

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV

Bilbao—Junio—1908

Núm. 162

## Las lesiones vulgares de la vulva

— — — — —

La resistencia que ofrece el orificio vaginal y sus contornos á los diversos actos fisiológicos que por su mediación tienen debido cumplimiento, es sumamente variable y se halla bajo la dependencia de la constitución de la mujer y la flexibilidad de los tejidos.

En unas puede decirse que es nula, permitiendo la ejecución de las funciones genitales sin dificultad alguna, no acusando jamás dolor ni el más leve desgarramiento mucoso, á la vez que conservan el himen intacto. Otras, por el contrario, poseen una vulva sumamente frágil que se deja lesionar por la más leve causa.

Algunas mujeres, sin embargo, á pesar de sus buenas condiciones orgánicas, tienen la desgracia de sufrir lesiones más ó menos numerosas, al caer en brazos de seres al parecer humanos, pero que sus actos son de naturaleza salvaje, (homo sátivus) ó de grandes cetáceos armados, capaces de destruir cuanto se les pone á su alcance ó de dislocar vísceras abdominales.

Sabido es que la persistencia del himen no constituye, como antes se creyó, una prueba de virginidad desde que ha habido muchos casos de relaciones sexuales y embarazos en los que dicha membrana no sufrió alteración alguna. Por lo cual no se concede gran importancia al aspecto exterior de las partes genitales en relación, sobre todo, con la medicina legal.



Los primeros actos de conjunción sexual determinan, casi siempre, ligeras desgarraduras ó erosiones en el contorno del orificio vaginal, resultando el himen fisurado, dando lugar á las *carúnculas himeneales* distintas de las llamadas *mirtiiformes*, con las cuales suelen confundirse, siendo completamente diferentes.

Estas últimas son verdaderas secciones que comprenden toda su altura, siendo la consecuencia del paso de la cabeza del feto. Están constituídas por trozos de himen que persisten después del parto, á guisa de pequeños pólipos más ó menos pediculados.

El Dr. Schroder, que ha estudiado estos hechos pretende, sin embargo, sostener que dichas carúnculas son debidas á esfacelos parciales del orificio vaginal como parece apreciarse después del parto al fijarse en este orificio al cual le falta algo de tejido para completarlo.

Indudablemente que en muchos casos de parto, ocurren esos esfacelos; pero si se examinan bien los trozos de himen separados por espacios libres, estos tienen carácter cicatricial indicando el sitio de la desgarradura. En cambio las señales que las primeras dejan, tienen una forma difusa y se ve que el territorio donde se asientan pertenece exclusivamente á la mucosa vaginal.

De lo enunciado se formará una idea de la importancia que tiene en medicina legal la distinción entre las *carúnculas himeneales* y las *mirtiiformes* por sí sola, para asegurar que una mujer ha parido y como corroborante de los demás datos relativos al cuello uterino, mamas y abdomen que se investigan en semejante materia.

Así es que cuando al examinar los órganos genitales á una mujer que presenta aquella particularidad del himen denunciadora de haber parido, si ella no lo dice espontáneamente, debe guardarse muy bien de darse el médico por entendido, como quiera que de hacerlo podría traer consecuencias desagradables.

Con este motivo refiere el malogrado Dr. Budin dos sucedidos espeluznantes.

Tratábase en el primero, de un médico llamado para



asistir en el parto á una señora primípara, según su marido y presentaba *carúnculas mirtiformes*. Para tranquilizarla le dijo: *Señora; usted parirá bien porque ha tenido niños*. El marido que lo oyó y estaba algo receloso de su mujer, se levantó airado, contestando al médico: *¿Pero qué decís?* Comprendiendo aquél la imprudencia cometida, la enmendó rectificando la frases en esta forma: *Señora, usted parirá bien como si hubiera tenido niños*.

