

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV

Bilbao — Agosto — 1908

Núm. 164

Nota sobre la intervención tocológica de mayor mortalidad

POR EL DR. CARMELO GIL É I.

Es ist leider kein Zweifel, dass die Placentarlosung unsere gefährlichste geburtshilfliche Operation bildet... (1)

(Fehling—Die Operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik, 1908.)

«ist die manuelle Losung und Extraktion der Placenta, das «Holen» des Mutterkuchens, ein recht gefährlicher Eingriff.» (2)

Bumm—Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, 1905.)

«Eine einfache Ovariectomie unter den günstigen Vorbereitungen der Klinik ist eine weniger gefährliche Operation wie eine künstliche Nachgeburtlosung in der allgemeinen Praxis» (3)

(Strassmann. F. von Winckel. Handbuch der Geburtshilfe, 1906.)

Escribo este artículo por ser de los que creen que jamás puede ser delito descubrir defectos para corregirlos, y sí lo es, y grande, encubrirlos.

En él no digo nada nuevo para la Ciencia, pero sí algo desconocido ú olvidado para muchos médicos.

Con una frecuencia verdaderamente alarmante, se nota que suelen llevarse á cabo intervenciones de la índole que me ocupa.

(1) Desgraciadamente no cabe duda que la desinserción de la placenta es la operación tocológica más peligrosa.

(2) La desinserción y extracción manual de la placenta es una maniobra directamente peligrosa.

(3) Una simple ovariectomía practicada en condiciones de clínica, es una operación menos peligrosa que una desinserción artificial de las parias, llevada á cabo en la práctica domiciliaria.

En partos, por completo normales, y sin indicación alguna para intervenir una vez expulsado el feto, hay quien introduce la mano, muchas veces sin esterilizarla, ó después de haber practicado una parodia ridícula de esterilización, y desinserta la placenta, comprometiendo directamente la vida de una mujer que acaba de ser madre, practicando sin necesidad, la intervención tocológica que lleva envuelta consigo la cifra de morbilidad y mortalidad más elevada.

Estoy convencido de que la mayoría lo hacen desconociendo su gravedad y trascendencia. He oído ya varias veces á más de un compañero, expresarse en estos ó parecidos términos: *«yo, al introducir la mano para desinsertar la placenta, jamás pensé que lo que hacía tenía la importancia que ustedes dicen.»*

A esto puede contestarse que la desinserción manual de la placenta, sin la existencia de una indicación vital, y sin haber agotado hasta el extremo los demás medios recomendados para conseguirla, debe considerarse, al menos en la práctica privada, como una gravísima falta tocológica.

Sus trágicas consecuencias hacen de ella una intervención más temible que la misma operación cesárea abdominal.

Las cinco gráficas de mortalidad y morbilidad que á continuación expongo, demuestran claramente la importancia y trascendencia de la desinserción y extracción manual de la placenta.

Por mi parte, puedo presentar una estadística muy pequeña, pero sin embargo muy demostrativa. Prescindiendo de casos típicos, llenos de enseñanza, observados por mí en las clínicas y de aquello que yo he tratado, pero cuyo final desconozco, solo hago mención de los que recuerdo haber visto en mi corta práctica y de tres que me han sido referidos:

1.º Enferma á quien se practicó la desinserción manual. Ni la practiqué yo, ni ví practicarla; asistí á su puerperio. Bacteriemia gravísima = † á los pocos días.

2.º Desinserción manual—no practicada por mí—Bacteriemia metastásica—me encargué de su puerperio.—Desbridamiento de gran número de absesos.—Curación.

3.º Retención placentaria.—Placenta acreta.—Extracción incompleta.—Gravísima infección. = †.

4.º Placenta previa.—Desinserción manual.—Infección de mediana intensidad.—Curación.—Medianas condiciones de asepsia.

GRÁFICAS

(a) *Estadística Rosenthal*. Mortalidad por extracción manual de placenta, 13 por 100. (1.^a línea).

Id. de la operación cesárea abdominal, 8,6 % (2.^a línea).

Id. de la versión, 4,8 % (3.^a línea)

Id. del forceps, 4,4 % (4.^a línea).

Id. del aborto, 2,2 % (5.^a línea).

(b) *Estadística Hegar*. Mortalidad por extracción manual de placenta, 11 % (1.^a línea).

Id. de la versión, 7,7 % (2.^a línea).

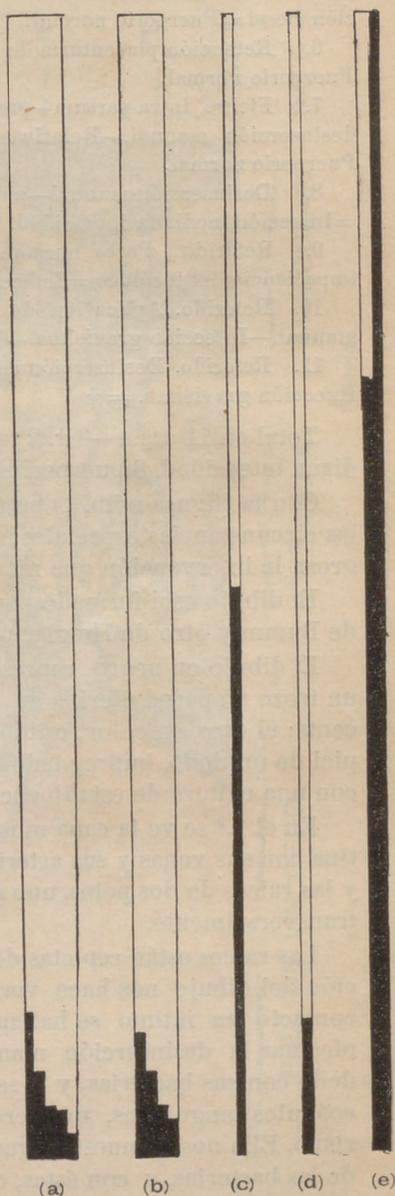
Id. del forceps, 4,7 % (3.^a línea).

Id. restantes intervenciones, 3,5 % (4.^a línea).

(c) *Estadística Seiffarth*. En 9.500 partos, 79 desinserciones placentarias, con una morbilidad de 50 %

(d) *Estadística Gutmamt*. Una serie de 100 extracciones de placenta, con una mortalidad de 12 %

(e) *Estadística Sachs*. En 100 casos de muerte por infección puerperal, se habían practicado 68 desinserciones manuales de placenta. (1)



5.º Retención placentaria de dos días—operada en domicilio en bastante buenas condiciones de asepsia.—cloroformización—Dilatación Bossi.—Puerperio normal.

6.º Retención placentaria de dos días—operada en mi clínica.—Puerperio normal.

7.º Fiebre intra-partum—presentación transversal—decapitación desinserción manual.—Relativas buenas condiciones de asepsia.—Puerperio normal.

8.º Desinserción manual—muy medianas condiciones de asepsia.—Infección mediana intensidad.

9.º Referido. Parto normal.—Desinserción manual.—Indicación impaciencia del tocólogo.—Infección de forma tijera.—Curación.

10. Referido. Aplicación de forceps. Episiotomía.—Desinserción manual.—Infección gravísima.—Curación.

11. Referido. Desinserción manual practicada por un barbero.—Infección gravísima. = †

Total en 11 casos—3 †. 2 infecciones gravísimas. 3 de mediana intensidad. 3 puerperios normales.

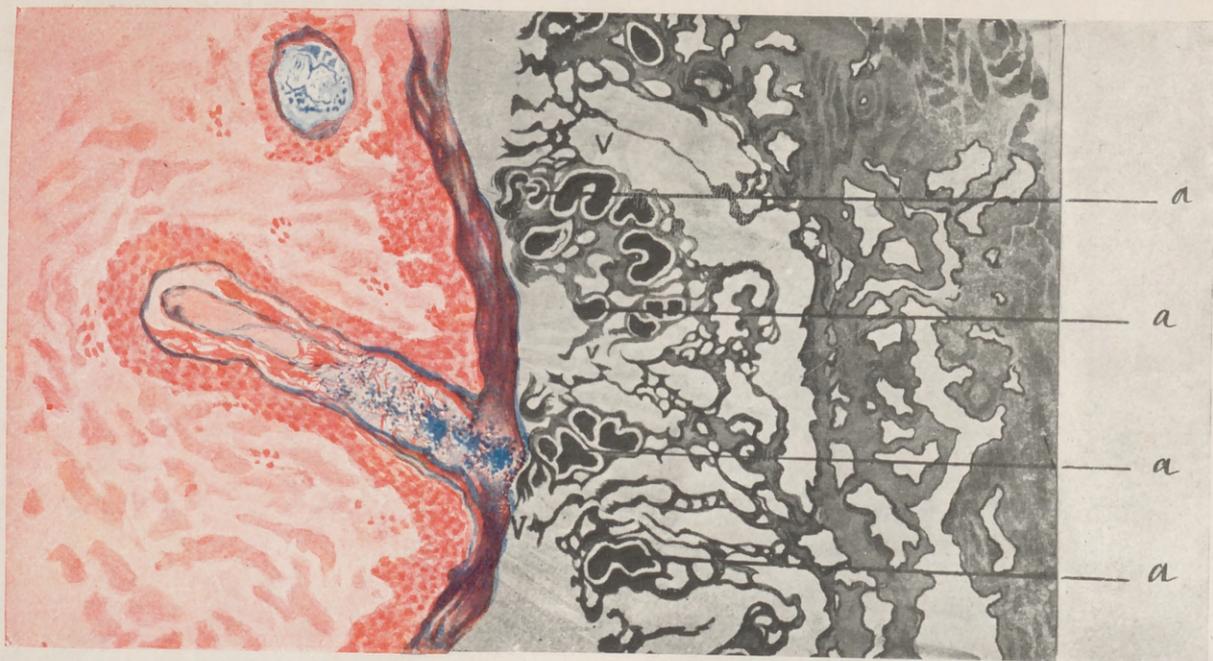
Con la (figura núm. 1) pretendo hacer claras y palpables las circunstancias especiales anatómicas, que hacen tan peligrosa la intervención que me ocupa.

El dibujo está formado por una combinación de dos; uno de Bumm y otro de Hægler.

El dibujo en negro representa una sección transversal de un trozo de pared uterina en el punto de inserción de la placenta; el otro, en color, unido al anterior, es la sección de la piel de un dedo, impregnado experimentalmente por Hægler, con una cultura de estafilococos en agar.

