

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 FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Agosto—1909

Núm. 176

La Procreación Humana



El aumento de la debilidad humana en las grandes capitales con sus irradiaciones á los pueblos con ellas relacionados, es una dolorosa verdad indiscutible debida á las enfermedades llamadas llagas sociales, tirantez en la manera de vivir y faltas graves de carácter higiénico y económico.

Las generaciones actuales procedentes de sifilíticos mal curados, alcohólicos y tuberculosos, tienen el sello común de debilidad del mismo modo que las debidas á la falta de higiene y orden económico.

Hay, sin embargo, otro origen en el que pocos se han fijado suficientemente, que consiste en el desconocimiento más completo de la manera de llevar á cabo la procreación, y al cual hay que considerarle como factor de la mayor importancia.

Todos los instintos humanos se han cultivado en mayor ó menor escala en el curso y desarrollo de la civilización. El único que permanece todavía en un estado semisalvaje, es el de la función generadora en la que no se busca más que la satisfacción de un placer de poca duración, aunque muy agradable, importando muy poco ó nada la naturaleza y condiciones del producto que se puede obtener, por falta de educación sexual.

¿Hay medios ante esta situación desastrosa de regenerar á la sociedad venidera? ¿Podremos obtener niños robustos y sanos? Indudablemente que los conocemos, pero su aplicación práctica es sumamente difícil á la vez que se necesita mucho tiempo para realizarla, dada la complejidad médico-social en ellos existente.

La ciencia médica con sus precauciones higiénicas y terapéuticas puede hacer mucho disminuyendo el número de enfermos y débiles, mejorando por consiguiente, los productos generadores; pero hace falta que á ella le ayuden los medios de subsistencia suministrados al individuo y familia por medio de reformas sociales necesarias unidas á una verdadera cultura que ponga en evidencia la vida tal como debe ser y descartando de ella tanta mentira y convencionalismo corrientes.

Dejando á un lado esta árdua tarea de resolución para que se ocupen de ella médicos y sociólogos competentes, concretarémolos al punto de procurar tener niños normales, según ha manifestado el ilustre é infatigable Dr. Pinard en la Academia de Medicina de París.

Sabemos que dos capítulos importantes dominan en toda evolución humana de puericultura, á saber: uno antes de la procreación y otro durante el embarazo y nacimiento con el natural séquito de cuidados necesarios en el período de su desarrollo futuro.

De ambos capítulos el primero es menos conocido que el segundo.

Más de una tercera parte de los habitantes de Francia, dice el Dr. Pinard, no han tenido su vida intrauterina en estado normal. Los unos han nacido prematuramente y los otros han sido mal procreados.

En efecto: tiene clasificados y encuadrados en diferentes volúmenes más de 56.000 observaciones clínicas de mujeres paridas, coleccionadas en sus 35 años de servicio en las maternidades. Puede asegurarse que la mayor parte de los niños mal conformados, macerados y prematuros han sido mal procreados, como quiera que fueron concebidos en el momento en que uno de los padres estuvo enfermo, debilitado ó fatigado por exceso de trabajo. Así es que el niño en su organismo retratará los restos de la tara fisiológica, aunque pasajera, de sus padres, siendo, por lo menos, débil.

Un sifilítico no curado dará lugar al nacimiento de niños macerados; un alcohólico á seres tarados y mal formados, y un tuberculoso á productos de miseria fisiológica más ó menos graduada.

Entre la clase media francesa donde frecuentemente se aplica el principio de la limitación de la familia de una manera voluntaria, se llega á ver entre los nacimientos ocurridos, el que después de dos ó tres hijos vigorosos y sanos, nace un cuarto tardío, débil y mal conformado. Desde luego puede afirmarse que este último ha sido concebido en un momento de *ebriosidad* y sin haber tomado las precauciones usadas para evitar los embarazos.

Es casi seguro el que la mayoría de los niños que tienen una hernia congénita, han sido mal engendrados.

«*Mis niños; que han sido muchos, dice Pinard, son robustos y sanos, pudiendo asegurar, en conciencia, que son tal como yo los he deseado, procreándolos con inteligencia.*»

Para obtener resultados satisfactorios entre individuos normales, no hay más que reglamentar la función generadora del mismo modo que la digestiva, cerebral y muscular á fin de evitar el cansancio de los órganos y conservar un estado de nutrición y energías aprovechables en buenas condiciones. Que la razón domine á la sensibilidad para no dejarse arrastrar por las excitaciones falsas ó verdaderas que asedian y esclavizan al hombre en el curso de la vida.

El coito no debe tener lugar en los períodos de enfermedad, convalecencia, estado de digestión, alcoholismo y cansancio físico si se quiere tener una descendencia normal.

Un hombre bien constituido, puede cohabitar dos veces por semana, después de haber descansado su cuerpo en la cama durante la noche, y sin embargo pocos lo ejecutan en estas condiciones, que indudablemente son las mejores, tanto para el goce material como para el caso de concepción. ¡Así resultan los productos!

La puericultura del embarazo es sumamente importante y en este estado la mujer debe ser considerada como cosa sagrada. Si bien puede trabajar, no debe hacerlo en posición vertical, por ser menos favorable al producto que en actitud sentada.

Los cuidados higiénicos en la alimentación, limpieza, fatiga física, nada de traumatismos sexuales, etc., etc., son condiciones necesarias para el desarrollo normal del niño que va á nacer.

Es necesario por lo tanto el instituir la educación sexual en

la juventud para que sepa lo que es la función generadora, sus peligros en el abuso y enfermedades que puede contraer y no ocultárselo, como ordinariamente se hace al acercarse la pubertad, en virtud de un pudor mal entendido mezclado con torcidas interpretaciones de principios religiosos.

Más vale que el joven sepa lo que hay sobre ese particular de fuente ú origen autorizados que de boca de sus compañeros de colegio instruidos por gentes ignorantes y perdidas, como hoy sucede, teniendo que lamentar sus funestas enseñanzas.

De esta suerte las personas sin malos antecedentes morbosos, podrán tener hijos presentables y útiles á la sociedad que no les darán muchos disgustos y desazones por sus enfermedades ó defectos físicos y se regenerará, por lo menos, en parte, la humanidad en un plazo más corto que si se tratara de individuos de la otra especie indicada.

DR. IGNOTUS.

HIDROCEFALIA AGUDA CURADA POR LA PUNCIÓN LUMBAR

DOCTRINA

La hidrocefalia es un síntoma á la manera como lo son los derrames de todas las membranas serosas. Pueden ser congénitos ó adquiridos, siendo en uno y otro caso, múltiples las causas productoras; sin embargo, una domina á las demás; ésta es la inflamación, sea cual sea el germen productor.

El derrame se encuentra particularmente en los ventrículos laterales, estando ordinariamente en comunicación con los espacios sub-aracnóideos.

La inflamación, ó más bien el derrame consecuencia del proceso productor, puede ser agudo y crónico. Las lesiones que pueden producirlas, además de la ya apuntada, son los tumores y lesiones circulatorias.

Las causas más comunes de la meningitis serosas, tipo de la hidrocefalia, son las toxi-infecciosas y principalmente la del tubo digestivo.

El principio es insidioso y por lo tanto, de un diagnóstico imposible; sólo puede hacerse cuando comienza el período de estado, y en éste, por el aumento de volumen de la cabeza. Esta es en general simétrica, globulosa: las fontanelas son más anchas que de ordinario; igual ocurre con las suturas, resultando aquélla muy grande y en cambio la cara muy pequeña.

Los ojos parecen empujados hacia abajo viéndose la parte superior de la esclerótica casi exclusivamente en la abertura palpabral; al mismo tiempo parece inclinarse hacia adentro como en un ligero estrabismo convergente. La vista, en general, está disminuída ó abolida.

La circulación venosa es muy aparente en la superficie del cráneo.