El segundo caso tuvo lugar en el hospital de la Caridad, en Paris, á donde vino á parir una supuesta primípara casada, que también ofreció los mismos caracteres, que la anterior, haciéndose constar ese dato por uno de los ayudantes en voz alta. Oida que fué tal declaración por otra mujer de la cama inmediata que tenía resentimientos con la primera, escribió al marido de ésta manifestándole que su esposa había parido antes de su matrimonio.

No es para descrita la escena de desesperación y lamentos que más tarde le hizo sufrir al Dr. Budin la recién parida al presentarse en su casa, exponiéndole el estado furioso de su marido por la denuncia que recibió del hospital en contra de la pureza de conducta de la esposa.

Los malos tratamientos y el divorcio fueron las consecuencias de la imprudencia cometida.

Refiriéndonos al parto éste puede ocasionar lesiones de importancia variable por circunstancias diversas pertenecientes á la madre ó el feto y á los dos á la vez. Conocida es la marcha diferente que el parto desarrolla, según se trate de una múltipara ó primípara.

Cuando la primera empieza á ejecutar fuerzas de expulsión una vez dilatado el cuello uterino, termina el parto rápidamente. Pero si es primípara, transcurre mucho tiempo en finalizar la función.

Nada más frecuente en esta el observar como el periné se abomba á cada contracción; la vulva se entreabre un poco y parece que la cabeza del feto va á salir, y sin embargo, vuelve á entrar para volver á aparecer algunos minutos después, y así sucesivamente. Se espera así una ó dos horas sin que aquella situación se modifique en sentido



progresivo, constituyendo una escena que puede calificarse del *va y ven de la desesperación ó el parto en columpio*.

Y es que en algunas mujeres ofrece tal resistencia á dejarse dilatar el músculo elevador del ano verdadero indisciplinado, que da lugar á esa dilación cómica.

Poco á poco la cabeza del feto se va haciendo cada vez más visible, concluyendo por salir definitivamente y se termina el trabajo y la desesperación.

Diversos desgarramientos pueden producirse durante el paso de la cabeza por la vagina hasta su salida. La vagina los pequeños labios hacia sus lados ó abajo sufren pequeñas ó grandes soluciones de continuidad. Hay veces que la desgarradura se dirige hacia el clítoris ó al meato urinario, y en este caso la cicatriz que se forma, obliga á la ejecución del cateterismo. Pueden en suma, verse toda variedad de lesiones.

Pero la que suele ser más común, tiene su asiento en la parte inferior de la vulva con extensión hasta la comisura posterior ú horquilla, ó lo que es más grave, comprendiendo además el ano. Este es el verdadero desgarramiento del periné.

El punto de partida de esta lesión es en general, el orificio vaginal, y en estos casos suele ser superficial. Pero hay otros en que la procedencia es vulvar y muscular agravando la situación de la parida, según la profundidad y comunicaciones rectales que pueden tener dichas lesiones, exponiéndola á una infección compleja, sin perjuicio de proceder á la sutura de los tejidos separados por la solución de continuidad existente.

Muchas de estas lesiones, sobre todo la rasgadura hasta la horquilla, cuando es superficial, deben ponerse los medios para evitarlas, procediendo á una suave é intermitente dilatación digital del orificio vaginal durante el trabajo del parto, especialmente en las primíparas, sin perjuicio de que manualmente se sostenga el periné en el momento crítico en que la cabeza del feto atraviesa la vagina ¡No se verían seguramente tantas vulvas rasgadas como existen, si los médicos fueran más precabidos!



Respecto á las lesiones mínimas que se desarrollan en los primeros actos genitales, no necesitan en general, más que la limpieza diaria que toda mujer bien educada debe usar con sus órganos genitales, y si en algún caso tuvieran alguna importancia ó produjeran de una manera refleja el vaginismo agudo, la suspensión temporal del coito se impone, además de tratar localmente de una manera aséptica y calmante las alteraciones. El agua caliente hervida usada bajo la forma de baño de asiento é inyección vaginal y las embrocaciones subsiguientes de glicerina neutra con cocaína y mentol al 3 % y aplicación de una servilleta almohadillada con algodón hidrófilo análoga á la usada en el período menstrual, modificarán y curarán las lesiones.