En el 1.º se ve la capa muscular y adherida á ella la serotina con sus venas y sus arterias; en el 2.º, la capa de Malpigio y las raíces de dos pelos, uno cortado longitudinalmente y otro transversalmente.

Las raíces están repletas de cocos (azul) y la simple inspección del dibujo nos hace ver cómo, de qué manera, en qué contacto tan íntimo se hallan colocados cuando se trata de efectuar la desinserción manual de la placenta, la piel del dedo con sus bacterias, y la serotina abundante en vasos, con coágulos sanguíneos, un verdadero caldo de cultivo bacteriano. Ella nos demuestra igualmente la facilísima transmisión de las bacterias, y con éstas, de las formas de infección más graves, que acaban no pocas veces con la vida de la puerpera.



PIEL DE UN DEDO

SEROTINA

MUSCULAR

a = arterias

v = venas

100

100

Una buena dirección del alumbramiento, hará disminuir la frecuencia de practicar esta intervención por indicación absoluta. Está demostrado que cuando la dirección del parto está encomendada á un comadrón perito, la necesidad de practicar la desinserción y extracción manual de la placenta, no llega al 0,3 por 100.

Se puede afirmar que el *número de desinserciones y extracciones manuales de placenta, está en razón inversa del grado de cultura tocológica de un país.*

En la mayoría de las veces es la impaciencia la que nos hace introducir la mano dentro del útero, ó nos induce á practicar maniobras intempestivas fuera de la cavidad de la matriz que entorpecen la marcha normal del alumbramiento, y hacen más tarde obligatoria la desinserción manual.

Mi maestro Strassmann ha hecho la observación de que los Domingos eran los días que con más frecuencia se recibían avisos de la policlínica de Berlín, para llevar á cabo la desinserción manual de las parias. Parteras impacientes, deseosas de quedar libres el día festivo, eran las que con espresiones antes de tiempo, ó por introducir directamente la mano dentro del útero, con el propósito de acabar antes, desprendían parcialmente la placenta, haciendo más tarde de absoluta necesidad la extracción artificial.

El peligro de esta maniobra, se halla, desde luego, en la facilidad de infectar la madre, por manos deficientemente esterilizadas, y en las condiciones especiales de la región en que se opera, que hacen muy difícil su esterilización completa: no en las dificultades de técnica ni en el traumatismo operatorio.

Es fácil por parte del médico inculpar en la mayoría de los casos á las parteras, de las infecciones de las paridas, pero esto que con frecuencia se hace, no siempre es verdad; la prueba está, en que por término medio—hablo teniendo en cuenta estadísticas alemanas—son infectadas 1 de cada 632 puerperas de las asistidas por parteras, mientras que enferman 1 de cada 44, ayudadas por médicos.

Si bien es verdad, que éstos intervienen en los casos patológicos, esto no es motivo para explicar en absoluto la mayor morbilidad.

El médico, más que la comadrona, está en contacto continuo con procesos sépticos, y sus manos, ricas en gérmenes patóge-

nos, no quedan fácilmente esterilizadas, máxime cuando la desinfección se hace por procedimientos tan rudimentarios como de ordinario. Con manos *aseptizadas* de esta forma, se transmiten las infecciones y en más de una ocasión, han inoculado á su propia mujer ó á su misma hija, pagando éstas con la vida, la ignorancia ó descuido del padre comadrón ó del esposo tocólogo.

Disminuyendo en lo posible la frecuencia de nuestras intervenciones, y mejorando los procedimientos de desinfección usados en la práctica, es como mejor lucharemos contra las infecciones de las paridas, cuya causa nos es hoy conocida, gracias á los trabajos iniciados por el inmortal húngaro

J. Ph. Semmelweis.

Pionefrosis del Riñón izquierdo

El 23 de Enero pasado tuvimos la ocasión de observar en la consulta de uno de nosotros, una enferma de pionefrosis izquierda, cuya historia vamos á relatar.

Bertina M., de 40 años, casada, natural del Valle Mena (Villanueva) y se dedica á las faenas del campo. Antecedentes de familia ninguno, así como tampoco personales. El marido robusto sin pasado uretral alguno. Este matrimonio ha tenido tres hijos, dos de ellos de 15 y 3 años, gozan de perfecta salud, el segundo en edad, que en la actualidad contaría 7 años, murió de escarlatina.

Todos los partos han sido fáciles, pero después de uno de los últimos (no precisa bien) comienza á sufrir de dolores renales, riñón izquierdo, dolores que al principio algo fuertes fuéronse calmando, pero sin desaparecer por completo.

Hará año y medio que sobrevinieron algunas alteraciones, frecuencia de micción diurna 6 ó 7, nocturna tres ó cuatro, los dolores no aumentaban y podía dedicarse á sus trabajos ordinarios. No ha habido micciones abundantes que llamasen su atención, así como tampoco alteraciones en la orina. Estas sobrevinieron hace un año, orinas sucias á la emisión color achocolatado de olor repugnante que infectan toda la casa.

No ha tenido hematuria alguna, así como tampoco cólicos nefríticos; el movimiento en sus diferentes variedades así como el reposo, no tienen influencia alguna sobre los dolores renales.

Acusa dolores en todo el bajo vientre y escozor á la micción.

En el momento de la visita la enferma goza de una salud escasa, falta de carnes, color pulido amarillento, inapetencia absoluta y según dice ella, se sostiene por alguna cantidad de vino que toma.

Examen.—Vulva normal; uretra libre; las orinas obtenidas por el cateterismo (100 gramos) y depositadas en un vaso, presentan un color gris achocolatado, con un depósito purulento (dos tercios) intercalado por algunas fajas rojas sanguíneas; su olor fétido-amoniacal.

La capacidad vexical es de 150 gramos y por el explorador metálico no podemos obtener detalle alguno.

Tacto vaginal doloroso en los dos puntos ureterales, más en el izquierdo que en el derecho; cuello del útero movable; los fondos de saco anterior y posterior completamente libres.

En el examen visual del vientre aparece cierta asimetría toda la parte izquierda.

La percusión es negativa, pero no así la palpación, pues aunque no exista peloteo ni sensación alguna de pastosidad, puede apreciarse un tumor enorme regular que ocupa casi todo el flanco izquierdo limitado por las costillas arriba; por abajo una línea que fuese de la cresta ilíaca depasa á la línea alba, hacia adentro; es imposible seguirle, pues depasa la línea umbilical; por la palpación combinada se producen dolores en la región renal izquierda fuertes, amenguadas en la renal derecha (reflejo reno-renal.)

La región renal derecha se halla libre y lo raro, que no se produce dolor alguno. El examen microscópico dió el resultado siguiente: Leucocitos y hematies en gran cantidad, microbios raros (vulgares), ausencia del bacilo de Koch.

2 de Febrero.—Examen cistoscópico de la vejiga. Vejiga normal, exceptuando en la porción del trigono, fuertemente vascularizada y vellosa; los ureteres no se perciben; únicamente al izquierdo puede calcularse su existencia por el remolino acentuado de pus que se produce en la masa líquida,

siempre en el mismo sitio; el líquido vexical se enturbia rápidamente.

Inmediatamente se hace una inyección intra-muscular en la nalga, de una solución de azul de metileno, 1 por 20, un centímetro cúbico. (12 del mediodía.)

A la media hora, 12 y media, se recojen de la vejiga 18 gramos de orina, ligeramente verdosa, (que no se vuelve azul por el ácido acético). Nuevo cateterismo á la hora de la inyección, 18 gramos; tono verdoso más subido que el anterior.

A las dos de la tarde 50 gramos orina azulada.

A las tres, 48 gramos, azul.

A las cuatro, 50 gramos, azul, más intenso.

A esta hora marchó la enferma para el pueblo y en visita posterior nos dijo, que el color azul de las orinas continuó hasta el día siguiente, once de la mañana.

Por lo tanto la eliminación apareció pronto, (normal á la media hora) subiendo de tonalidad progresivamente, siendo azul intenso á las cuatras horas de la inyección con una duración total de 23 horas.

Día 19 de Febrero.—Nuevo examen cistoscópico con intentos de cateterismo que no es posible, dado lo turbio del medio vexical.

Día 20.—Separación de orinas (Separador de Luys); dura la separación 16 minutos; se obtienen 18 c. c., riñón derecho orina transparente amarillenta que no deja depósito alguno; la eyaculación es rítmica cada tres ó cuatro segundos, de cuatro ó cinco gotas.

Riñón izquierdo, se obtienen 4 c.c. orina sucia, mezcla de pus y sangre, sale á gotas babeando.

Al siguiente día se hizo inyección de azul de metileno; seguida á las dos horas de separación de orinas. (Separador Luys.) Dura la sesión 20 minutos, las orinas separadas fueron analizadas por el Dr. Celada.

R. DERECHO	R. IZQUIERDO
Orinas azuladas transparentes . . . 20 c. c.	Orinas mezcla de pus sangre . . . 6 c. c.
Urea 16 gramos por litro	Urea 4,5 gramos por litro
Cloruros 7,6 > >	Cloruros 3 > >
Albumina indicios >	Albumina
Glucosa no existe	Glucosa

Se le propuso la nefrectomía, puesto que el riñón derecho funcionaba bien, advirtiéndole al propio tiempo á la familia que quizás no fuera posible dicha operación y dado casi que existirían enormes adherencias, como parecía probable, incindiríamos el riñón aceptada la intervención; se efectuó ésta el 7 de Marzo en Villanueva de Mena. Posición horizontal, almohadilla de arena en el hueco costal iliaco derecho; anestesia combinada, cloroformo y éter; encargado, Dr. Zaramedegui; nos prestó su concurso el Dr. Villamor (médico de Villanueva).

Incisión, á partir del borde inferior de la undécima costilla (pues la duodécima era corta) oblicua hasta la espina iliaca; incisión de los planos musculares (grandorsal oblicuos, etcétera) incisión de la aponeurosis del transversario y del músculo que son reparados con dos pinzas (la piel así como los planos subyacentes son delgados).

Se aísla el ligamento subcostal de Henle de sus relaciones con la pleura y se le secciona sobre el dedo.

Se procede á separar el riñón de sus adherencias y maniobrando en el polo superior, rasgamos la pleura; reparados los bordes se hizo una sutura continua al catgut.

La separación era difícil; la hemorragia venosa abundante, viéndonos precisados á hacer numerosas pediculaciones; las dos manos introducidas por la ancha brecha eran incapaces de limitar el tumor francamente abdominal, globuloso, á superficies lisas sin que presentase la más pequeña eminencia, de color rojo obscuro sembrado de anchas placas blancuzcas.