Los síntomas por parte del sistema nervioso son muy variables, dominando las paresias, las convulsiones, las contracturas.

La inteligencia está grandemente comprometida y en general todas las funciones cerebrales, siendo la causa principal los trastornos circulatorios, que imprimen á toda la substancia cerebral la compresión por el líquido que constituye el derrame, el cual puede llegar hasta mil gramos y más. Este líquido tiene el aspecto del cefalo-raquídeo normal, con una densidad de 1005 á 1010, con un 0,50 grs. á 1 gramo de albúmina y de 5 á 8 gramos de cloroformo.

El volumen de la cabeza varía, llegando á adquirir dimensiones enormes, que se separan de la normal, esto es: 0,37 á los tres meses, 0,42 á los seis meses, 0,45 al de un año, 0,49 al de cinco años y 0,51 al de diez años. La evolución es progresiva, confundíendose la hidrocefalia aguda con la meningitis que la determina generalmente mortales. Cuando pasa al estado crónico ó es crónica primitivamente, mueren los niños por los progresos normales ó por una enfermedad intercurrente.

El diagnóstico es fácil.

El tratamiento se dirige, en primer término, á las infecciones gastro-intestinales, sífilis, etc.

Se aconseja la compresión de la cabeza con vendotes de esparadrapo simple, de Vigo, de Calomel, etc., etc.

La punción lumbar, repetida cuando hay comunicación ventricular con los espacios subaragnóideos, debe ser el tratamiento de elección. La punción craneana, al nivel de la gran fontanela, debe dejarse para los casos de distensión extrema y cuando la vía lumbar está por cualquiera circunstancia interceptada.

El 1.º de Marzo de 1906, fuí llamado para visitar un niño de cinco meses, nacido á término, lactado por su madre y sin antecedente hereditario, ni patológico.

Deseando la madre acostumbrarle poco á poco á la lactancia mixta, en previsión de accidentes que pudieran impedir á la lactancia materna, había empezado á dar al niño una pequeña cantidad de leche de vaca mezclada con agua, en total cantidad 100 gramos al día. Dos días antes se notó algún cambio en la manera habitual de ser del niño, pensando la madre que se trataba de algún empacho gástrico, puesto que el niño estaba intranquilo, con fiebre 39°; tuvo algún vómito y las heces fecales eran algo verdosas, si bien no muy frecuentes.

El enfermito se presentó á mi visita lloroso, con gritos de dolor que empezaban repentinamente y eran acompañados de movimientos violentos de las extremidades abdominales, cediendo repentinamente y conservando en los intervalos, de estas que pudiéramos llamar crisis, aspecto disgustado y como de malestar.

La lengua está ligeramente blanquecina; las deposiciones verdosas pero no frecuentes, el vientre ligeramente tenso.

Por parte del aparato respiratorio existía ligera tos, pero sin fenómeno broco-pulmonar digno de citarse.

Nada de particular en el resto del organismo.

En vista de lo dicho y teniendo en cuenta la mayor frecuencia de los padecimientos gastro-intestinales á tal edad y con tal régimen, consideramos el caso como de infección intestinal X, ó catarro gástrico febril por faltas en el régimen.

La terapéutica en los primeros momentos fué evacuante y calmante, calomelanos al vapor al interior y bálsamo tranquilo

con láudano á la pared abdominal y mientras persiste la fiebre por encima de 39°, baños templados.

Día 2.—Fiebre 38°; el niño está más tranquilo, habiendo disminuído los dolores y por consiguiente los gritos.

Tres deposiciones verdosas no muy abundantes.

Día 3.—Fiebre 37°; gritos de vez en cuando, aún menos que los días anteriores; toma el pecho regularmente, habiendo vomitado una vez y hecho del vientre dos veces, tantas como enemas de agua hervida se le habían puesto.

Día 4.—Fiebre 39°. El niño no mejora; noche intranquila con frecuentes lloros.

El vientre blando, ligeramente doloroso á la presión; no ha habido vómitos y ha hecho del vientre á beneficio de los enemas se le prescribe salicilato de magnesia y benzonaftol, cuatro pa-peletas de 10 y 5 centígramos respectivamente.

Día 5.—Fiebre 38,8°. El estado es poco más ó menos como el día anterior: ha vomitado una vez gran cantidad de mucosidades filamentosas, según dice la madre.

La mirada del niño es algo anómala, casi convulsiva, ocultando casi toda la córnea debajo del párpado inferior; la cabeza un poco inclinada hacia atrás; no hay gritos hidrocefálicos ni convulsiones.

Los días 6 al 14 pasan sin grandes alteraciones; las temperaturas oscilan entre 37,5 y 38,6°; casi todos los días uno ó dos vómitos de mucosidades espesas filamentosas.

El vientre se mueve á beneficio de los enemas, no presentando las heces nada de particular; los ojos siguen mirando hacia abajo, en forma tal, que llama la atención, siendo la mirada poco fija: el opistotonos marcado.

Día 15.—Fiebre 37,4°. Lloros frecuentes; enflaquecimiento aun cuando el niño mama regularmente; pulso frecuente pero regular, del mismo modo que en todo el transcurso del padecimiento. Uno ó dos vómitos por día, si bien alguno que otro no vomita; vientre blando, ligeramente meteorizado; deposiciones algún tanto fétidas, pero sólo á beneficio de enemas ó purgantes y de color casi siempre verdoso.

Los ojos agitados sin llegar á ser el nistacmus completo; las

pupilas iguales, no muy dilatadas, pero al parecer sin visión; la inclinación del ojo hacia abajo y algo convergente hacia adentro es constante.

Día 20.—La fiebre ha desaparecido, el niño está un poco más alegre, duerme mejor, los vómitos no son constantes; la función intestinal es algo mejor, puesto que algunas veces hace del vientre espontáneamente.

Los ojos continúan en el mismo estado; el opistotonos, aunque ligero, persiste.

Se prescribe el ioduro potásico al interior y pincelaciones de tintura de iodo á lo largo de la columna vertebral.

Como se ve por lo anteriormente expuesto, el cuadro clínico no es tan claro como era de desear; hay fenómenos que pueden relacionarse con una infección gastro-intestinal y los hay también que pudieran ser dependientes de una meningitis simple ó de reflejo meníngeo por lesión intestinal, meningismo. En estas dudas, se tuvo consulta con un ilustre colega de esta villa, el cual teniendo en cuenta la historia hecha y los síntomas sacados de un minucioso reconocimiento, quedó con las mismas dudas que yo abrigaba. Las cosas no estaban claras y era necesario continuar observando y dirigiendo los tiros hacia el sistema nervioso cerebro espinal y hacia el tubo digestivo.

Marzo 17.—El niño continúa mejorando aunque muy poco á poco; el vómito ha desaparecido; persiste sin embargo el estreñimiento; el opistotono continúa aún, cuando no tan marcado; la mirada baja é indecisa; las pupilas iguales y perezosas, parece que hay algo de visión. Un oculista ha examinado el fondo del ojo y dice no encontrar nada de particular.

Marzo 20.—El niño sigue bien, pero me llama la atención la amplitud de la frente; la fontanela anterior que nunca ha estado tensa, lo está al presente, aun cuando no es mucho y creo observar una mayor separación de las suturas. Medida la cabeza, encontramos una circunferencia de 0,40 centímetros en vez de 0,38 medida normal.

Continúa la medicación ya más seguro, ó más bien, completamente convencidos, que estamos frente á frente de una meningitis serosa de causa infectiva intestinal. El ioduro potásico

se da en cantidad de 0,15 centigramos diarios. Establecemos la compresión de la cabeza formando un gorro con tiras de aglutinante y continuamos con fricciones mercuriales ya aplicadas desde hace días á lo largo de la columna vertebral.

