que nos dijo el día pasado que en el Hospital Civil de Bilbao esterilizaban ellos el catgut con el alcohol propílico, cosa que no me explico, pues siendo el etílico mucho más barato, con propiedades casi idénticas, no encuentro razón alguna para que se haga uso del propílico, que no ofrece ninguna ventaja sobre el alcohol de vino absoluto.

---

*Sesión celebrada el día 17 de Mayo de 1907.*

---

Preside el Sr. Camiruaga.

---

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Alonso, Saralegui, Lotero y Otaola se dió comienzo á la sesión, exponiendo el Sr. Lotero un caso de *herida penetrante de torax y abdomen por arma de fuego*.

(El caso va expuesto por su autor en otro lugar de la Revista.)

**Sr. Gil y Gorroño.** —Como muchas veces ha dicho, todos los casos, aún los más sencillos y corrientes tienen una importancia grande, porque á veces hay detalles de cierta indole que enseñan algo.

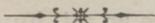
Precisamente en este caso puede observarse el hecho de que, aun cuando las lesiones producidas por la bala al perforar de delante á atrás el torax debieran ser gravísimas, no fueron así en realidad, y es que en las heridas penetrantes de torax, la gravedad no es tan grande apesar de los destrozos ocasionados en el pulmón, como el arma no lesione algún vaso bronquio grueso ó el mismo corazón.

Cita en apoyo de estas afirmaciones un caso de un suicida que se disparó tres tiros en el pecho ocasionándole otras tantas heridas penetrantes, de todas las cuales curó.

El Secretario general,

C. MENDEZA.

## COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA



*He aquí la protesta que este Colegio eleva al Ministro con motivo de la petición de algunos Dependientes de Farmacia.*

*Excmo. Sr. Ministro de Instrucción Pública:*

Los que suscriben, Farmacéuticos, que constituyen la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de esta Provincia, en su nombre y en el de todos sus colegiados, á V. E. con la debida consideración y respeto exponen:

Que habiendo tenido noticia de una instancia elevada ante V. E. en Diciembre último por algunos dependientes de Farmacia, en solicitud de que por ese Ministerio se cree un nuevo Título que se denominará de «Auxiliares de Farmacia» se creen en el caso de protestar respetuosa pero enérgicamente contra tal pretensión á todas luces importuna é impropcedente y que vendría á sancionar con el manto de la legalidad una intrusión más en el campo de la Farmacia agostado ya y esquilmdo con la inexplicable tolerancia de las autoridades Sanitarias y grave perjuicio de la salud publica, por una nube de intrusos que han mermado los justos y legítimos ingresos del Farmacéutico, á un ridículo y lamentable extremo que aun se le trata de arrebatar con la mencionada pretensión.

Unánimemente se ha levantado contra tan desatentada petición toda la clase farmacéutica Española y á ella han unido su protesta el claustro de profesores de la Facultad de Farmacia (de la Universidad Central) y el elemento escolar de la misma: también unimos la nuestra, enérgica y vigorosa apoyados en lo que determina la ley de Sanidad vigente en su artículo 81, Ordenanzas de Farmacia, artículos 2.º 9.º y 17 y demás disposiciones legales, concediendo al Farmacéutico el derecho exclusivo de preparar y expender medicamentos é imponiendo el deber de realizar á su presencia esa preparación y contrayendo por ello la consiguiente responsabilidad.

Bajo ningún concepto y mirese por donde se mire, aparece la oportunidad ni menos la necesidad de la creación de semejante Título académico y así fué reconocido por ese mismo Ministerio en R. O. de 30 de Mayo de 1904.

Dejando á un lado las consideraciones de orden económico que presentan al Farmacéutico Español atravesando una penosísima situación nacida del excesivo número de profesores con relación al de ha-

bitantes; reducido en los pueblos y partidos rurales con el absurdo é inmoral sistema de iguales á los últimos límites de rebajamiento moral; fluctuando eternamente entre el pavoroso dilema de su conciencia ó sus intereses; despojado miserablemente, en las capitales, de sus legítimos y exclusivos derechos por una legión de industriales sin título ni responsabilidad alguna que han invadido su campo desalojándole de sus legítimos dominios; batido en sus últimas trincheras por la competencia que el mismo Estado la establece con la ilegal forma en que se hace el despacho en las Farmacias Militares, mal llamadas así, pues en ellas se despacha á todo el mundo, sean ó no militares; aún no invocando estos motivos, que por sí solos son ya suficientes para no autorizar lo que seguramente vendría á agravar esta penosísima situación, sin beneficio positivo para nadie, existen otros motivos de orden legal y jurídico, que hacen que no pueda ni deba prosperar tal demanda presentada por quienes no encontrándose quizá con ánimos para emprender una carrera larga y costosa buscan el modo de que la ley ampare una intromisión en las funciones del Farmacéutico, exacta y jurídicamente definidas y á costa de grandes estudios y dispendios adquiridas.