Consultada la opinión de nuestros compañeros sobre la posibilidad de una nefrectomía sub-capsular, se intentó ésta, pero tuvimos que desistir bien pronto dada la friabilidad de la cápsula propia y del poco espesor de las paredes de aquella enorme bolsa renal.

Abandonados nuestros buenos propósitos, se procede á las suturas.

Suturas en U por ambos lados del borde externo del riñón y que abrazan el tejido renal y aponeurosis del transversario, puntos simples dos, uno superior é inferior otro, que fijan el riñón á las extremidades de la incisión.

Terminadas estas suturas incindimos la bolsa renal sobre el borde externo, dando salida á un litro de líquido mezcla de pus, sangre y orina; introducidos los dedos en la cavidad, no

se encontró cálculo alguno; pero sí depositadas en las paredes sales calcáreas en abundancia.

Drenada la bolsa por dos gruesos tubos de drenaje, otro tubo en el ángulo inferior de la incisión, se procedió á la sutura de los planos musculares y la piel.

Cuatro horas más tarde siente ansias de orinar y se le extrae por el cateterismo orina abundante, sucia.

La marcha post-operatoria ha sido normal; á excepeición del pneumotorax, que se presentó y que tan solo molestó á la enferma con dolores en la respiración profundos y en los esfuerzos de estos; desaparece á los cuatro días.

Las orinas han ido aclarándose poco á poco y desde el tercer día se vuelven transparentes.

La temperatura osciló los primeros días de 37,5 á 38,8, volviendo á la normal al sexto día.

Curas diarias con agua oxigenada y gasa yodofórmica, durante 16 días, curas secas después.

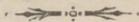
La enferma abandonó el lecho á los 22 días de haber sufrido la operación con la herida cerrada no por completo, pues aun en la actualidad presenta una pequeña fístula que obliga á cambiar de trapos á la enferma dos ó tres veces en las 24 horas.

De su estado general ha mejorado rápidamente, ganando en carnes; ha recobrado el apetito perdido y la alegría por la vida.

JESÚS DE ARRESE Y

CIRIACO IRARRAGORRI

REVISTA EXTRANJERA



La escuela de enfermeras en París, por los Doctores Desfosses y Mesureur.—Desde el origen de la reforma del personal hospitalario en la asistencia pública parisiense, dividiéndolo en *serviente* y de *cuidado*, se ha venido pensando en fundar una escuela de enfermeras al estilo inglés, que indudablemente es el mejor modelo que se puede tener.

Después de vencer no pocos inconvenientes, se ha conseguido instalarla de una manera sencilla y elegante por el arquitecto M. Paul-Louis Ruand, en el patio de Mazarino, á la derecha de la capilla de la Salpetriere. Sus puertas se hallan abiertas á las jóvenes del servicio de los hospitales, incitadas por sus directores á verificar un esfuerzo instructivo provechoso para todos, así como también á las procedentes de las provincias francesas.

Para ingresar en ella, no hay necesidad de diploma, ni de pagar absolutamente cantidad alguna y durante los dos años que dura el internado, se asigna á cada discípula 10 frs. por mes el primer año y 20 frs. en el segundo, con el objeto de atender á los gastos menudos.

Las colegialas se obligan, en cambio, á prestar sus servicios durante tres años después de su salida de la escuela, en los establecimientos de la administración, ó de no querer hacerlos, á reembolsar los gastos de pensión causados, que de antemano se hallan calculados en 1.095 frs. por los dos años. Al terminar su instrucción, á cada discípula se le asigna un puesto fijo de colocación.

A dos series de pruebas son sometidas las numerosas candidatas que se presentan, á fin de poder verificar una elección acertada.

Desde luego, sufren un reconocimiento médico detenido, por dos médicos y un cirujano de los hospitales: viene luego un examen de instrucción general, comprendiendo el dictado, escritura, una pequeña narración de un asunto cualquiera y dos problemas aritméticos. Un comité especial le examina de costura.

Para evitar los gastos é inconvenientes de un hotel, las solicitantes son instaladas gratuitamente, durante el período de pruebas, en la misma escuela, la cual, además, se encarga de recibirlas en las estaciones de ferrocarriles y de reexportarlas á sus pueblos en el caso de un fracaso de admisión. De esta suerte, pasan directamente de su familia á la escuela y vice-versa.

Durante los dos meses que siguen á la entrada, tiene lugar la segunda prueba. La administración y las alumnas antiguas emiten su opinión sobre las solicitantes y hasta que transcurra ese período no se autoriza la firma del contrato definitivo á las que están aptas y decididas á continuar su carrera hospitalaria. Es decir, pasan un noviciado de resistencia física y muestra de aptitudes con afición al cargo objeto de educación.

A partir de este momento, viene la instrucción y perfeccionamiento de los conocimientos necesarios y si obtienen el diploma que autoriza su aptitud para el desempeño de la carrera, se les da un empleo, á la salida de la escuela, de *enfermera de cuidado* en 2.^a clase y con un sueldo de 600 frcs. anuales y todas las necesidades primeras de habitación, cuarto, comida y vestido, cubiertas.



La Sala de Estudios.

En el régimen interior de la escuela, la administración no omite detalle alguno para hacer agradable á la alumna la estancia en ella. A su vez á las alumnas, se las sujeta á una disciplina severa. Las que tengan familia en París, pueden salir desde el

sábado á la tarde, hasta igual hora del domingo, estando en todas sus obligaciones equiparadas á la *enfermera hospitalaria*, con el fin de que se cumpla el destino de reclutamiento personal á que la escuela está decidida.

De este modo, la escuela no necesita de criada alguna. A excepción de la limpieza de los cristales y entretenimiento del suelo, encomendada á los hombres, las jóvenes hacen todos los demás trabajos de una casa incluso el de cocina, para que llegue á ser una *ama de casa* perfecta.



Un cuarto de discipula.

Durante las vacaciones anuales, que duran 21 días, mas algunos de Navidad y Pascuas, con los domingos, las colegialas que viven en la escuela hacen excursiones y paseos á costa de la administración.

Cada día, después de comer, se hallan libres las más veces: y en su sala de reuniones se les ve corretear y bailar: una biblioteca general les da medios instructivos y de recreo, pudiendo llevar los libros á su alcoba. Este departamento consta de un armario con espejo, de pino barnizado, una cama con su jergón metálico, una mesa, una butaca y *chaise-longue*, lavabo con alimentación directa, radiador y luz eléctricos.

Están obligadas á bañarse de una manera regular cada ocho días en la sección especial de la Salpetriere y su salud es vigilada con cuidado, pesadas regulares, gimnasia sueca, arreglo y limpieza de los dientes por la escuela dentaria de París.

Si bien materialmente su situación es capaz de poner á prueba á las jóvenes más difíciles de carácter, en cambio la organización práctica de la enseñanza da á su inteligencia material amplio, que les servirá para la lucha por la existencia.

Desde la mañana, terminado el desayuno, pasan las alumnas á los hospitales vecinos de la Piedad, Cochin, Maternidad y Hotel de Dios, en los cuales permanecen durante cuatro horas cooperando los servicios y dando luego una relación diaria de ellos y poder de este modo comprobar su trabajo.

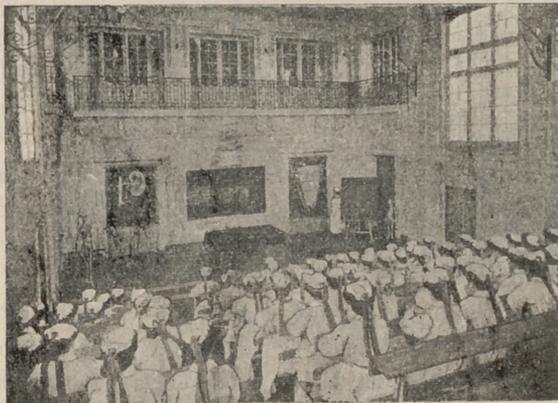
La inspectora general Sta. Duconseil, ve á sus diferentes equipos de aspirantas á enfermeras y se asegura de la marcha de sus progresos y á su vuelta á la escuela, después de haber comido, se ocupan de los cursos que los profesores y repeticiones de dicha señorita, les hacen de las distintas materias de enseñanza. Ejecutan composiciones y sufren preguntas de las vigilantes Stas. Haxaire y Grenier.

Los cursos son los siguientes: Anatomía y Fisiología, por el profesor Sr. Sebilleau: Higiene, por el Sr. Le Play: Cuidados y manejos de enfermos de medicina, por el Sr. Crouzon: Cuidados y curas quirúrgicas por el Sr. Am Baumgartner: Cuidados á los niños, por el Señor Armand-Delille: Asistencia á las parturientes y puerpéricas, así como también á los recién nacidos, por la Srta. Henault: Cuidados á los locos y viejos: Asistencia de contagiosos, por el Sr. Villaret: Administración hospitalaria y servicio de salas por el Sr. Andrés

Mesureur: Farmacia, por el Sr. Delepine: Masaje, por la Señorita G. Procope

Cada uno de estos cursos es objeto de repeticiones y conferencias, con proyecciones luminosas. La escuela posee los accesorios necesarios á toda demostración práctica.

Durante el segundo año, las alumnas que hayan recorrido en conjunto los conocimientos generales, reciben una instrucción complementaria revisan el programa y se consagran, sobre todo, al servicio que han detener



Una cátedra

en lo sucesivo en los hospitales, de una manera constante, al dejar de ser alumnas.

Con esta organización de la escuela de enfermeras, se espera ver formada una falange unida y decidida para dominar las diversas dificultades que pueden surgir en la asistencia pública, pues tanto esas dos señoritas inspectoras como los profesores, tratan de elevar la personalidad femenina, fijando su conducta profesional complementada con un buen sentido moral, propio de toda sociedad culta y civilizada.

¿Se intentará algún día algo práctico en este sentido en España? Mucho tiene que cambiar el país en su modo de ser y pensar, para que se plantee una institución de este género.

Tal vez andando el tiempo veamos fundarse un centro educativo y económico en alguna región más adelantada, como Barcelona, que sirva de personal al resto de España, proporcionando una manera de vivir honrosa, á muchas mujeres y mejor servicio á los hospitales y asilos.

La conducta médica ante una fractura complicada,
por el Dr. P. Hardoüin.—A pesar que bajo esta denominación se

comprende á toda solución de continuidad de los huesos, cuyo foco se halla en comunicación con el exterior por medio de una herida, no incluiremos en ella á los grandes traumatismos de los miembros, de los que por su carácter especial ya se ha ocupado en otra ocasión esta Revista.