De tiempo en tiempo medimos la cabeza, la cual aumenta de volumen paulatinamente, llegando á 0,45 de circunferencia al principio del mes de Julio.

Suspensión del tratamiento y punción lumbar entre la tercera y cuarta vértebra, obteniendo unos 50 gramos de serosidad clara, transparente como el agua, en la cual el examen cistoscópico no encuentra elemento forme.

Mientras la evacuación y una hora después el niño está pálido y lloroso, como preso de un estado grave. A medida que sale el líquido, la tensión de la fontanela anterior disminuye.

A fines de Junio la circunferencia es de 54 centímetros; el niño está alegre, toma el pecho y parece estar en euforia casi completa. El cuadro clínico, ó más bien la cara y cabeza, son el prototipo de la hidrocefalia.

Esto es: cara pequeña en relación al volumen de la cabeza, ojos que miran hacia abajo escondiendo las pupilas debajo del párpado inferior, con ligero estrabismo convergente; frente ancha, grande, con eminencias frontales, así como las parietales y occipitales están enormemente desarrolladas; piel surcada de gruesas venas de color azul obscuro; suturas y fontanelas tan abiertas que permiten contar uno por uno todos los huesos de bóveda del cráneo.

Una segunda punción lumbar extrae 60 gramos próximamente de líquido cefalo raquídeo, como en la punción anterior, observándose los mismos fenómenos de dolor, malestar, palidez extrema y pequeñez del pulso.

Desde esta fecha pareció franca la mejoría; la tensión del líquido cefalo-raquídeo no vuelve á aumentar; el crecimiento de la cabeza se detuvo y el niño entró en franca convalecencia.

Al principio del otoño podía considerarse definitiva la curación, puesto que la cabeza no había aumentado de volumen; el niño estaba alegre y la sutura y fontanelas tenían tendencia á disminuir.

Hoy, pasados dos años y medio, el niño está curado conservando como señal indeleble de su anterior padecimiento, una cabeza de hidrocefalo-tipo, pero perfectamente hechas las suturas y oxificada la fontanela; con un estado y desarrollo intelectual, que más bien pudiera considerarse, excesivo, no siendo escaso su desarrollo físico.

Podemos pues considerar que el niño está completamente curado de su hidrocefalia adquirida.

Las consecuencias que se derivan del presente caso, son bien claras; dificultades en el diagnóstico al comienzo; origen gastrointestinal probable; síntomas salientes, los obtenidos por el aparato de la visión y utilidad de la punción lumbar, como tratamiento paliativo á la manera como lo son las aspiraciones de todos los derrames serosos. Como procedimiento de elección, la punción lumbar, no así las hechas en las fontanelas como se hacía antiguamente y como yo he tenido ocasión de hacer, sin resultado alguno, en casos de hidrocefalo congénito, con ó sin espina bifida, hace bastantes años.

En cuanto al tratamiento médico empleado, esto es, antiseptia intestinal, primero, revulsión y alterante, después, nada hemos de decir, puesto que de un modo sistemático y con resultado vario, se emplea corrientemente.

DR. APARICIO.

MATERNIDAD DE BILBAO.—Director: Carmelo Gil y Gorroño

UN CASO DE PUBIOTOMÍA SUBCUTÁNEA

POR EL DR. CARMELO GIL É I.

MÉDICO AYUDANTE

Al estudiar Leonardo Gigli, durante su permanencia en la clínica del profesor Fritsch, en Breslau, las aplicaciones prácticas de su genial invención *la sega filiforme*, tuvo la feliz ocurrencia de ver en ella un instrumento adecuado para poder practicar con el la sección del hueso pubis.

De vuelta á su patria, en 1894, describe, con la denominación de *taglio lateralizzato del pube suoi vantaggi sua tecnica* (1), una Memoria, en la cual expone las ventajas y la técnica de la nueva operación.

Este procedimiento de agrandar momentáneamente los diámetros pelvianos adquirió extraordinario interés, sobre todo desde que invadió las clínicas alemanas, y prueba brillante de ello y un gran triunfo para Gigli fué el XII Congreso de ginecólogos alemanes, celebrado en Dresde en Mayo de 1907. El tema oficial de tocología, puesto á discusión, estaba anunciado de esta manera: *Indikation, Technik und Erfolge der beckenerweiternden Operationen* (2).

Los distintos procedimientos que se han ideado para practicar la pubiotomía ó hebosteotomía—como Doderlein recomienda se le llame—pueden dividirse en dos grupos: primer grupo; métodos en los que la sección del hueso se lleva á cabo después de poner éste al descubierto, *pubiotomía á campo abierto* (Gigli, Van de Valde); segundo grupo; pubiotomía subcutánea con dos variantes, *parcialmente subcutánea* (procedimiento de Doderlein), ó *totalmente subcutánea* (Bumm, Walcher).

En el caso cuya historia clínica á continuación expongo, practiqué la pubiotomía, siguiendo este último método, con la aguja ideada por mi maestro, el profesor Bumm, y con arreglo á la técnica por él descrita (3).

Caso clínico.—Sietemesina, primípara, de veintinueve años y de 1,43 de talla. Última regla, el 31 de Julio de 1908.

Antes de su ingreso en la Maternidad, el 12 de Abril de 1909, fué explorada (tacto vaginal) en su domicilio, siete veces por tres médicos. Temperatura, 36,5; indicios de albúmina en la orina. Diámetros de la pelvis: 23, 25, 27,2, 20.

Conjugado diagonal, 11; conjugado verdadero 8 y medio. Existe falso promontorio.

Comenzó el trabajo el 9 de Abril á las seis de la mañana.

(1) *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1894, núm. 10.

(2) Léase *Zentralblatt für Gynakologie*, 1907, núm. 24.

(3) Detalles del instrumento puede encontrar el lector en mi artículo *La pubiotomía subcutánea*: REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS, Agosto, 1906.

El día 12, á las siete de la mañana, el cuello completamente dilatado; la bolsa de las aguas, que hacía gran prominencia en la vagina, es rota por uno de los médicos encargados de su asistencia; la cabeza movable en el estrecho superior; el feto vive. Reconocida de nuevo en la clínica al ~~mediodía~~ mediodía, viendo que la cabeza no se encajaba, llevando ya la mujer setenta y ocho horas de parto y cinco con la bolsa de las aguas rota, á pesar de presentarse los dolores con regularidad é intensidad, se establece la indicación de la pubiotomía ante el deseo de obtener un niño vivo.

Operación.—Previa cloroformización y preparada convenientemente la región operatoria, se coloca á la enferma en posición obstétrica en la mesa de operaciones. Me oriento con los dedos pulgar é índice en la forma y altura de la sínfisis, y hecho esto, clavo la aguja de Bumm á unos dos traveses de dedo del clítoris en el lado izquierdo, entre los labios mayor y menor (habiendo rechazado previamente el clítoris y el pequeño labio hacia el lado derecho), bordeando íntimamente la rama ascendente del pubis. Tan pronto como la extremidad de la aguja pasó por debajo de la rama del pubis, introduje el dedo índice de la mano izquierda en la vagina para dirigir el instrumento por detrás del hueso en dirección ascendente y junto á su cara posterior. En el momento en que la punta de la aguja formó relieve por encima del pubis, con una ligera presión de la piel sobre la punta del instrumento, atravesó éste las partes blandas, y colocada la sierra de Gigli, retiré la aguja, que tiró de la sierra y la dejó colocada. Se produjo una pequeña hemorragia por la picadura inferior, que cesó pronto mediante una ligera compresión.

En diez ó doce golpes de sierra quedó el hueso dividido, durando la maniobra poco más de un minuto.

Se extrajo el feto con el forceps, previa una episiotomía. Nació en estado de asfixia, pero volvió rápidamente á la vida. Niña de 51 centímetros; pesa 3.150 gramos. Perímetro fronto-occipital de la cabeza, que era dura y no estaba configurada, 34 y medio centímetros.