El onanismo bastante frecuente, por desgracia, en las mujeres de las grandes poblaciones y disculpable, dada la condición opresora en que se hallan colocadas por la sociedad, produce alteraciones variables, según los medios usados en la excitación sexual.

Las erosiones é irritaciones de los pequeños labios y orificio vaginal acompañadas ó no de flujos blancos, suelen apreciarse en determinados casos; pero los rastros más comunes denunciadores del onanismo femenino consisten, según el Dr. Auvard, en la prominencia anormal de los labios menores y especialmente del correspondiente al lado derecho, con aumento del volúmen del clítoris.

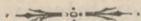
El color azulado del tercio inferior de la vagina es un indicio sospechoso de que la mujer es diabética y debe motivar el análisis de la orina,

Las diferentes lesiones vulgares expuestas, en sumayor parte, no encierran gravedad alguna, cayendo pocas veces bajo la acción del médico, pero las describimos como curiosidades que pueden servir de mucho en el ejercicio de la profesión en ocasiones inevitables de la vida.

DR. SOLTURA.



## REVISTA EXTRANJERA



**Las proporciones del cuerpo en la mujer, por el Doctor Desfosses.**—El médico, á semejanza del artista, debe formarse una idea más ó menos acabada de las proporciones que las diversas partes del cuerpo humano guardan entre sí, á fin de poder juzgar si una región dada se halla ó no en estado normal ó el individuo es, en conjunto, defectuoso.

Para conseguirla, es necesario que se familiarice con las formas habituales eligiendo un tipo medio sano.

En todos los tiempos, los artistas se han venido preocupando de las proporciones del cuerpo humano con el objeto de fijar un modelo que sirviera en la ejecución de las diversas obras de arte y al cual le denominaron con la palabra *cánon*.

El más antiguo es el *cánon* egipcio, en el que se ha creído encontrar la medida del dedo medio de la mano, multiplicada por diez y nuève, como representante de la altura total del cuerpo humano.

Después vinieron los griegos definiendo las proporciones del atleta apto para los ejercicios de gimnasia y manejo de las armas (Poliycleto). A Lisipo le dió por introducir mayor elegancia en su modelo: Apollon de Belvedere elige como unidad de medida la cabeza.

Mucho más modernamente tenemos á los pintores Leonardo de Vinci, Alberto Dürero y Rubens, ocupándose en diversas formas de fijar las proporciones del cuerpo. Los libros franceses que mejor han tratado este asunto, son los de Jean Cousin, de Gerdy y P. Richer.

Ahora bien: el *cánon* de proporciones del cuerpo humano trazado por los artistas, es algo convencional y de ninguna manera debe tenerlo en cuenta el médico, en razón á que prescinde de las variaciones que imprimen las razas, sexos é individuos, según sus edades.

La antropología sostiene que existen tantos *cánones* como tipos múltiples componen el género humano y de los cuales debe deducirse un término medio.

Quetelet, primero y Topinard, después, han ensayado la manera de establecer un medio de proporciones ó *cánon* europeo.



Sargent en América del Norte, después de haber medido dos mil jóvenes de veinte años, en ambos sexos, presentó dos figuras de hombre y mujer modeladas en arcilla en la Exposición de Chicago.

Es curioso el hacer constar que entre los cánones de los artistas y el de los antropólogos, las diferencias no tienen importancia digna de ser mencionada.

Concretándonos á la mujer, diremos que la altura de su cuerpo es igual á siete veces y media á la de su cabeza, proporción casi igual á la longitud de sus intestinos tomada la altura como unidad. La talla media de la mujer europea es de 1<sup>m</sup>58.

El centro de su cuerpo está situado muy cerca del límite superior de los pelos del pubis y si se halla más arriba, por poco que sea, es indicio de un defecto que consiste en la cortedad de sus miembros inferiores.