Simplemente expondremos un tipo común y frecuente de esta lesión complicada, cual es el que nos ofrece una pierna, y la conducta que todo práctico debe seguir.

Las manipulaciones y la operación que exige, se hallan tan bien reguladas, como si se tratara de una histerectomía.

Como en todo caso de cirugía de urgencia, el médico debe intervenir lo antes posible, á fin de obtener los mejores resultados, como quiea que una herida más ó menos manchada, puede ser desinfectada, durante las primeras horas, con mayor perfección, que transcurridas seis ú ocho en las que la infección es profunda para poder asepticarla. Esto no quiere decir que en el primer caso se evite en absoluto dicha complicación, ni que en el segundo, no podamos atenuarla sin que aparezcan trastornos serios en su evolución. Puede suceder, en fin, á las 24 ó 48 horas del accidente, el que sobrevengan infecciones graves, á pesar de todas las precauciones tomadas. Una vez el médico, colocado ante el enfermo y enterado de la forma y detalles en que ha tenido lugar el traumatismo, examinará desnudo el miembro lesionado, con la suavidad propia del caso con el objeto de puntualizar el diagnóstico de una fractura complicada. Al efecto, verá si existe salida de la extremidad del hueso ó huesos al través de la piel, ó si en el fondo de una herida los huesos crepitan ó ríen, efecto de su rotura.

Por el contrario, el diagnóstico es más delicado y difícil que en los dos casos expuestos; si la herida es pequeña se oculta en una contusión y ha sido ocasionada por violencia directa. La parte concerniente á la fractura, casi siempre es fácil; pero si es no complicada ¿cabe una afirmación positiva ó negativa pronta? Según los casos. Desde luego, puede afirmarse que existe una fractura complicada; si la herida cutánea pequeña, se encuentra lejos de la solución ósea y de hallarse cerca no debe en manera alguna usarse de un estilete en averiguación de la existencia de relaciones entre ella y el foco de la fractura, porque además de peligroso, no hace falta alguna. El exa-

men de la herida, acompañado de lijeros movimientos provocados en el miembro, demuestran pronto por la acción ejercida sobre la sangre que mana, que dicha relación existe y sobre todo, la cantidad de sangre extravasada, resuelve el diagnóstico. Jamás una herida cutánea no sangra en proporciones tan grandes.

Hecho el diagnóstico, la intervención se impone.

Ahora bien: ¿existen casos en los cuales cabe la abstención quirúrgica? Por ejemplo: los que la fractura no comunique con el exterior más que por un orificio puntiforme. En la práctica seria, semejantes distinciones no deben existir, puesto que en este caso, más que en los otros, sería peligroso el no intervenir ampliamente, por la facilidad de que el orificio se cierre, dejando en cambio debajo de los tegumentos desprendidos, una cubierta falsa seguramente infectada.

Dícese, sin embargo, que se han visto curaciones sin operación alguna; pero estas son rarísimas, por tratarse de sujetos refractarios á la infección algunos, y otros, habría que preguntar en qué tiempo y con qué sufrimientos se han restablecido de su lesión.

De lo cual se deduce, que toda fractura complicada, cualquiera que sea su forma, debe ser tratada quirúrgicamente á la mayor brevedad posible, después del accidente.

La anestesia general, desde luego, es necesaria para soportar las diversas manipulaciones operatorias que la lesión exige. Si se dispone de un ayudante práctico en la administración del cloroformo, se podrá usar este anestésico; pero, realmente aquí, la raquiestovonización es el procedimiento que se debe elegir. A la dosis de 0,05 centigramos, asegura una anestesia perfecta del miembro inferior y evita la necesidad de un ayudante, que en muchas ocasiones no se encuentra á tiempo.

La intervención, hecha la anestesia, consta de los tiempos siguientes:

1.º Limpieza de la piel. 2.º Desbridamiento de la herida cutánea. 3.º Resección ósea. 4.º Limpieza de la herida. 5.º Drenaje. 6.º Cura y fijación del aparato.

Limpieza de la herida.—Colocado un tapón de uata esterilizada sobre la herida con el objeto de protegerla, se practicará con un cepillo y jabón una detenida y extensa limpieza, no sólo de la región vecina, sino de la pierna y pie en su totalidad. Diez minutos ó un

cuarto de hora, salvo casos sucios especiales, de jabonado y cambiando muchas veces el agua hervida, en la que se mete el cepillo, bastan para el primer tiempo. Con un tapón jabonoso, se termina la limpieza general y no olvidándose de hacerla en el contorno de la herida. Lávese á continuación con alcohol y sublimado al 1/300.

Desbridamiento.—Con el bisturí se desbridará la herida cutánea en extensión suficiente, de modo que se pongan de manifiesto los tejidos profundos más ó menos despegados y para desprender en ciertos casos la extremidad ósea, que ha pasado al través hacia el exterior y que no se ha reducido secundariamente. Aunque la longitud de la incisión no tiene importancia alguna, generalmente en la práctica bastan á lo sumo 6 centímetros lineales.

Resección ósea.—En muchos casos, la extremidad inferior de uno ó de los dos huesos del fragmento superior salen al exterior. ¿Deben ser reducidos una vez que se los haya limpiado? No existe ninguna ventaja de obrar en esa forma, sino que, por el contrario, es una práctica malísima, como quiera que casi siempre el hueso se halla desprovisto de periostio y ha podido tocar en la tierra al caerse el lesionado y es casi imposible el desinfectarlo bien. Es preciso resecarlo extesamente sin que al hacerlo tenga importancia para el resultado funcional del miembro ulteriormente. Esta operación facilita el drenaje y evitará una **Fractura complicada de la Pierna.** Las lesiones características que se encuentran en las fracturas complicadas, para darse cuenta del objetivo que hay que llevar en su tratamiento. Las lesiones de las partes blandas vecindadas con la fractura, se producen especialmente en dos puntos, á saber: hacia adelante, debajo de la piel y hacia atrás, bajo la profundidad oculta á nuestros ojos, por los fragmentos óseos. Así es que, en la práctica, no podemos conformarnos con tratar la herida superficial, sino que es preciso

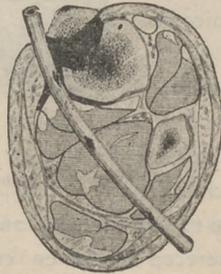


Fig. 1

Limpieza de la herida.—Bien descubierta ésta, podemos proceder á su limpieza minuciosa. Es muy útil recordar sumariamente, en este momento, en este momento, el drenaje interior de una fractura complicada de la pierna. Drenaje interior de una fractura complicada de la pierna.

ir á limpiar el foco profundo y darse cuenta de las lesiones retro-óseas.

Se emplearán, desde luego, los tapones secos para vaciar la herida de los coágulos y cuerpos extraños que pueden existir. Los trozos huesosos desperiostizados que suele haber en el caso de fractura conminuta serán extraídos con cuidado. Un buen medio consiste igualmente, en seccionar con un bisturí ó tijera toda la parte contusa de la piel, en dos milímetros de anchura, del borde de la herida, dejando unos bordes limpios sin exposición á esfacelos, focos de infección segura.

Hecho esto, el mejor procedimiento para limpiar la herida, cuando se puede practicar, es el lavado de toda la región con agua hervida ó suero artificial á la temperatura de 50 á 60 grados. Se proyectará el liquido con fuerza suficiente en todos los rincones y sinuosidades de la herida, entre el hueso y detrás de él. Será útil, el hacer flexionar la pierna por medio de un ayudante, con el objeto de aumentar la inclinación de los fragmentos y guiar con un dedo la corriente acuosa en todos sentidos. Al terminar esta maniobra conviene el tocar la herida con agua oxigenada y después con solución fenicada al 2 por 100.

Drenaje.—Este es el punto capital de nuestra intervención. Algunos autores opinan que en ciertos casos pueden prescindirse del drenaje, fundándose en subtilidades anatómo-fisiológicas, que no citaremos, que no merecen tenerse en cuenta, so pena de incurrir en un fracaso terapéutico.

Debemos siempre, para no equivocarnos, considerar á toda fractura complicada como infectada desde su producción.

Podremos, es verdad, tener la suerte de intervenir pronto, pero no estaremos seguros, por completo, de haber desinfectado bien toda la región. Además, la anatomía patológica, nos ha demostrado la

Fractura complicada de la pierna

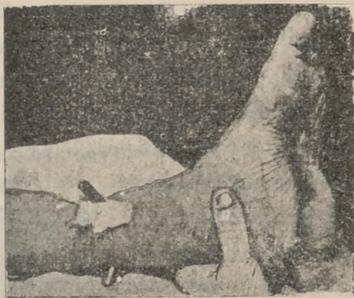


Fig. 2

Aspecto exterior del drenaje de la figura 1.^a

presencia, detrás de los fragmentos de una madriguera que da sus productos bajo la influencia del exudado de los órganos heridos en su inmediación, favoreciendo la infección (figuras 1, 2 y 3).

Haremos, pues, el drenaje del modo siguiente:

Fractura complicada de la pierna



Fig. 3

Salida de un trozo superior de la tibia en la fractura complicada de la pierna.

la piel y servirá de conducto á un tubo de drenaje grueso y de ancho diámetro.

En muchos casos, el sitio de la herida cutánea está colocado hacia adentro del miembro, la pinza introducida se dirigirá oblicuamente hacia atrás y afuera. El tubo será colocado lejos de todo órgano importante. Otras veces puede convenir el pasarlo á la parte externa de la tibia y entonces se halla cerca de la arteria tibial anterior, que la comprime poco, por que está separada de ella por el músculo tibial y por otra parte, la desviación acentuada del fragmento óseo le deja fácil paso. De todos modos, no debemos dejar el tubo drenador perforante, más que por espacio de tiempo que no exceda de 48 horas.

Establecido así el drenaje, deseca absolutamente todos los restos líquidos que puedan secundariamente extenderse en los tejidos.

Cura y aparato.—A continuación cubriremos la herida con gasa esterilizada ó embebida en agua oxigenada, sin practicar sutura al-

Una pinza larga introducida en la herida se la dirige perpendicularmente al eje del miembro hacia la parte posterior de la pierna. Si el espacio es suficiente ó existe fractura conminuta, se pasa entre los fragmentos, en todo caso, lo más cerca posible de ellos. La pinza saldrá por detrás, por una contrabertura hecha en

guna. Esta gasa debe ponerse floja á fin de que, embebida de suero y sangre, no oblitere la herida rápidamente.