Extracción de la placenta por Crédé. Placenta normal; peso, 570 gramos. Dimensiones, 17, 15, 1; inserción excéntrica del cordón.

Sutura de la episiotomía y de un ligero desgarro vaginal.

Inyección de «secacornin». Taponamiento vaginal comprensivo, que se retiró á las veinte horas cateterismo vesical permanente durante cuatro días. Sujeción de la pelvis con una venda.

DIARIO CLÍNICO.—*Día 12 de Abril.* Día de la operación. Mañana: temperatura, 36,6 (antes de la operación). Tarde: temperatura, 38; pulsaciones, 120.

Día 13.—M. t, 37,6; p, 120. T. t, 37,3; p, 104

Día 14.—M. t, 36,8; p, 84. T. t, 36,8; p, 84

Día 15.—M. t, 36,9; p, 82. T. t, 36,9; p, 76

Día 16.—M. t, 37,1; p, 84. T. t, 37,7; p, 84 (purga).

Día 17.—M. t, 37,5; p, 92. T. t, 37,3; p, 86 (móvió el vientre)

Día 18.—M. t, 37,1; p, 84.

Día 19.—M. t, 37,4; p, 86. T. t, 37,4; p, 90

Día 20.—M. t, 37,4; p, 76. T. t, 37,1; p, 72 (móvió el vientre)

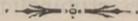
Día 21.—M. t, 36,5; p, 86.

Día 22.—M. t, 36,5; p, 78.

El día 27 podía sostenerse de pie, sin molestias de ninguna clase; el 28 se levantó por primera vez, y el día 30 se le dió el alta.

La madre y el niño se encuentran actualmente en perfecto estado.

REVISTA EXTRANJERA



La regeneración de los criminales, por el Dr. J. Lau-
monier.—Hace algunos años que los filántropos se hallan dedicados á mejorar la situación de los ladrones y asesinos sin detenerse á reflexionar sobre lo mucho que costará á la sociedad ese perfeccionamiento, aparte de las condiciones orgánicas defectuosas que reúnen, de difícil modificación en la inmensa mayoría de casos.

¿Es posible la redención de los criminales?

¡Cuántos jóvenes cándidos y llenos de bondad han soñado á los veinte años en redimir y atraer al sendero de la virtud á mujeres pú-

blicas á quienes las han tenido por amantes! Todos sabemos de que manera les han recompensado sus esfuerzos á los que han intentado semejante despropósito. Son excepcionales los casos redimidos.

A la generosidad de semejante deseo de moralización y rehabilitación hay que rendir el debido homenaje: pero debemos deplorar que el Estado se haya inspirado en ellas en cierto grado, no obstante el espíritu sectario de los juristas francamente refractario á la ley del perdón y ordenar su organización penitenciaria.

Y es que la regeneración del criminal figura todavía entre los problemas á resolver y por tanto los medios empleados con ese fin carecen de valor positivo.

Hace quince años el Dr. Lombroso y su escuela sostuvieron la existencia de criminales natos; pero hoy parece que solo se admiten los circunstanciales. Esto prueba que aun no se halla bien fijado el concepto. Sin embargo, examinando las cosas de cerca, la herencia parece predominante, aunque por sí sola no basta para que se manifieste el vicio hereditario. Es preciso el concurso de un ambiente y circunstancias favorables.

Aun admitiendo ambos factores, herencia y ambiente apropiado ¿es posible que el vicio arraigado cese en su actividad y desaparezca con un cambio de medio social? Esto no puede admitirse ni en criminología, ni en patología. Una enfermedad adquirida puede curarse bajo la influencia de un cambio terapéutico; pero no así otra que sea hereditaria la cual tan sólo se atenúa á fuerza de cuidados corriéndose el riesgo de que estalle con mayor violencia á la menor negligencia, volviéndose cada vez menos curable.

Ahora bien: el origen de la criminalidad es mucho más antiguo que el del artrismo, sífilis y tuberculosis, puesto que se remonta á la época salvaje del hombre. Pero vinieron los tiempos en que la especie humana empezó á desprenderse de la animalidad y constituyó una virtud cultivada por la selección. Hace apenas unos siglos que observamos la disminución ó la canalización de su desarrollo. Por eso rompe con tanta facilidad los diques construídos por los sacerdotes y los gendarmes. Basta un grito, un gesto, una chispa ó un soplo para que se desencadene y aparezca la bestia humana con sus primitivos instintos.

Las masas populares normales y moralizadas cuando se ensobrecen por causas políticas ó sociales ponen de manifiesto cuan difícil

es poner freno á los instintos criminales, cometiendo toda clase de desmanes.

Con mayor razón sucede lo mismo tratándose de individuos viciosos que espontáneamente han manifestado sus apetitos bestiales y resistido á la sabia coerción de las naciones civilizadas.

De aquí, el corto número de los éxitos obtenidos.

Muy contados son los presidiarios que en Nueva Caledonia, donde tienen una especie de liberación condicional, se han rehabilitado socialmente ó podido ser útiles á la colectividad fuera de la zona penitenciaria y vuelto á ser hombres honrados.

Por lo demás, el medio empleado por la administración es quizás, individualmente considerado, excelente: pero muy inferior si se le aprecia socialmente. Nos referimos al derecho que les concede de contraer matrimonio que es un elemento moralizador bueno. Pero ¿con quién se casa el presidiario? Generalmente con una deportada que ha sido prostituta, infanticida y criminal. De semejante unión, en la cual la doble herencia es casi segura, los descendientes serán tarde ó temprano iguales ó peores que sus progénitos. Sería curioso el saber lo que estos vástagos de tales padres hacen en la sociedad: pero hasta ahora no hay datos precisos.

En definitiva, la regeneración de los criminales aparece muy difícil, si se admite por lo menos la herencia como base importante en la predisposición al crimen. A la inversa: resultará factible, si solo el ambiente social es su causa primordial.

Los hechos con sus fracasos de rehabilitación tienden á demostrar el predominio hereditario. Hay que reconocer en todos casos que los medios de no moralización como el aislamiento é inactividad celular son demasiado imperfectos para poder resolver el asunto. Actualmente la regeneración es problemática y costosa: pero, sin duda alguna, acabaremos un día por saber, si es capaz de dar frutos, cuando los filántropos cesen de ocuparse de ella y en su lugar se consulte á los médicos competentes en tal materia.

Dificultades diagnósticas de la coxálgia en su comienzo, por el Dr. Jacques Calvé.—A juzgar por los libros clásicos no hay afección de más fácil diagnóstico que la coxalgia, por cuanto los síntomas están descritos siguiendo un tipo uniforme y se suceden con un orden invariable y matemático.



Sin embargo, clínicamente el problema no siempre es tan sencillo y los errores cometidos son bastante frecuentes. Estos tienen en el día mayor importancia en atención al tratamiento urgente preconizado por ciertos especialistas que exige intervenciones repetidas durante muchos meses y que una vez emprendido con dificultad permite la reforma ulterior del diagnóstico.

Ciertamente que la forma común que adopta la coxalgia se la reconoce con facilidad: pero los casos anormales exigen una perspicacia especial para descubrirlos principalmente en su comienzo. En estas formas raras el cuadro clásico es substituído por variaciones que pueden ser imputadas á factores diversos á saber: sitio anormal del dolor (talalgia), aparición brusca febril ó con luxación, asiento extrarticular del foco (tuberculosis yuxta-coxales), lijera claudicación con ó sin dolor en la articulación, etc....