La misión profesional y legal del Farmacéutico es única y personal como lo es la responsabilidad que la ley le exige: toda persona, pues, que este tenga, para que con su ayuda pueda desempeñar esta misión, lo será única y exclusivamente de caracter manual ó servicial, sin que pueda haber por esto inhibición por parte de uno ni adquisición por parte de otro de competencia y responsabilidad que únicamente al Farmacéutico corresponden.

Por otra parte si el auxiliar de Farmacia había de poder desempeñar funciones análogas á las del Farmacéutico, dicho se está que la suma de conocimientos que se le habían de exigir sería igual á los que á aquel se le exigen: no vacilamos en afirmar que no es ciertamente esto lo que los practicantes de Farmacia se proponen con su solicitud.

Los intereses materiales que el Farmacéutico defiende en su oficina, exigen que el personal que aquel tenga á sus órdenes sea de su absoluta confianza que no la dá ciertamente un título académico, que por otra parte no libra al Farmacéutico de las responsabilidades que tiene contraídas ante la ley.

Por todas estas razones y haciendo constar nuevamente que este mismo asunto ha sido desestimado ya anteriormente por R. O. de Mayo de 1904, sin que posteriormente haya ocurrido nada que justificara en ese Ministerio un cambio de opinión, esta Junta de Gobierno

de este Colegio Oficial suplica á V. E. respetuosamente se sirva desestimar la petición de la Junta de Auxiliares de Farmacia de Barcelona, por no ajustarse á lo legislado sobre este particular y ser manifiestamente inoportuna è impropcedente.

Dios guarde á V. E. muchos años.

Bilbao Mayo de 1907.

JOSÉ DE CELADA, *Presidente accidental*.—MANUEL DE SARALEGUI, *Tesorero*.—JOSÉ BOLIVAR, *Secretario*.—José Sastre, Jesús de Astaza, Jorge de Aguirrezabala, *Vocales*.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

Enrique López.—Oftalmología clínica.—Habana 1906.

La Redacción de la GACETA MÉDICA DEL NORTE me manda un libro titulado «Oftalmología Clínica» y me suplica lo analice.

De su autor el Dr. Enrique López, sólo sabemos, antes de deshojar el libro, que es un oculista afamado que visita mucho en la Habana; así al menos lo atestiguan algunos enfermos que han llegado á nuestra consulta. Después de leerlo concienzudamente, podemos decir además, que es un buen observador y un excelente clínico.

Basada en 8.000 enfermos presenta una Estadística, la tercera que publica, llena de cifras y de historias clínicas de los casos que él considera interesantes.

El censo de 1899 le sirve para apreciar la proporción de enfermos con la totalidad de la población. Blancos son en la capital de nuestra isla perdida, según ese censo, el 67 0/0, Mulatos el 17 0/0, Negros el 15 0/0 y Chinos el 1 0/0.

Los 8.000 enfermos que le sirven de base para su estadística, padecieron 11,517 enfermedades.

Las enfermedades que más se padecen en la Habana son: las de la Conjuntiva 24,4 0/0, siguen las de la córnea 13,5 0/0 y después las de los músculos oculares 14,8 0/0.

De las enfermedades de la conjuntiva las más frecuentes son las catarrales, la flictenular y la granulosa.

Hablando de la primera, nos describe una epidemia que hubo en la provincia de la Habana en 1891 y que los naturales conocían con el nombre de (ceguera), y cuyo agente transmisor, según el vulgo es la *guarasa*, cuya particularidad era la gravedad que revestía, pues con frecuencia era causa de abcesos y úlceras de la córnea con intensa fototobia. Dada la curiosidad con que lleva el Sr. López su libro de

enfermos, esperamos en la próxima obra que publique, asocie los concienzudos trabajos de la Clínica á los luminosos del Laboratorio.

Entre las lesiones corneanas, las ulceraciones, síntomas de diferentes enfermedades, como dice el autor, son muy frecuentes. No faltan en la estadística observaciones de todas las enfermedades de la córnea, como queratitis leprosa, cuya descripción hace, queratitis neuro-paralítica, etc.