¿Debemos aprovechar el sueño del enfermo y reducir exactamente la fractura? Sí, en el caso que la reducción no impida el buen funcionamiento del drenaje, y nó en el caso contrario, que es el más común y corriente. Se debe limitar á una semi-reducción que se completará á las 48 horas, cuando se retira el tubo y se vuelve á curar.

Se aplicará, sin embargo, desde el mismo día, un aparato enyesado que calmará los dolores y evitará cualquier movimiento perjudicial.

No debe olvidarse de practicar una inyección de suero antitetánico y se tomarán disposiciones convenientes para prevenir el *delirium tremens*, accidente de gran frecuencia en esta clase de traumatismos.

Cuando todo va bien, la temperatura, que suele elevarse un poco el día de la intervención, baja á la normal. Al cabo de 48 horas, hecha la cura, el tubo de drenaje es retirado fuera de la herida. Si la herida está en buen estado y no hay signo alguno de infección, se practica una cura aséptica, poco voluminosa y se colocará un vendaje enyesado, después de practicada la reducción.

Si, por el contrario, advertimos que se produce un poco de reacción al nivel de la herida, hay que asegurarse de que el drenaje funciona bien: dejaremos un tubo no perforante en la parte declive, durante tres ó cuatro días y se continúa haciendo una cura húmeda con agua oxigenada ó ácido fénico al 1 por 100.

Colocaremos un aparato enyesado, dispuesto de tal suerte, que no sea necesario el levantarlo á cada momento, haciéndole al nivel de la herida una ventana ó hendidura ancha á través de la cual se continúa haciendo las curas.

En la mayor parte de los casos, los síntomas alarmantes desaparecen pronto, si la intervención indicada se ha hecho bien, porque siempre nos encontraremos, á lo sumo, en presencia de una infección lijera.

¡Cuán distintos son los resultados que obtenemos en la práctica, desgraciadamente, por ignorancia ó mala voluntad, del herido unas veces, y por un erróneo consejo terapéutico en otras, obligándonos á intervenir después de muchos días del accidente en que el herido está profundamente infectado!

Todas las supuraciones interminables con eliminación de secuestros, las osteomielitis silenciosas que ponen en estado septicémico grave al enfermo, los esfacelos y la amputación, consecuencias de intervención tardía, no debieran en el día observarse, si todos nos penetrásemos bien convencidos de la necesidad de proceder pronto en las fracturas complicadas.

La longitud del pene y la capacidad vexical en los japoneses, por el Dr. Tanaka, de Tokio.—Este ilustrado y observador especialista en vías urinarias ha publicado un estudio interesante sobre el volumen del pene y la cavidad vexical de sus compatriotas.

Respecto al volumen del pene hace constar las numerosas investigaciones que se han llevado á cabo. Malgaigne dió como medida 7 á 12 pulgadas: Guyon asigna 16 centímetros de longitud: los alemanes Jadassohn, Finger y Dreysel, indican las cifras de 18 á 21 centímetros, y Waldeyer, fija como términos extremos 14 y 24, con 18 á 20 de promedio. De estos últimos, 7 á 9 pertenecen á la parte móvil y 10 á la porción fija.

Esta sección fija la subdivide en

Parte intramural	0,5
» prostática	2 á 5,5
» membranosa	1
» cavernosa fija	6,5

El Dr. Loeb, en 1899, midió la longitud del pene en el hombre, desde la sínfisis hasta el vértice del glande, hallando las cifras de 7,25 centímetros y 11,5 y 8 á 10,5 de circunferencia, al nivel del surco coronario del glande. Asakura, en 1903, vió en los japoneses 5 á 10 de longitud y 7 á 10 de circunferencia.

El Dr. Tanaka, al examinar más de 200 sujetos, ha tenido el cuidado de elegir tipos normales sin estrecheces uretrales, cistitis crónicas y otras lesiones que pueden deformar el pene. Las medidas fueron tomadas siempre en el mismo estado, es decir, acostado el sujeto sobre el dorso y el pene en la situación habitual para el cateterismo, evitando la influencia de las digestiones, que congestionan los cuerpos iréctiles, á una misma hora entre 10 y 11, y con una temperatura constante.

Las medidas las tomó del modo siguiente: para la longitud del

pene desde la sínfisis al vértice del glande sobre la cara dorsal: la circunferencia en la parte media: para el glande desde su base al vértice en la cara dorsal; la circunferencia en la base; la longitud de la uretra anterior desde el esfínter interno hasta el meato con una sonda del 14 ó 15.

La influencia de los vasos y nervios explica fácilmente las diferencias que se advierten en las medidas tomadas en vivo y muerto.

Tanaka compara las cifras obtenidas por él, con las de Waldeyer y Loeb y nota que en la longitud del pene y uretral anterior hay 0,5 á 1 centímetro de menos en los japoneses.

Las relaciones entre la edad y la longitud del pene dan por resultado, que el desarrollo corporal hasta la pubertad tiene una gran influencia. Cuando un sujeto adquiere corpulencia su pene responde á ella; pero esta relación no es la misma en los japoneses y los europeos, como quiera que á una talla de 171 centímetros, el europeo tiene un pene de 9,48 y en una talla media de 158 el japonés no tiene 8,77 en proporción y sí 8,62.

Por tanto, las bujías y sondas aplicables al japonés no deben tener igual longitud que para los europeos; sino un centímetro menos.

A continuación, el Dr. Tanaka expone la medida de capacidad de la vejiga japonesa, que moderadamente llena contiene 80 á 150 centímetros cúbicos de orina y cuando se halla distendida de 700 á 1200 c. c. Al mismo tiempo, dice que á pesar de la opinión contraria de todos los autores, él ha observado el acartamiento de la uretra cuando la vejiga se halla distendida.

Tanaka ha examinado 55 vejigas en individuos de 19 á 67 años, hallando como máximun 810 c. c. y de mínimun 250 c. c. con un promedio de 473 c. c. Los examinados estaban indemnes de toda inflamación de las vías urinarias; la hora del examen fué siempre la misma: se les introducía en la vejiga un cateter metálico y se llenaba lentamente con una solución caliente boricada con ayuda de un bock colocado á 0,50 centímetros ó un metro de altura. Se detenía la inyección cuando se presentaban ganas de orinar, y fueron necesarias muchas sesiones para obtener la verdadera capacidad.

En relación con la edad, el autor ha comprobado que la capacidad media aumentada hasta los 35 años y disminuye en adelante. La causa

debe buscarse en el estado de la musculatura vexical, y de ahí que el niño y el viejo orinan en más frecuencia.

¿Existe una relación entre la talla y la capacidad vexical? De los experimentos hechos con este objeto, no pueden servir de resolución en modo alguno.

La cantidad media de orina en las 24 horas, en los japoneses, es de 1450 á 1600 centímetros cúbicos, en lugar de 1500 á 1700 que asigna Koeppe al europeo. Si se cuentan como término medio cuatro micciones y media corresponden á 311 ó 355 por cada una; quedando el resto de 120 á 160 de capacidad potencial para alcanzar los 473 c. c. 4 Tanaka insiste sobre la necesidad de conocer bien la capacidad de vejiga á fin de poder inyectar una cantidad de líquido suficiente para desplegar el órgano, condición precisa á un buen lavado vexical.

La esterilización del agua potable.—Es muy útil á los que habitan localidades en las que el agua es sospechosa ó exista una epidemia de origen hídrico y no tengan recursos pecuniarios para adquirir aguas minerales, el conocimiento de un medio seguro de esterilización que les ponga al abrigo de cualquiera contingencia contraria á su salud.

El Dr. Wanverts después de pasar revista á los diversos medios aconsejados con aquel fin, concluye diciendo:

1.º Que el filtraje es un medio infiel por su carácter puramente mecánico.

2.º La ebullición además de no matar los esporos micróbicos, dá una agua de gusto insípido y de difícil digestión para algunos estómagos. Se puede, sin embargo, disminuir notablemente estos últimos inconvenientes teniendo cuidado de esterilizar el agua un día ó dos antes de usarla, aireándola y conservándola en recipientes frescos y cerrados, antes de consumirla.

3.º Un excelente procedimiento de desinfección del agua consiste en esterilizarla completamente bajo presión.

Se coloca el agua en una marmita de Papin cualquiera ó mejor aún en un autoclave. Se le mantiene entre 100º y 110º durante 20 minutos aproximadamente. Esta agua no habiendo hervido, conserva la mayor cantidad de gases y sales, teniendo un gusto y digestibilidad ordinarios.

Deben tomarse algunas precauciones para que el procedimiento dé buenos resultados.

1.º En el momento en que han transcurrido los 20 minutos ó sea cuando la esterilización ha terminado, se suprime la calefacción del aparato y el agua se encuentra á 100º ó más. Pues bien: si á continuación se abre el grifo de escape de vapor que ejerce presión sobre el agua, ésta empieza á hervir y se pierden las ventajas obtenidas sobre el medio de ebullición. Hay pues que aguardar para abrir el grifo á que la temperatura descienda á 80º.

2.º El agua así esterilizada debe colocarse en un recipiente que no le comunique sabor malo.

3.º La riqueza calcárea de muchas aguas de nuestro país es tal, que á pesar de la ausencia de ebullición, mantiene el agua calentada á los 100º ó más, pierde y deposita una parte de la substancia calcárea, que obliga á la decantación para que quede limpia y clara.

4.º Es inútil esterilizar los recipientes en los cuales se trasiega el agua. Basta con que se hallen limpios, como quiera que el objeto perseguido no es el tener una agua modelo, sino privada de la mayor parte de gérmenes nocivos.

5.º El agua debe ser colocada en recipientes de porcelana ó hierro barnizado provistos de una buena tapadera y cubrirlos con un paño blanco limpio y húmedo para mejor conservación.

DR. IGNOTUS.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 1.º de Mayo de 1908

Preside el Sr. Bolivar

Con la asistencia de los Sres. Entrecanales, Zarza, Esparza, y Alonso, se celebró la sesión quedando aprobada el acta de la anterior.

Sr Entrecanales.—Desea hacer algunas consideraciones

acerca de la *muerte súbita*, con motivo de algunos casos que ha presenciado. El asunto tiene importancia por más de un concepto, pero especialmente por lo que se refiere al crédito profesional, pues en ocasiones, tratándose de enfermedades difíciles de diagnosticar, claro está que el pronóstico vacilará seguramente.

Los casos de referencia son los siguientes: muchacho de 18 años de edad, enfermo desde hacía cinco años y diagnosticado al comienzo de palpitaciones cardíacas debidas á una hipertrofia de crecimiento: más tarde existían accesos de sofocación, que duraban varios días acompañados de dolor retro-esternal y se pensó en algo aórtico: en los intervalos el individuo se encontraba bien.