Pero para puntualizar más el objeto de este artículo nos referiremos á los casos que se manifiestan del modo siguiente: un niño, por ejemplo, presenta dos signos que caracterizan una reacción articular de la cadera. El diagnóstico recae en una coxalgia y la articulación es inmobilizada con un aparato enyesado ó en la extensión continua. Algún tiempo después, al cabo de dos ó tres semanas, se advierte que los síntomas han desaparecido. Los movimientos son libres, salvo una pequeña rigidez de la rodilla efecto de la inmovilidad y no existe dolor espontáneo ni provocado.

En su vista ¿debe deducirse que el diagnóstico es falso dejando en libertad al enfermo ó por el contrario, se ha de mantener la opinión de una coxalgia y continuar meses ó años el tratamiento instituído?

En otros términos, ¿se trata de una coxalgia de evolucion lenta ó es una artritis simple, no tuberculosa, de origen infeccioso, de marcha discreta y que ordinariamente entran en el grupo de reumatismos secundarios ó monoarticulares?

En general cabe distinguir una artritis tuberculosa de otra que no lo sea; pero hay casos intermedios difíciles de diagnosticar de tuberculosos por su carácter benigno y lento. Sus lesiones parece que se limitan á la sinovial en análoga forma que ciertas hidrartosis de la rodilla y á los pseudo-reumatismos infecciosos monoarticulares que bajo el nombre de serosos, confirman la ley de patología general, en virtud de la cual, *los microbios atenuados en su virulencia, cuando infectan el*

organismo, se localizan con preferencia sobre las serosas en general y las articulares en particular.

En la artritis bacilar, la cultura tuberculosa por atenuada que se halle, no muere en algunas semanas como ocurre en otros microbios: persistente y tenaz, por naturaleza, puede quedar como dormida bajo la influencia de la quietud de la articulación, pudiendo despertar á la menor irritación volviéndose más virulenta á cada nueva excitación y dar lugar á las fungosidades, absesos, etc., etc. Esto se aprecia todos los días en la práctica de los hospitales de las grandes poblaciones.

Con el fin, pues, de evitar en lo posible todo error diagnóstico, además de tener en cuenta los antecedentes del enfermo, debe investigarse al nivel de la articulación coxo-femoral, si aparece ó no un síndrome frustrado compuesto de cuatro síntomas, á saber:

- 1.º La persistencia de una adenitis iliaca.
- 2.º La atrofia ó hipotonía de los músculos glúteos.
- 3.º Espesamiento de la región articular.
- 4.º Modificaciones ostensibles al exámen radiográfico.

Estos dos últimos pueden no ser constantes en algunos casos.

- 1.º *Adenitis iliaca*.—La adenitis iliaca, que es preciso no confun-

Investigación de los signos coxálgicos



Figura 1

Adenitis iliaca.

dirla con la inguinal, existe siempre en toda lesión tuberculosa de la articulación coxo-femoral. Los gánглиos afectados residen en la fosa ilia-

ca, inmediatamente detrás de la arcada crural, agrupados alrededor de los vasos iliacos y escalonados á lo largo de sus paredes. Fugaz y transitoria en las artritis no tuberculosas, es fija y constante en las que tienen ese carácter.

Para demostrar su existencia, es necesario hacer respirar profundamente con la boca abierta de manera que los músculos abdominales se relajen: la mano debe deprimir lenta y progresivamente la pared abdominal hasta que llegue á un plano resistente de la fosa iliaca inmediato y detrás de la mencionada arcada.

Un ligero movimiento de va-y-ven de delante hacia atrás y de fuera á dentro hace sentir en la pulpa de los dedos el resbamiento de la masa ganglionar.

2.º *Atrofia é hipotonía de los músculos glúteos.*—Estos músculos son á la cadera lo que el cuadriceps femoral á la rodilla, como quiera que la menor irritación articular causa una atrofia rápida y precoz de los mismos.

Investigación de los signos coxálgicos

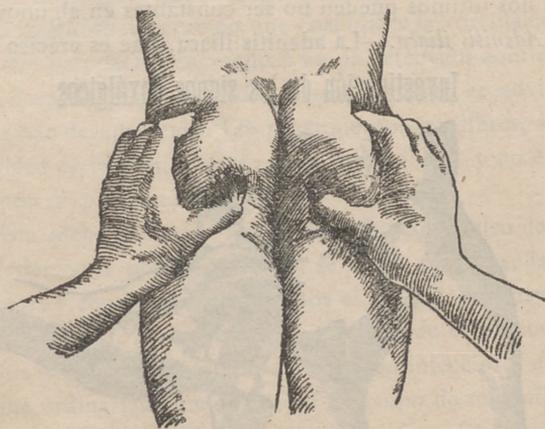


Figura 2

Atrofia é hipotonía muscular

Esta atrofia se manifiesta por dos signos: la disminución de volumen y la hipotonía muscular.

La primera se aprecia con la vista y la palpación. La región está aplanada y el espesor de la masa muscular es menor que en el lado opuesto,

La hipotonía consiste en una modificación de la tonicidad muscular.

Un músculo sano, pellizcado en su espesor, se contrae bajo la presión de los dedos, es decir, reacciona.

La ausencia ó disminución de esta reacción determina la hipotonía. La disminución del volumen no es suficiente para caracterizar una atrofia muscular de origen articular por cuanto la inmovilización prolongada la puede producir.

La hipotonía, por el contrario, es función de una irritación articular.

La diferenciación de estos dos caracteres de la atrofia muscular es fácil según la evolución en armonía con la naturaleza de la artritis.

En la no tuberculosa, las lesiones desaparecen con el reposo: primero lo hace la hipotonía recobrando los músculos su normalidad tónica y mucho más tarde la atrofia de los glúteos á causa de su inutilización prolongada é inmovilización con el aparato enyesado. En el caso de coxalgia lijera, por el contrario, aparte de la disminución del volumen del músculo, la hipotonía persistente atestiguará la existencia de lesiones articulares latentes, pero reales.

Investigación de los signos coxálgicos

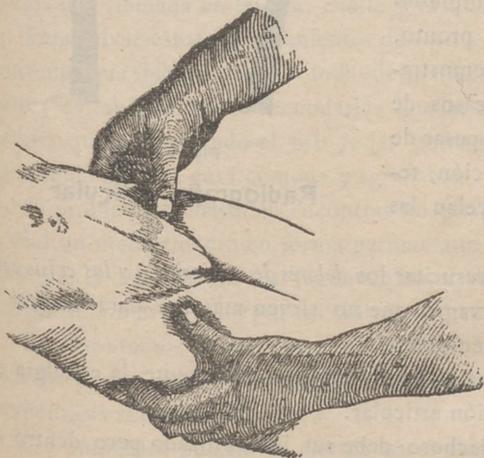


Figura 3

Espesamiento articular

lo hará poco ó nada quedando flojo por atonía.

3.º *El espesamiento de la región articular.*—Este signo aunque más

Para percibir esta hipotonía de los músculos glúteos, se coloca al enfermo sobre el vientre y se coje á manos llenas y á fondo, los dos músculos en ambos lados simultáneamente, teniendo cuidado de pellizcarlos perpendicularmente á la dirección de sus fibras y en la totalidad de la masa: el músculo sano reaccionará por una contracción refleja bajo el pulpejo de los dedos; el atrofiado

inconstante que los anteriores, se les buscará adoptando la posición indicada en la figura tocando el cuello del hueso por fuera de los vasos femorales. Esta exploración practicada simétricamente en las coxálgias benignas revela el aumento de espesor suficiente para sospechar el mal.

4.º *Exámen radiográfico.*—Descubre la modificación del espacio interarticular. La cabeza femoral aparece ligeramente rechazada hacia afuera y arriba. Hay aumento de distancia entre el fondo óseo del *acetabulum* y el polo óseo de la cabeza femoral. Este signo, sino falta, tiene un gran valor.