Y todo esto con un derroche de diseños, todos muy bien tomados.

Pasaremos por alto las enfermedades de la esclerótica, del iris, del cuerpo ciliar, de la coroides, retina, etc., etc., no ciertamente porque no haya en estos capítulos muy interesantes cosas dignas de anotar, sino porque los estrechos límites que nuestra Revista da á esta crítica, no nos permite extendernos mucho.

Entre tanto bueno, he notado sin embargo una pequeña falta, y es un capitulito dedicado á la ambliopia nicotínica. Sería muy interesante. ¿Es que no existe en la Habana? ¿Influye la calidad del tabaco?...

La oftalmoscopia clínica ocupa un lugar importante en el libro del Dr. López.

Una observación atenta en oftalmoscopia reclama absolutamente el manejo del diseño, el que no se consigue sino gracias á croquis periódicamente tomados y cuidadosamente ejecutados. Gracias á esta labor puede el citado señor presentar al fin de su obra treinta y seis planchas, que acreditan al autor y á la casa editora.

Reciba mi más sincera felicitación el Dr. cubano.

C. CASTIELLA.

---

## SECCION PROFESIONAL

---

**Médicos titulares.**—En la reunión que han celebrado en San Sebastián los representantes de las Diputaciones vascas, trataron de lo referente al reglamento de Médicos titulares de este país, puesto que el Gobierno reconoció la autonomía vascongada en este punto. La Asociación de Médicos titulares de Guipúzcoa ha redactado un proyecto, y los diputados reunidos han acordado ponerlo en conocimiento de los pueblos, para que éstos hagan las observaciones que estimen convenientes.

Al proyecto de reglamento podrán hacer los pueblos las observaciones que juzguen oportunas á fin de redactar después el definitivo.

# ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD

*Defunciones por causas, por edades y por sexos, ocurridas en Bilbao durante el mes de Mayo 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.	H.	Total	
Nomenclatura internacional abreviada																	
Fiebre tifoidea (tifus abdominal)	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1
Tifus exantemático	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Fiebres intermitentes y caquexia palúdica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Viruela	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Sarampión	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	1
Escarlatina	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Coqueluche	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	1
Difteria y crup	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Grippe	..	..	..	..	..	..	..	..	3	1	..	..	..	..	3	1	4
Cólera asiático	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cólera nostras	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Otras enfermedades epidérmicas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tuberculosis pulmonar	..	1	..	..	1	2	8	3	8	3	1	..	..	..	17	10	27
Tuberculosis de las meninges	1	1	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	1	4
Otras tuberculosis	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Sifilis	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	2
Cáncer y otros tumores malignos	..	..	..	..	..	..	1	2	1	2	..	1	..	..	2	5	7
Meningitis simple	1	1	2	3	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	5	4	9
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	4	..	..	1	4	5
Enfermedades orgánicas del corazón	1	..	..	..	..	..	1	2	1	1	1	3	1	..	5	6	11
Bronquitis aguda	3	4	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	4	8
Bronquitis crónica	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..	2	..	..	..	4	4	8
Pneumonia	1	1	1	2	1	3	..	..	1	3	3	3	..	..	7	12	19
Otras enfermedades del aparato respiratorio	..	..	1	1	..	..	2	..	1	..	1	..	..	..	5	1	6
Afecciones del estómago (menos cáncer)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	..	1
Diarrea y enteritis	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2	..	..	1	2	3
Diarrea en menores de dos años	3	2	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	3	7
Hernias, obstrucciones intestinales	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	1	2
Cirrosis del hígado	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nefritis y mal de Bright	..	..	..	..	1	1	..	..	..	..	1	..	..	..	1	2	3
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	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperal)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	1
Otros accidentes puerperales	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Debilidad congénita y vicios de conformación	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	2
Debilidad senil	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	1	2
Suicidios	..	..	..	..	..	..	1	..	2	..	1	..	..	..	4	..	4
Muertes violentas	..	..	..	..	2	..	1	..	..	..	..	..	..	..	3	..	3
Otras enfermedades	2	4	2	..	1	..	1	..	2	2	..	..	..	..	8	6	14
Enfermedades desconocidas ó mal definidas	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
TOTALES POR SEXOS	15	17	12	8	6	6	17	7	20	13	12	18	1	88	69	152	
TOTALES POR EDADES	32	20	12	24	33	30	1	152									

## DEMOGRAFÍA

NACIMIENTOS					NACIDOS MUERTOS					DEFUNCIONES
LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	
V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.		
130	117	11	16	274	7	6	2	1	16	152