El año 1906 le vió el Sr. Entrecanales por primera vez, y entonces era un chico alto, delgado, pálido, con latidos arteriales visibles á simple vista y sospechó pudiera tratarse de un enfermo aórtico. Existía un soplo diastólico aspirativo, se apreciaba un corazón grande, globuloso y el individuo sufría paroxismos agudos, dolorosos, acompañados de ansiedad y angustia precordiales.

Este sujeto continuó así durante algún tiempo, pero acentuándose estos fenómenos, yendo de mal en peor, de manera que al siguiente año las palpitaciones eran más violentas, la angustia precordial más intensa, el dolor más agudo y se notaba un ruido duro en el foco aórtico. En consulta con otro compañero prevaleció el diagnóstico de insuficiencia aórtica.

Una noche que fué llamado el Sr. Entrecanales con motivo de un dolor agudísimo, encontró al enfermo palidísimo, con una angustia precordial tremenda, falleciendo el individuo en cuestión, poco después, de una manera súbita.

El otro caso se refiere á un señor, de 57 años de edad, sano habitualmente, con antecedente de una pleuresia sufrida hacía muchos años. Una noche sufrió este individuo un ataque violento de angustia precordial, acompañado de dolor intenso retro-esternal irradiado al brazo izquierdo y con una inmovilidad absoluta de todo el cuerpo. Se hizo el diagnóstico probable de un ataque de angina de pecho y el enfermo sucumbió súbitamente á otro segundo ataque que sufrió algunas horas después.

El primer caso, es indudable que se trataba de una angina de pecho, con insuficiencia aórtica, aunque también cabía que fuera un individuo aórtico con aortitis crónica.

El segundo es probable que fuera un individuo con insuficiencia aórtica larvada, y con lesión compensada.

El mecanismo de la muerte en estos casos se ha atribuido por unos, á una neuritis del plexo cardíaco, por otros, á una lesión de las coronarias, una coronaritis y por otros á una oclusión de estas arterias. Potain asimila esta oclusión, al denominado «claudicación intermitente». En efecto, la oclusión momentánea de las coronarias, puede determinar la isquemia cardíaca y dar lugar á la muerte súbita.

El objeto del Sr. Entrecanales al presentar estos casos, es hacer ver la necesidad de formular un pronóstico en la inmensa mayoría de las veces, rápido, pero conviene tener en cuenta que la angina de pecho no siempre mata, pues existen algunas anginas de pecho, las denominadas «falsas» cuyo pronóstico no es tan sombrío y que pueden desaparecer sin dejar rastro, no obstante tener una sintomatología igual, ó por lo menos idéntica: tal ocurre con la angina histérica, si bien en ésta el cuadro sintomático no es tan completo.

La verdadera dificultad está en hacer el diagnóstico exacto, imposible algunas veces y difícil siempre, y si lamentable es hacer un pronóstico ligero en casos de angina de pecho verdadera, así mismo (baja el punto de vista del crédito profesional) un pronóstico sombrío en una angina falsa, coloca al médico en una situación desairada; como en un caso de esta naturaleza que cita.

Gangrena simétrica de las extremidades

Dice, que á veces puede confundirse esta afección en sus comienzos, con los mismos sabañones, que después de todo, no son más que asfixias locales debidas al frío, en puntos alejados del centro circulatorio.

La «onicofagia» producida la mayoría de las veces por trastornos vaso-motores que producen verdadero prurito en las extremidades de los dedos y que obliga al individuo á roerse las

uñas inconscientemente, para calmarse aquella excitación, puede ser un síntoma verdaderamente premotorio, pues aquel trastorno vaso motor pudiera acarrear con el tiempo la asfixia local.

Sesión celebrada el día 8 de Mayo de 1908

Preside el Sr. Bolívar

Con la asistencia de los Académicos Sres. Somonte, Saralegui, Entrecañales, Esparza y Alonso se dió lectura al acta de la sesión anterior, que fué aprobada.

Sr. Mendaza —Presento á la consideración de los Señores Académicos el siguiente caso práctico, referente á un «Ileus» paraltico, tratado mediante un procedimiento nuevo.

Una individua, soltera, robusta, de 47 años de edad y habitualmente estreñida, con motivo de llevar 18 días sin hacer deposición alguna, se le ocurre propinarse media botella de agua de Loeches y dos onzas de aceite de ricino: el resultado fué una serie de deposiciones diarréicas acompañadas de algún vómito y dolor intenso de vientre, cuyo dolor fué acentuándose cada vez más hasta el punto de que tuvo necesidad de llamar un médico que la prescribió unturas al vientre con pomada de belladona laudanizada y mitura antiespasmódica anodina.

Fué llamado al día siguiente para ver la enferma, pudiendo apreciar que su estado general era malo: persistían los intensos dolores de vientre, que se hallaba muy distendido y timpanizado, con algunos vómitos é intensa sensación de malestar general: no había fiebre; al contrario, hipotermia de 36,4, pulso pequeño y frecuente, cara verdaderamente hipocrática y sudores fríos. Pensó que se trataba de una peritonitis y dispuso unas inyecciones de morfina y aplicaciones de hielo al vientre.

Mejoró un poco la enferma en las primeras horas, pues reaccionó francamente ascendiendo la temperatura hasta 37°, aumentando la amplitud del pulso y disminuyendo el dolor del vientre; pero la mejoría duró poco, pues por la noche de aquel mismo

día, el dolor de vientre fué acentuándose y aumentando de intensidad, los vómitos fueron adquiriendo un olor nauseabundo y el estado general fué empeorando. A todo esto la enferma no expulsaba por el ano materia alguna sólida, líquida ni gaseosa; por el contrario, el vientre iba adquiriendo cada vez mayor volumen, aumentando su timpanismo.

En vista de las circunstancias, pensó en llamar al Dr. Areilza, quien, una vez vista la enferma, confirmó el diagnóstico de peritonitis, acompañada de una parálisis intestinal y propuso practicar inyecciones de suero artificial y dar á la enferma un baño general de 40°.

Sensiblemente la enferma continuó al día siguiente (4° de la enfermedad) en la misma forma que el día anterior, persistiendo los vómitos, los dolores, el mal estado general y no pudiéndose lograr que evacuara material alguno por el ano.

En estas condiciones, se le ocurrió al Dr. Areilza emplear la *eserina*, apoyado en las siguientes consideraciones:

Las inyecciones de eserina se han recomendado principalmente como preservativas para evitar las adherencias después de la laparotomía. Vogel las recomendó con calor en la revista *Grenzgebieten der Medicin un Chirurgie* el año 1907, y en el mismo año Hippel escribió en el *Zentralblatt für Chirurgie* un artículo encomiástico, asignándola una acción reguladora de los movimientos persistálticos, á fin de evitar el Ileus.

La emplean en inyecciones subcutáneas de un milígramo de substancia activa, pudiendo repetirse hasta tres veces en las 24 horas: al mismo tiempo se favorece la acción evacuante con enemas de glicerina.

La acción de la eserina parece ejercerse sobre los terminaciones nerviosos en los músculos de la pared intestinal. Tiene su actividad cierta analogía en el curarse: éste obra sobre las terminaciones nerviosas de los músculos estriados; la eserina sobre las mismas terminaciones en las fibras lisas.

Hasta ahora se había empleado este cuerpo como preventivo de los Ileus post-operatorios: en este caso, que tenía el carácter de un Ileus paralítico, pensó el Dr. Areilza emplearlo por analogía.

El éxito pareció comprobar su eficacia, pues se le administró á la enferma una inyección de un milígramo á las ocho de la noche, que fué repetida doce horas después y seguido á poco de la segunda inyección, de una serie de deposiciones abundantísimas, con excrementos duros y evacuación abundante de gases. A cada inyección de eserina se acompañaba un enema de agua glicerinada.

El curso posterior fué el de una infección gastro-intestinal, con fiebre, que alcanzó á 39°, fenómenos debidos indudablemente á reabsorciones de productos toxi-infecciosos contenidos en el aparato digestivo, pero con buena terminación.

Presenta aquí este caso con el exclusivo objeto de hacer ver á los Sres. Académicos, cómo se logró la curación de una enferma grave de Ileus, mediante el empleo de la eserina.

Sr. Entrecanales.—Lo difícil ante la presencia de un Ileus, es determinar su naturaleza: si aquél es debido á un obstáculo mecánico, tal como una invaginación, un aza, un tumor, un obstáculo cualquiera que ocluya la luz del intestino, los purgantes y todas las substancias excito-motoras del intestino, tales como la eserina, no lograrán este objeto: antes bien; se estrellarán contra el obstáculo, en cuyos este cuerpo se hallará contraindicado. Lo estará también en los de Ileus espasmódico, y quizás su indicación será clara en los estados paralíticos del intestino.

Por lo demás, le parece muy razonable su empleo como preventivo del Ileus post-operatorio.

Sr. Somonte.—Entiende así mismo que en los casos de Ileus, debe hacerse un diagnóstico patogénico lo más exacto posible, pues averiguada la causa, será más fácil emplear un tratamiento adecuado.

La eserina tiene una acción excitante sobre la fibra lisa, y obra en bloque y repentinamente, al menos en el intestino, razón por la cual será peligroso su empleo mientras no se averigüe la causa de la oclusión. Tiene cierta analogía su modo de obrar, á la de la morfina, sólo que ésta es más débil, y á la electricidad, pero mucho más duradera: es como una acción tetanizante sobre la fibra muscular lisa.

Su acción se aumenta así mismo, añadiéndola una pequeña cantidad de cocaína.

Sr. Mendaza.—Aquí se empleó la escrina, por pensar que se trataba de un Ileus paralítico. Desde luego, que lo que procede es averiguar la causa ó el origen de la obstrucción: como aquí la obstrucción era debida indudablemente á una parálisis intestinal, excitando el poder contractil de éste, la parálisis y la obstrucción consiguiente desaparecían; que es lo que ocurrió.

Sr. Esparza.—Es muy probable que el Ileus de que se trata fuera de origen paralítico.

LA MUERTE SÚBITA

Sr. Esparza.—Habla de la muerte súbita y se extiende en consideraciones acerca de la misma, por angina de pecho.

Acerca de la etiología de ésta, dice que hay cuatro formas: 1.^a la estenocardia nerviosa del nervio regulador y del retardador; 2.^a una neurosis refleja del nervio vago; 3.^a estenocardia simpática, y 4.^a asomatora.