En la niña ó niño, la cabeza es relativamente grande y los miembros cortos. La primera no alcanza su longitud definitiva hasta los trece años, al igual que su tronco y las piernas tardan muchísimo más, citándose casos de crecimiento de ellas después de los veinticinco años.

Para que los brazos tengan una longitud normal, es preciso que hallándose péndulos naturalmente á los lados del tronco, el codo se encuentra á la altura del talle y la muñeca á la del pubis.

Toda pierna recta y bien hecha debe en la actitud vertical y á pies juntos, tocar con su compañera en cuatro puntos: en el tercio superior del muslo, rodilla, pantorrilla y maleolo interno. En las personas jóvenes cuyas pantorrillas no se han desarrollado por completo falta ese punto de contacto, sin que por él puedan calificarse á sus miembros como defectuosos.

La anchura de hombros es, tanto en la mujer como en el hombre, la mayor del cuerpo; pero mientras que en este es superior á la de las caderas, en la mujer es casi la misma.

La amplitud de caderas, relacionada con la de los hombros es uno de los caracteres más importantes sexuales de la mujer.

Para que se forme una idea del cuerpo femenino, adjuntas son varias figuras, reproducciones de Richer en Francia, Merkel en Alemania, Hay y Thomson en Inglaterra y Sargent en América del Norte. (fig. 1.<sup>a</sup>)

La figura femenina normal de Richer coincide casi exactamente



con la de Merkel, pues sólo difiere de ésta en que es más baja y el brazo algo más largo.

La de Hay tiene la cabeza muy pequeña, que constituye un ca-

## TIPOS FEMENINOS

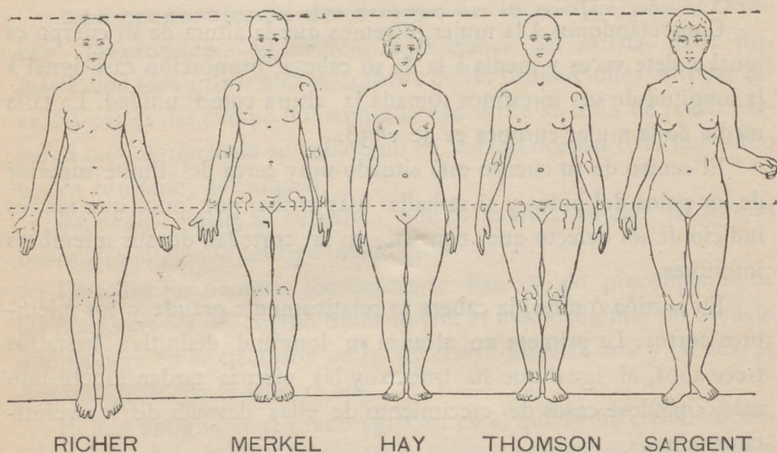


Figura 1.<sup>a</sup>

racter aristocrático y las piernas cortas, defecto muy común en la clase obrera.

En la de Thompson se aprecia una cara demasiado larga y piernas cortas. Igual defecto último tiene la figura de Sargent.

Merkel opina que los tipos normales deben tener las medidas siguientes:

	Hombre	Mujer
Altura del cuerpo . . . . .	165	158
Anchura de hombros . . . . .	47	37
Id. del talle . . . . .	25	23
Id. de las caderas . . . . .	32	34

Se ve pues que la diferencia entre las anchuras de las caderas y los hombros es de 14 centímetros en el hombre y 3 centímetros solamente en la mujer.

Nos llama la atención que entre estas proporciones no figura para nada la relativa al tronco con las extremidades inferiores y que a nuestro juicio tiene importancia estética y fisiológica no desprecia-



bles. En general la diferencia de altura en las personas, suele residir en los miembros inferiores. Así el hombre tiene comparado con la mujer una longitud de cuatro á seis centímetros más en sus piernas, notándose igual diferencia con la medida total de cabeza y tronco. En la mujer, esta proporción, salvo las razas altas, suele ser igual desde el pubis á los talones que de aquél al vértice del cráneo, lo cual explica la diferencia de altura entre los sexos en cada raza.