En resumen: en presencia de una reacción articular, tan solo su evolución bien observada nos enseñará si se trata de una coxalgia de forma común, que es la más frecuente, benigna ó de una artritis simple no tuberculosa que curará pronto. Hemos ensayado la demostración de que en los casos de coxalgia frustrada y á pesar de una apariencia de curación, tenemos signos que revelan las lesiones persistentes.

No hemos querido resucitar los *dolores de crecimiento* y las *crisis reumáticas*, por ser frases vagas que no sirven más que para ocultar la ignorancia del que las emplea.

Es una mala práctica el suponer sistemáticamente la coxalgia en presencia de una reacción articular.

Todo enfermo sospechoso debe ser inmobilizado pero dentro de un período de observación variable en su duración hasta confirmar el diagnóstico. Durante esta fase de expectación, los diversos exámenes que se ejecuten nos darán la clave de la terapéutica evitando perjuicios al enfermo.

Así es que debemos estar prevenidos contra el tratamiento de ur-

Investigación de los signos coxálgicos



Figura 4

Radiografía articular

gencia usado en el día, porque puede comprometer el porvenir. Tampoco se harán inyecciones en la cavidad articular con líquidos modificadores cuya acción tras de no ser específica, causa irritaciones que despistan el diagnóstico ulterior.

Suponer la coxalgia, observarla durante algún tiempo, inmovilizando la articulación sospechosa y no afirmarla más que sobre seguro, es la línea de conducta que nos parece más prudente y racional.

La mejor cura hasta el presente en dermatología, por el Dr. L. M. Pautrier.—La mayor parte de las dermatosis, salvo las que deben ser tratadas por la electroterapia, radium, luz y pequeñas intervenciones quirúrgicas, tienen como remedios locales diversos medicamentos en forma de pomadas. Si se usan en lesiones generalizadas y el enfermo necesita estar acostado en la cama, no ofrecen inconveniente alguno: pero tratándose de dermatosis localizadas poco graves y el enfermo no puede interrumpir sus ocupaciones ó se encuentra en contacto del público, la única cura posible en buenas condiciones, es la que efectúa de noche.

¿Y si las tiene al descubierto? El enfermo se opondrá á que se le ponga una pomada en la cara, cuello y manos, por razones estéticas.

Para salvar estos inconvenientes de forma y fondo del tratamiento continuo que debe existir en toda dermatosis para abreviar su curación y evitar infecciones secundarias que las alargan agravándolas, es preciso que conservando el uso de las pomadas durante la noche, se aplique de día una cura cómoda y agradable.

El problema consiste en encontrar un excipiente capaz de llevar á la piel un medicamento en forma permanente más ó menos absoluta, para que la defienda sin los inconvenientes de una pomada, es decir dejándose quitar aquella por un simple contacto y sin manchar.

Tres productos llenan estas condiciones: los emplastos, los cilindros de pomada y los ungüentos de caseína, pero sus indicaciones terapéuticas son muy diferentes.

Los emplastos pueden en ciertos casos realizar las curas del día, puesto que hoy se fabrican excelentes esparadrapos muy delgados y flexibles á la vez que adherentes desde el lino fino á la seda con el color de la piel, poco visibles y de fácil aplicación.

Los hay de óxido de cinc, ictiol, ácido salicílico, aceite de cade, resorcina, etc., etc. Los emplastos deben cambiarse cada 24 horas y la-

var la piel por medio del éter. Aunque es pequeño el número de dermatosis en que tienen aplicación, es preciso confesar que no hay otros medios mejores para curar la piel, como quiera que hacen absorber gran cantidad de medicamento gracias, á su impermeabilidad y especie de maceración local que ocasionan.

Es decir, los emplastos deben reservarse para las dermatosis no irritables á las lesiones secas, escamosas è hiperqueratóxicas. Pueden ser un medio cómodo para usarlo de día, en ciertas psoriasis no inflamadas, liquen plano y liquenificaciones de la piel. Por el contrario, no tendrán aplicación en las dermatosis agudas, congestivas, exudativas ó infectadas.

Los cilindros de pomadas prestan servicios en las regiones descubiertas, tales como en el sicosis y acné de la cara que no permitan una cura permanente. El enfermo lleva la substancia en el bolsillo y la usa en diferentes momentos del día barnizando la lesión. Estos bastoncillos ó cilindros están hechos bajo el tipo del color rosado de los labios.

Existen dos tipos de fórmulas para esos cilindros ó bastoncillos: El uno debido al profesor Unna, es una mezcla de lanolina y cera en la proporción de 66 por 34. Fúndese esta mezcla y con el medicamento unida después se vierte en tubos de vidrio que se colocan en agua caliente. Enfriada luego, se corta en trozos que se envuelven en papel de estaño. Unos ejemplos:

Dpe. Oxido de zinc	20 gramos
Cera	25 id.
Lanolina	55 id.

ó

Azufre	10 gramos
Cera	30 id.
Lanolina	60 id.

El otro tipo de fórmula es del Dr. Audry y consiste:

Dpe. Manteca de cacao	70 gramos
Parafina	10 id.
Aceite de oliva	10 id.
Medicamento activo	2,50 á 15

La parafina es fundida á un calor suave en un mortero de porcelana con la manteca de cacao. Se tritura aparte en un mortero caliente la substancia medicamentosa con el aceite de oliva. Se mezclan las

dos masas y se las moldea en tubos cilíndricos de vidrio embadurnados en su interior de aceite.

Un cilindro ó bastoncillo de cualquiera clase debe tener una consistencia firme, ser untuoso al tacto y aplastarse fácilmente sobre la piel.

Su aplicación más común es sobre la cara.

Los ungüentos de caseína son otros medios de cura permanente de las dermatosis. Designanse con ese nombre los tópicos á base de un caseinato de un álcali de vaselina, glicerina y de agua que tienen una consistencia fluida, pero que al ser aplicados sobre la piel, se desecan rápidamente formando una especie de barniz elástico, poroso y permeable para la respiración cutánea.

Barnizada la región con una espátula ó dedo limpios portadores del ungüento y pulverizando encima con talco, se tienen una capa adherente y flexible que no mancha los vestidos.

En Alemania se han preconizado productos análogos complejos.

La fórmula del ungüento de caseína propuesto por el Dr. Unna es la que sigue:

Dpe. Caseína	14	gramos
Alcalis (sosa ó potasa)	0,43	
Glicerina	7	gramos
Vaselina	21	íd.
Fenol	} p. i.	0,50
Oxido de zinc		
Agua.	C. S.	para sumar 100 gramos en total.

Igualmente se pueden preparar ungüentos más agradables con el caseinato de amoniaco, lanolina, agua de rosas y polvos inertes como los de talco ú óxido de zinc. Existe en Francia en el comercio, excelentes productos análogos, tales como el *acodermo* que satisface en la práctica.

Hemos ya enumerado las ventajas de esta preparación que son mucho más apreciables en una herida excoriada y dolosa ó de un eczema muy fluente.

Los ungüentos á la caseína constituyen hoy el tratamiento permanente ideal para todas las dermatosis irritables, inflamadas y fluentes.

DR. IGNOTUS.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 30 de Abril de 1909

Preside el Sr. Uníbaso

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Somonte, Ledo, Gil é Ibarqüengoitia, Alonso, Entrecanales y Otaola.

Sr. Gil é Ibarqüengoitia.—Presenta á la consideración de la Academia el siguiente caso clínico referente á una «Pubiotomía.»

Primípara, 29 años de edad; última regla el 31 de Julio de 1908; temperatura, 36,5; indicación de albúmina en la orina. Diámetros de la pelvis 23,-25,-27,2,-20; diagonal, 10 y medio, verdadero 9. Existe falso promontorio.

Comenzó el parto el 9 de Abril á las 6 de la mañana: el 12 á las 7 de la mañana se encuentra el cuello completamente dilatado, bolsa de las aguas rota, cabeza movable en el estrecho inferior: feto vivo.