Ante la confusión de formas que se presentan en la práctica, es imposible establecer un diagnóstico exacto. Por lo que respecta al pronóstico, es así mismo, muy difícil, pues no haciendo bien el diagnóstico, el pronóstico no puede hacerse y se necesita ser muy circunspecto.

Cita el caso de una enferma que él vió, diagnosticada como angina de pecho por un compañero y pronosticada de una manera grave, que curó con facilidad desapareciendo los trastornos en poco tiempo.

Sesión celebrada el día 15 de Mayo de 1908

Bajo la presidencia del Sr. Bolivar y con asistencia de los Académicos Sres. Gil é Ibarguengoitia, Entrecanales, Esparza y Saralegui se dió lectura al acta de la sesión anterior que fué aprobada.

Sr. Entrecanales.—*Placenta previa.*—Fué llamado en

una ocasión para prestar su asistencia á una mujer afecta de una intensa hemorragia genital, y embarazada de unos siete meses. Pensó se tratara de una placenta previa y observó que la enferma se hallaba con un gran síncope, efecto sin duda de la pérdida sanguínea y pronosticó el asunto como grave, por lo cual, y en atención á ciertas circunstancias llamó en consulta al Señor Gil é Iburgüengoitia.

Este señor, que reconoció detenidamente aquella individua, opinó también que se trataba de una placenta previa y que urjía intervenir, pues el caso era grave, toda vez que persistía la hemorragia, á pesar de la rotura de las membranas, rotas ya hacía mucho tiempo. Pensó emplear la maniobra de Braxton-Higs, pero una nueva y más intensa hemorragia le obligó á practicar la dilatación manual y rápida del útero, verificando la versión y extrayendo un feto vivo.

El Sr. Gil practicó la dilatación del útero y la extracción del feto con una rapidez y éxito sorprendentes, y es por esta razón, que él opina, que en casos de esta índole un tocólogo experto debe hallarse autorizado para proceder como procedió el Señor Gil.

Sr. Gil é Iburgüengoitia —Agradeciendo al Sr. Entrecanales las frases laudatorias que le ha prodigado, dice, que el caso presentado es interesante, por haberse cometido con él una gravísima falta tocológica, que si él la puso en práctica, fué por circunstancias especiales de lugar y tiempo. Resulta muy bonito echar fuera rápidamente un feto y una placenta que sangra, pero no se piensa que maniobras de esta naturaleza exponen á una rotura de la pared uterina, rotura tan grande á veces, que puede alcanzar hasta el fondo, con gravísimo peligro de la madre. El taponamiento y consiguiente dilatación lenta del útero, con cualquiera de los globos hoy en uso, ó la maniobra de Braxton Higs, son los medios más adecuados y suficientes para evitar peligros á la madre y al feto.

El segmento inferior de la matriz en una placenta previa, es tan delgado como una hoja de papel: basta esto para comprender con cuanta facilidad puede romperse.

Cita á este respecto un caso en que intervino y en el que

también hubo de practicar una intervención rápida: el resultado fué una enorme rasgadura del útero, y muerte de la mujer.

Sr. Entrecanales.—Opina que si es posible dilatar el útero, debe extraerse el feto lo más rápidamente posible.

Sr. Gil é Ibarqüengoitia.—Entiende que la extracción rápida del feto, puede ser fatal para la madre, por el peligro de la ruptura uterina.

A este propósito hace algunas consideraciones y cita estadísticas que así lo confirman.

Sesión celebrada el día 22 de Mayo de 1908

Bajo la presidencia del Sr. Bolivar y con la asistencia de los Académicos Sres. Entrecanales, Esparza y Saralegui se celebró la sesión.

Sin que ningún Sr. Académico presentara caso práctico alguno, continuó la discusión iniciada acerca de los casos de *muerte súbita* presentados por el Sr. Entrecanales, haciendo uso de la palabra el

Sr. Esparza.—Cita un caso que le ocurrió no hace mucho tiempo. Una mujer que se hallaba enferma hacía algún tiempo y afecta de una Tuberculosis pulmonar: le llamaron una noche y la encontró con dispnea intensa, con edemas, tos pertinaz, ansiedad y muy mal estado general. Apesar de que el estado de la enferma era muy alarmante, á él le causó pena manifestárselo así á la familia, por lo cual se limitó á expresar tíbicamente su opinión y poner á la enferma, á la que creyó afecta de un edema pulmonar, una inyección de caféina, con lo cual logró reanimarla algo, aumentando su confianza, pero muriendo la enferma al día siguiente casi de una manera súbita, á pesar de todos los optimismos.

Habla de otro caso parecido, de un sacerdote con lesión cardíaca, al que fué á ver á un pueblo y á quien se le encontró tan aliviado que se pensó saldría fácilmente de la crisis de asistolia que motivó su presencia en la casa del enfermo. Algunas horas después éste sucumbió rápidamente.

Hace hincapié acerca de la conducta del médico en casos de esta naturaleza y si bien es verdad que resulta muy penoso exponer á la familia de un enfermo la probabilidad de una muerte próxima, el crédito y la tranquilidad del médico así lo exigen.

Por lo demás, asegura que en los casos de lesión cardíaca descompensada existe una gran dificultad en averiguar el grado de resistencia del corazón, y se da el caso frecuente de que enfermos con lesión cardíaca grave viven mucho tiempo.

Sr. Entrecanales. —En las cardiopatías valvulares, por regla general, la muerte se presenta de una manera lenta, pues el enfermo resiste bastante bien y por mucho tiempo su lesión: en las cardiopatías arteriales la muerte casi siempre suele ser súbita.

Por lo que atañe á la conducta del médico dice, que el pronóstico debe hallarse supeditado desde luego al diagnóstico que ha de ser siempre lo más exacto posible.

Los dos casos que él presentó, cree afirmar que el primero, es decir, el individuo joven, debió de ser un coronario, con neuritis: el otro fué un coronario simple.

Se extiende en consideraciones acerca de la patogenia de la angina de pecho y dice, que él cree con Potain y Huchard que es justo asimilar el acceso anginoso á la claudicación intermitente y dolorosa del corazón y que la angina verdadera es debida á un espasmo ó á una obliteración de las coronarias. Las otras son falsas, pues según la proposición de Huchard, no existe más que una angina de pecho, la angina coronaria.

Para establecer un diagnóstico exacto de la angina coronaria, conviene tener presente estas cuatro leyes clínicas establecidas por Huchard.

1.^a Toda angina de pecho motivada ó producida por un esfuerzo cualquiera, es coronaria.

2.^a La que se presenta espontáneamente, es falsa: debida á una neuritis ó á una neuralgia cardíaca.

3.^a Cuando un enfermo que tiene crisis, provocadas por un esfuerzo, las tiene *espontáneas durante la noche*, es también coronaria.

4.^a Los dolores precordiales son provocados por una presión; se trata de una neuritis.

Estos dolores son á veces permanentes y terebrantes, pero en la angina verdadera, realmente no hay dolor sino una tremenda angustia.

Con ocasión del dolor, pueden distinguirse tres casos: 1.º Si el dolor retro-esternal aparece por esfuerzo, es de origen coronario. 2.º Si se trata de un dolor precordial es neurítico. 3.º Si el dolor precordial es persistente y sin esfuerzo alguno, es neurasténico.

El diagnóstico diferencial entre el edema del pulmón y la angina de pecho, está en que en ésta no hay verdadera dispnea.

Los accidentes anginosos ó angininformes que sobrevienen en los gotosos, albuminúricos, diabéticos, tabéticos, etc., no son directamente producidos por la gota, la nefritis, la diabetes ó la tabes, sino que estos individuos pueden ser atacados según los casos, de síntomas anginosos de origen coronario, neurálgico ó reflejo.

Por su parte, la angina tabáquica puede ser debida á un espasmo, frecuentemente benigna, pero que puede terminar por la muerte, ó á una dispepsia ocasionada por el tabaco, ó á una esclerosis coronaria directamente imputable á éste.

Sr. Esparza.—Opina que es realmente difícil hacer un diagnóstico exacto de la angina de pecho, y en presencia de un ataque de esta naturaleza, el médico se verá perplejo para hacer un pronóstico y para establecer un tratamiento.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

Crónica Médica Mundial

Con este epígrafe empezamos á publicar una sección de notas amenas, referentes á diversos asuntos médicos, que uno de nuestros antiguos suscriptores se encarga de *extractar* de la «Voz de los Médicos» Revista mensual que se publica en Swow (Austria-Galitzia) en el idioma internacional Esperanto

y cuya crónica creemos ha de ser del agrado de nuestros lectores.

La Redacción.

Rusia.—Carta del Dr. L. L. Zamenhof.

Distinguido Sr. Redactor: Con placer inmenso he sabido que intenta V. publicar en su excelente Revista asuntos en Esperanto. No dudo que su decisión ha de ser muy útil, pues contribuirá á que los Médicos de todas las naciones se entiendan y por lo tanto estrechen más sus relaciones profesionales.

Tiempo há que muchos colegas esperaban la aparición de un medio internacional y estoy seguro que agradecerán á usted su feliz iniciativa. Deseo el mayor éxito á su empresa que si hoy es pequeño, no tardará mucho en ser una de las mayores.—Varsovia, 1908.

DR. L. L. ZAMENHOF.

Austria.—En Swów se ha establecido un curso especial de Esperanto para los médicos, siendo muchos los que acuden y no siendo menos los que por sus ocupaciones no pueden asistir á las clases y le estudian privadamente.

El Dr. Skalkowski opina que es ya hora de que el idioma Esperanto se adopte en los Congresos de Medicina, una vez que los grupos médicos hayan hecho pruebas prácticas. Con respecto al Diccionario médico, un Grupo francés se encarga de su preparación.

Hungría.—Vuestros esfuerzos con objeto de establecer correspondencia internacional entre los médicos, son de grande importancia y preveo gran éxito á empresa tan árdua. Puede asegurarse que ninguna ocupación del hombre necesita tanta internacionalidad como la del Médico. Éste, en el verdadero sentido de la palabra, es un filántropo y su filantropía y amor á la humanidad comprende á todas las naciones. Los servicios que los Médicos prestan á la Sociedad, son de tanta importancia que es razonable que también la situación social de ellos sea buena y sus medios de vivir suficientes. Mi opinión es que esto podría realizarse fácilmente si los Estados se encargasen de la organización de los médicos bajo una base

oficial. Menos soldados, cañones y otras armas mortíferas y las peticiones del Cuerpo Médico serían solucionadas.

En Hungría hay muchos Médicos pagados por el Estado. Su sueldo era muy escaso y no bastaba para cubrir las necesidades más perentorias. Gracias á los trabajos de la «Liga de Médicos húngaros» el Gobierno cedió ante las peticiones de los Médicos y mejoró su situación.—Budapest, 1908.

A. DE MARICH.

La Arboleda, (Bilbao), Julio, 1908.

SECCION PROFESIONAL

Santo Hospital Civil de Bilbao.—La Junta de Caridad de este Asilo ha acordado sacar á concurso la plaza de Farmacéutico y Jefe de Laboratorio de dicho Hospital, admitiéndose las solicitudes y documentos que acrediten los méritos de los solicitantes, hasta el día 10 de Agosto próximo venidero inclusive en la administración del mismo Hospital, donde se facilitarán todos los datos acerca de las condiciones de dicha plaza, reservándose la Junta el hacer el nombramiento en quien lo crea conveniente así como el declarar desierto el concurso.—Bilbao 9 de Julio de 1908. — El Presidente, *Gregorio de la Revilla*.

Publicaciones recibidas.—Hemos recibido dos interesantísimos folletos publicados por la Comisión permanente contra la tuberculosis: el 1.º *La Comisión permanente contra la tuberculosis* comprende los siguientes asuntos:

1.º Real decreto creando la Comisión permanente contra la Tuberculosis. 2.º Real orden de nombramiento de dicha Comisión. 3.º Real orden disponiendo que formen parte de dicha Comisión el Gobernador civil de Madrid, el Alcalde y el Subsecretario de Gobernación. 4.º Real orden aprobatoria del Reglamento interior de la Comisión. 5.º Reglamento interior. 6.º Secciones. 7.º Real orden ampliando la Comisión permanente. 8.º Secciones definitivas. 9.º Real orden ampliando las facultades del Secretario general.

El 2.º, *Dispensarios*, abarca la siguiente materia:

1.º Real decreto creando el Real Dispensario antituberculoso Vic-

toria Eugenia. 2.º Real decreto creando el Real Patronato Central de Dispensarios é Instituciones antituberculosas. 3.º Proyecto de Dispensario antituberculoso para Madrid. 4.º Otro proyecto de Dispensario adaptable á cualquiera poblaci3n. 5.º Primera organizaci3n de Dispensarios antituberculosos para todas las provincias.

Recomendamos su lectura á los aficionados á estos asuntos de tanta actualidad.

Caja de socorro del Cuerpo de Farmac3uticos titulares.—Con gran satisfacci3n podemos comunicar á nuestros lectores que de d3a en d3a hay m3s entusiasmo y va aumentando el n3mero de socios, cont3ndose hoy entre ellos la Junta toda del Colegio de Zaragoza, á la cual indudablemente seguir3 buen n3mero de sus Colegiados.

Como prueba de la garant3a que ofrece tan ben3fica instituci3n, diremos que en Junio 3ltimo adquiri3 la Caja otro T3tulo de la Deuda perp3tua 4 por 100 por valor nominal de 12.500 pesetas, que sumadas á los valores ya existentes hacen un total de 193.500 pesetas.

Quien quiera desvanecer algunas dudas y recelos puede leer los datos consignados en la Memoria reglamentaria de la Gerencia, insertos en el Bolet3n de la Caja de Socorro de 31 de Mayo 3ltimo, datos que de seguro animar3n á los ya muy pocos compa3eros que a3n no han ingresado.

Este Bolet3n y cuanto deseen saber sobre el particular, se lo proporcionar3 el Presidente del Cuerpo de Titulares en esta provincia.

Ejemplo digno de imitar.—Copiamos del *Bolet3n Oficial del Colegio de Farmac3uticos* de Palencia:

«He aqu3 las bases convenidas por los farmac3uticos de Villarramiel, y que por acuerdo del Colegio se publican, recomendando á los colegiados imiten la conducta de los firmantes, tomando en sus respectivas localidades acuerdos parecidos, cuyos resultados m3s tarde habr3n de ser altamente beneficiosos:

Los farmac3uticos de Villarramiel, que suscriben, inspirados en el deseo de que la profesi3n á que se honran pertenecer, viva rodeada de los prestigios que la corresponden, han acordado establecer esas corrientes de armon3a y solidaridad gremial que debe existir entre personas cultas que desempe3an en la sociedad una alta misi3n.

La importancia y respetos de una clase, hace importantes y respetables á las personalidades que la constituyen, y viceversa; por esta raz3n, los males que aquejan á una colectividad homog3nea, se desarrollan á expensas de las diferencias y rivalidades de clase.

En Villarramiel, hasta aquí, no hemos sido considerados ni retribuidos como en derecho nos corresponde; tal ha sido el pago de nuestro abandono.

Esta lección experimental nos obliga á conocer los medios que, puestos en práctica, ha de ponernos en la posesión moral y material de tales derechos, y la eficacia en la adquisición, dependerá de pocas disposiciones, pero leal y dignamente cumplidas.

Nuestros acuerdos quedan reducidos á los siguientes:

- 1.º Uniformidad en los cobros por recetas, con tarifa al efecto.
- 2.º Id. en igualas en los pueblos anejos, con id. id.
- 3.º Medidas eficaces contra morosos y tramposos.
- 4.º Tarifarios únicos y refrendados por el Colegio para cobrar las igualas.
- 5.º Fijar la cantidad menor de venta al cuarteo, y excepciones de éste.
- 6.º Venta de específicos y tasación de los mismos.
- 7.º Prestación mútua de productos en casos necesarios.
- 8.º Id. de servicios en ausencias y enfermedades.
- 9.º Apoyo recíproco para la representación de los cargos locales á que nuestro título nos autoriza.
10. Comunicación frecuente con el fin de corregir ó ampliar lo que sea menester para la buena marcha moral, legal y material de nuestra profesión.

Ha terminado de publicarse la obra que con tanto éxito ha editado la casa de los Señores Salvat y Compañía, *Tratado de Anatomía Topográfica con aplicaciones médico-quirúrgicas*, por los Dres. L. Testat y O. Jacob.

En nuestro próximo número haremos un juicio crítico de tan importante obra.

Hemos recibido un folletito titulado *Castilla sanitaria contra la rabia*, publicado por el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII.

Una disposición testamentaria cumplida.—Reunida el día 18 del pasado mes de Julio la Junta de gobierno del Colegio Provincial de Farmacéuticos de Zaragoza, para cumplir la última voluntad del difunto Farmacéutico de Tauste, D. Pascual Cardona, y que ya conocen nuestros lectores, examinó escrupulosamente los expedientes de los diez profesores que aspiraban á ser agraciados con la Oficina de Farmacia legada por aquél, y en vista de que el presentado por don

Fernando de Luis Jiménez, era el *único* en que concurrían todos los requisitos y circunstancias exigidos en la convocatoria al concurso, acordó hacer la adjudicación de dicha Oficina al expresado profesor.

Felicitamos sinceramente al agraciado.

Adhesiones.—Los Colegios provinciales de Palencia y Vizcaya han acordado adherirse á la protesta formulada por la Junta de gobierno y Patronato de Farmacéuticos titulares, contra la sanción que ha recibido el artículo 72 de la Instrucción general de Sanidad al promulgarse las nuevas tarifas para pago de emolumentos de los Subdelegados de Medicina y Veterinaria, por su asistencia en el acto de la visita de inspección y apertura de las Farmacias.

Nuevo académico.—En el pasado mes de Junio tuvo lugar la recepción del Académico electo, el Dr. D. José Rodríguez Carracido, en la Real Academia Española de la Lengua.

Nuestra enhorabuena al eminente Catedrático, honra de la Farmacia Española.

Defunción.—Nuestro distinguido amigo y Presidente que fué de la Academia de Ciencias Médicas, D. Francisco Ledo, pasa en estos momentos por el amargo trance de la pérdida de su hijo D. Santiago, arrebatado al cariño de los suyos en plena juventud, pues solo contaba 26 años de edad.

Acompañamos al Dr. Ledo en su inmenso dolor y le deseamos la resignación suficiente para sobrellevar tan dolorosa pérdida.



ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD

Defunciones por causas, por edades y por sexos, ocurridas en Bilbao durante el mes de Junio de 1908.

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

C. USAS DE LAS DEFUNCIONES Nomenclatura internacional abreviada	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 V.	Resumen		
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		V.	H.	Total
	Fiebre tifoidea (tifus abdominal)			1												1
Tifus exantemático																
Fiebres intermitentes y caquexia palúdica																
Viruela			1	1										1	1	2
Sarampión	1	2	4											5	2	7
Escarlatina																
Coqueluche	1	1	1											1	2	3
Difteria y crup			2	2										2	2	4
Gripe							1								1	1
Cólera asiático																
Cólera nostras																
Otras enfermedades epidérmicas																
Tuberculosis pulmonar	1				4	6	6	2	4					9	14	23
Tuberculosis de las meninges	1		1			1								2	1	3
Otras tuberculosis										1				1		1
Sifilis			1												1	1
Cáncer y otros tumores malignos									1		4				5	5
Meningitis simple	1	4	3											4	4	8
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral	2	1				1		1		1	4			5	5	10
Enfermedades orgánicas del corazón							3	1	3	1	5			2	11	13
Bronquitis aguda	2	1	1											3	1	4
Bronquitis crónica			2					1		1	1			2	3	5
Pneumonia	1		3	3	1	1	1	4	1					9	6	15
Otras enfermedades del aparato respiratorio			1					1	1					2	1	3
Afecciones del estómago (menos cáncer)																
Diarrea y enteritis				1			1	1						1	2	3
Diarrea en menores de dos años	2	6	2	2										4	8	12
Hernias, obstrucciones intestinales																
Cirrosis del hígado																
Nefritis y mal de Bright					1										1	1
Otras enfermedades de los riñones, de la vejiga y de sus anexos			1							1				2		2
Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer							1								1	1
Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, fiebris puerperal)																
Otros accidentes puerperales																
Debilidad congénita y vicios de conformación	4	1												4	1	5
Debilidad senil												1			1	1
Suicidios																
Muertes violentas					1		1	1	2					4	1	5
Otras enfermedades	4	4	2	1	2			3		3	2			11	10	21
Enfermedades desconocidas ó mal definidas					1							1		1	1	2
TALES POR SEXOS	20	22	17	13	6	9	9	14	16	10	8	18		76	86	162
TALES POR EDADES	42		30		15		23		26		26			162		

DEMOGRAFÍA

NACIMIENTOS					NACIDOS MUERTOS					DEFUNCIONES
LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	
V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.		
111	102	23	15	251	9	3	1	»	13	162