Ingresa en la Maternidad. Reconocida al medio día, viendo que el parto no avanza, se encuentra indicada la pubiotomía, ante el deseo de obtener un niño vivo.

Operación.—Pubiotomía subcutánea, forceps, episiotomía: extracción de un feto vivo de 3.150 gramos y 51 centímetros: Puerperio normal. Alta á los 18 días de operada: madre é hijo en buen estado.

A continuación el Sr. Gil expone las siguientes conclusiones á la discusión de la Academia: 1.^a La operación de la pubiotomía ¿es una operación recomendable al médico práctico? 2.^a La pubiotomía ¿es una operación de obstetricia domiciliaria ó es una operación que requiere el confort y las condiciones de una clínica para llevarla á cabo?

A la primera cuestión contesta el Sr. Gil que no, y á la segunda, que siempre que el cirujano domine la técnica de la in-

tervención y cuente con medios suficientes para llevarla á cabo, y para tratar las complicaciones que puedan presentarse, sí.

Ilustró la exposición del caso con proyecciones y demostró la técnica en el cadáver de un feto.

Sr. Unibaso.—Felicitó muy calurosamente al Sr. Gil é Ibar-güengoitia por el caso presentado, primera operación de esta clase ejecutada en Bilbao. A estas felicitaciones pide que se unan las de la Academia y que consten en acta estas manifestaciones y así se hace, con beneplácito de todos los concurrentes.

RETENCIÓN PLACENTARIA

Sr. Gil y Gorroño.—Insiste en las manifestaciones expuestas en la sesión anterior, especialmente en la que atañe al peligro que lleva envuelta la retención de un trozo placentario, tanto en lo que concierne á la infección, como en lo que predispone á la hemorragia, accidente temible y que á veces cuesta trabajo evitar y corregir.

Sr. Entrecanales.—Agradece al Sr. Gil y Gorroño su intervención en este caso y se felicita por haber oído de sus labios una conferencia interesante sobre asunto de tanta trascendencia.

TUBERCULOSIS PULMONAR: SU CURACIÓN

Sr. Ledo.—Felicitó al Sr. Alonso por sentir los entusiasmos que siente por la Medicina.

No cree que tiene nada de particular sufrir equivocaciones tanto en el diagnóstico como en el pronóstico y tratamiento de las enfermedades. En este respecto aduce razones para hacer creer que no siempre puede uno estar seguro del diagnóstico.

Habla de la dificultad de un diagnóstico exacto de la Tuberculosis pulmonar, diagnóstico que no siempre es posible hacer, pues para ello no bastan los procedimientos de exploración local, sino que es necesario recurrir á los más modernos de investigaciones, tales como la oftalmo-reacción, cuti-reacción, etcétera, etc., y el análisis bacteriológico y exámenes citológicos, lo cual tampoco basta á veces, aparte de lo infiel de los resultados.

A propósito de lo difícil que es sentar un diagnóstico exacto,

cita el caso de un individuo clínicamente diagnosticado de Tuberculosis pulmonar y que luego resultó ser una bronquiectasia. A este individuo se le practicó un análisis microbiológico sin lograr descubrir el bacilo de Koch.

Sr. Entrecanales.—Abunda en las manifestaciones expuestas por el Sr. Ledo.

En los comienzos de la afección, el diagnóstico es particularmente difícil, y los síntomas descriptos no tienen más que un carácter de probabilidad. Estas dificultades se acentúan en los niños.

Habla de los modernos procedimientos para hacer el diagnóstico precoz de la Tuberculosis y cree que uno solo de ellos no es suficiente para sentar una conclusión, pero quizás unido á otros dé algún resultado.

Por lo que atañe á la oftalmo-reacción, entiende que es muy engañoso.

Sr. Somonte.—Ha practicado pocas oftalmo reacciones, pero las hechas en individuos positivamente tuberculosos, han sido siempre afirmativas. No puede sentar una conclusión tan categórica en lo que atañe á los sujetos sospechosos, de padecer aquella infección.

Ocurre, no obstante, que muchas veces, á pesar de existir la reacción, ésta pasa desapercibida.

Cita por lo demás el caso de una muchacha afecta de una queratitis, probablemente tuberculosa, en la cual se produjo en uno de los ojos, una reacción tremenda con el empleo de la tuberculina, cuya reacción no solamente se curó, sino que curó la queratitis existente que hasta entonces parecía incurable: en el otro ojo, la reacción se comportó en igual forma.

Además, en los ojos afectados de una afección vulgar estreptocócica, la reacción local es también muy violenta.

Sr. Entrecanales.—Ha leído que, si acaso, la oftalmo-reacción produce resultado positivo nada más que en el 20 por 100 de los casos.

Sr. Gil y Gorroño.—Dice que la clínica debe estar por encima de todo sin desdeñar el laboratorio.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 8 de Mayo de 1909

Preside el Sr Unibaso

Asisten los Sres. Gil y Gorroño, Alonso, Saralegui, Landín, Martín y Otaola.

Sr. Presidente.—Dice que se ha recibido una atenta comunicación del Excmo. Ayuntamiento de esta I. Villa, invitando á la Academia para tomar parte en la fiesta cívica destinada á conmemorar la heroica defensa y socorro de aquélla, durante el sitio de 1874, y pregunta la conveniencia de asistir á la referida fiesta, aun cuando él opina que nó, habida cuenta de la nula significación política que ostenta esta Academia.

Siendo esta la opinión unánime de cuantos Sres. Académicos acuden á la sesión, se acuerda no asistir á la fiesta.

Sr. Alonso.—Presenta un nuevo caso de Tuberculosis pulmonar de diagnóstico oscuro.

Se trata de un sacerdote, de 60 años de edad, de buena constitución, sano y alegre, viéndose dominado, no obstante, por dos vicios; uno de ellos, el tabaco, y el otro, que indudablemente no tiene relación ninguna con el proceso patológico en cuestión, pero que era en él una segunda naturaleza, el vicio del juego del tresillo, vicio que le hacía permanecer jugando una porción de horas seguidas.

Un día de mucho calor, este individuo que sostuvo una caminata muy larga, sudó mucho, y al llegar á su casa, hubo de mudarse la ropa, efectuándolo con ropa algo húmeda. A los dos ó tres días después fué afectado por trastornos de índole digestiva, con inapetencia y constituyendo con el tiempo una verdadera dispepsia. Lo vieron varios médicos, pero sin resultado y apenas sin diagnóstico, transcurriendo este primer período, ó mejor dicho, primera fase de la dolencia, sin fiebre, demacrándose el enfermo, y sin que en él pudiera descubrirse nada anormal en el aparato respiratorio.

En el segundo período ó segunda fase, pasados ya muchos meses, el enfermo presentaba escalofríos, fiebre, sudores y tos con esputos purulentos. Se le diagnosticó de tuberculoso y se le

propinó una medicación en armonía con estas ideas. No obteniendo ningún resultado con este tratamiento, se enviaron los esputos á analizarlos, no logrando el análisis descubrir la existencia del bacilo de Koch.

Falleció el enfermo algún tiempo después, y deduce el Señor Alonso, de todo lo expuesto, que no puede ser tuberculoso del pulmón el enfermo cuyos esputos no contengan el bacilo de Koch.

TISIS PULMONAR: SU CURACIÓN

Sr. Gil y Gorroño.—Dice que fácilmente puede haber errores en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

Analiza los casos expuestos por el Sr. Alonso y afirma que la existencia de una caverna pulmonar, no implica necesariamente la tuberculosis. Tampoco cree que la falta del bacilo en unos pocos análisis, implique la ausencia de tuberculosis; así mismo, un simple reconocimiento no basta. Entiende que es preciso que se multipliquen los reconocimientos, las investigaciones y los análisis.

Casi tanta importancia como el laboratorio, la tiene la observación clínica en la Tuberculosis, y opina que esta es curable; pero que la pulmonar, en período curativo, no lo es.

Se ocupa del último caso presentado por el Sr. Alonso, y dice, que no le extraña fuera tuberculoso, explicándosele, por la desnutrición del comienzo de la enfermedad, á causa de una dispepsia, desnutrición que acarrea á la larga la infección tuberculosa.

Sr. Alonso.—Da las gracias al Sr. Gil y Gorroño por su intervención en el debate, y dice, que uno de los casos por él expuestos, (el molinero) cree fuera un absceso del pulmón. Otro de ellos se hubiera hecho tuberculoso si hubiera persistido en vivir en Bilbao.

Sr. Landín.—Habla de la importancia que tiene el laboratorio en el diagnóstico de la tuberculosis, no sólo pulmonar, sino ganglionar y ósea, pero que á veces el análisis bacteriológico sólo no basta.

A este respecto, cita un caso que él diagnosticó clínicamente

de tuberculosis pulmonar y al expresar sus temores á la persona que acompañaba al enfermo, aquélla le presentó un análisis microbiológico practicado en regla, con el cual se demostraba la ausencia del bacilo de Koch y la no existencia de la tuberculosis sospechada. No obstante, la presencia de los signos clásicos era tan evidente, que el Sr. Landín no se dió por satisfecho con el análisis práctico y recomendó hacer otro que demostró la existencia de numerosísimos bacilos.

De todo lo cual deduce que es preciso multiplicar las investigaciones y practicar numerosos análisis.

El Secretario General,

C. MENDEZA.

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Sesión de la Junta de Gobierno del Colegio Farmacéutico de Vizcaya celebrada el 20 de Junio de 1909.

En la villa de Bilbao á 20 de Junio de 1909 se reunieron en dicho local, previa convocatoria, los Sres Rivero, Mas y Mas, Sastre, Aguirrezabala, Orive, Goñi y Madaleno, pertenecientes á la Junta de Gobierno que cesa y los Sres. Saralegui, Murrieta, Garaygorta y Artaza, nombrados para la nueva Junta.

El Sr. Rivero, presidente de la Junta saliente, dió posesión á los últimos señores de sus respectivos cargos, dedicándoles frases de elogio.

Acto seguido ocupó la presidencia el Sr. Saralegui, dando las gracias en su nombre y el de sus compañeros de Junta á los que cesaban en sus cargos, correspondiendo á las frases del Sr. Rivero y prometiendo responder con actos á la prueba de confianza en ellos depositada por los compañeros al designarles para tan honroso puesto, y haciendo fervientes votos por la prosperidad del Colegio y de la clase farmacéutica.

Disuelta la Junta mixta y solos los que componen la actual, acordaron visitar al Sr. Gobernador Civil para ofrecerle los respetos del Colegio, y seguir celebrando las Juntas de Go-

bierno, como hasta aquí, los segundos jueves de cada mes, á las tres y media de tarde, sin más aviso.

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

El Secretario,

DR. ARTAZA.

Sesión celebrada el día 15 de Julio de 1909.

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los Sr^{es}. Madaleno, Murrieta y Artaza, se aprobó el acta de la anterior.

Se dió cuenta de la citación pasada á los señores farmacéuticos de la localidad para una reunión que se celebró el 12 del presente, á fin de adoptar acuerdos sobre la forma de establecerse el Descanso Dominical, á fin de ver si de una vez podia zanjarse este asunto, sobre el que han llamado la atención del Colegio Farmacéutico varias veces algunas entidades, entre ellas el Sr. Alcalde, como presidente del Instituto de Reformas Sociales.

Como anteriormente á esta fecha y al visitar el Presidente y Secretario de este Colegio al Sr. Gobernador Civil, éste expusiera á aquéllos su deseo de resolver el antedicho asunto, rogándoles muy encarecidamente su solución, expuso el Señor Presidente ante la reunión de Farmacéuticos de la localidad, celebrada el día 12, estos antecedentes, á la vez que diversas manifestaciones sobre el asunto que sometió á la consideración de los compañeros allí reunidos, los cuales, después de discutir ámpliamente el asunto, acordaron por unanimidad, salvo la protesta del Sr. Celada, que prometió sin embargo acatar lo que resolviera la mayoría, ampliar la hora del cierre de las farmacias hasta las 10 de la noche, haciéndose el servicio desde dicha hora como nocturno, sin volver á abrir la Farmacia hasta el día siguiente, acuerdo que fué notificado por el señor Secretario á los Farmacéuticos de Bilbao que no asistieron á dicha reunión y del que dieron cuenta también los señores Presidente y Secretario de este Colegio al Sr. Gobernador Civil.

A la reunión antedicha del 12 de Julio asistieron los seño-

res Pinedo (Q.), Celada, Moro, Miguélez, Murrieta, Pértica, Barbier Belausteguigoitia, Aguirrezabala, Bolívar, Fernández, Boyra, Uribe, Echegaray, Larrínaga, Madaleno, Saralegui y Artaza y estuvieron representados en ella los Sres. Gil, Martínez, Micieces, Domereq y Rolles.

Acto seguido dió cuenta el Sr. Presidente de su asistencia á una reunión con los Sres. Inspector provincial de Sanidad y Subdelegados de Farmacia de esta provincia para tratar sobre asuntos de intrusismo, reunión provocada por órdenes emanadas del Ministerio de la Gobernación para la represión de actos de intrusismo en las profesiones médica y especialmente en la Farmacéutica. En esta reunión se aprobaron diversas conclusiones que, por mediación del Sr. Gobernador Civil, serán elevadas al Ministro de la Gobernación.

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

El Secretario,

DR. ARTAZA.

SECCION PROFESIONAL

Centro Farmacéutico Nacional.—Acordado por la Asamblea celebrada en Madrid en los dias 25 al 28 de Junio último dar el nombre de *Centro Farmacéutico Nacional* á la Sociedad Cooperativa instituida por la misma, y elegido el personal de los que han de constituir su Consejo de Administración, la Junta de gobierno y Patronato celebró sesión extraordinaria el día 7 de los corrientes para dar posesión de sus cargos á los Consejeros de número y suplementarios.

Inmediatamente fué invitado el Consejo de Administración á que designara cuáles de los profesores que le constituyen han de desempeñar determinados cargos, y por acuerdo unánime de los consejeros, quedaron elegidos: para el de Presidente y Vicepresidente los Señores Baranguan y Garrido Mena; para el de Tesorero, el Sr. Gómez Pamo, y para los de Secretario y Vicesecretario, los Sres. López Mora y Fernández Gómez.

Sobre intrusismo.—Prosigue la campaña iniciada en este sentido por nuestras Autoridades Sanitarias: por el Subdelegado de Farmacia del Centro, D. Rafael del Río, fuè denunciado hace unos días un intruso que se dedicaba á la venta de una pomada *milagrosa* para curar la calvicie, vendiéndola al público, según nuestras noticias, al precio de 15 á 30 pesetas, según tamaño. (¡Una tontería!)

El aprovechado *Socio* ha sido multado en 100 pesetas por el Señor Gobernador y el hecho ha sido denunciado á los Tribunales.

Item más: se le han decomisado todos los botes que obraban en su poder.

¡Duro y á la cabeza.

El artículo 72 de la Instrucción.—Por fin se han cumplido los unánimes deseos de los Farmacéuticos españoles de ver modificado el absurdo y vejatorio artículo 72 de la Instrucción general de Sanidad que constituía un bochorno y una afrenta que se les hacía sufrir en la apertura de sus Oficinas á todos los Farmacéuticos.

En adelante, en el acto de apertura, sólo se precisará la visita del Subdelegado de Farmacia del distrito.

Felicitemos al Sr. Ministro de la Gobernación por haber dictado tan acertada disposición.