La falta de proporciones entre el cuerpo y las piernas es más común en mujeres que en los hombres. Hay unas que teniendo un cuerpo normal, sus miembros inferiores son más cortos que aquél, y cuando están sentadas aparecen como tipos corrientes, notándose el defecto en la estación vertical. Otras, por el contrario, con un cuerpo de niñas, tienen piernas largas y parecen unas grullas de pie y sentadas unos muñecos.

Ahora bien: á pesar de las proporciones citadas, como necesarias á la belleza del cuerpo femenino, la observación práctica nos dice que

## TIPOS FEMENINOS

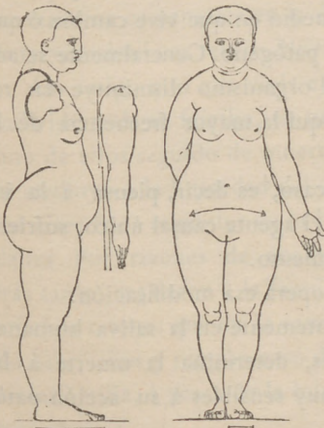


Figura 2.ª

Aldeana vulgar de formas torpes y piernas cortas.

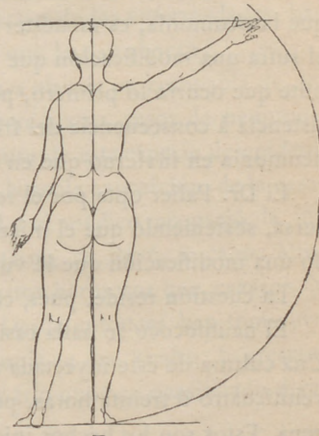


Figura 3.ª

Señorita esbelta y elegante.

la gordura ó el enflaquecimiento, la naturalidad en el desenvolvimiento de las maneras y actitudes y la cara más ó menos bonita, son datos que influyen más poderosamente sobre ella. ¡Pero cuántas y di-



ficiles selecciones hacen falta para que salga un tipo bello y elegante!

Véanse los contrastes de proporciones entre dos mujeres: de aldeana vulgar la primera, y de señorita esbelta y elegante la segunda, dibujadas por Alberto Durero (fig.<sup>as</sup> 2 y 3.)

De lo expuesto se deduce que las proporciones del ideal de belleza y elegancia son rarísimas y el médico, por lo tanto, tiene que contentarse con lo que la naturaleza le ofrece, y considerar como normales á los individuos que carecen de toda elegancia y distinción.

**La infección neumónica y los ratones, por el Doctor Palier, de Nueva York.**—Al conocimiento que tenemos sobre el papel que desempeñan las ratas y sus pulgas en la propagación de la peste y la rata de campo en el desarrollo del sudor maligno, hay que añadir la influencia que tiene el ratón doméstico para ocasionar la neumonía.

Los argumentos curiosos, algunos de ellos convincentes, que emplea este médico neoyorkino, nos mueven á decir cuatro palabras sobre ese asunto.

El neumococo de Fraenkel para que se vuelva virulento y provoque la neumonía, es menester que el medio en que vive cambie ó que el sufra una modificación que le haga patógeno. Generalmente se admite que ocurra lo primero, porque el organismo disminuye en resistencia á consecuencia del frío. De aquí la mayor frecuencia de la neumonía en invierno que en verano.

El Dr. Palier opta por el segundo caso, es decir, piensa á la inversa, sosteniendo que el microbio es el agente causal único, sufriendo una modificación que le vuelve virulento.

La cuestión reside, pues, cómo se opera esa modificación.

El neumococo se halla casi constantemente en la saliva humana. Una cultura de éste inyectada á ratones, determina la muerte á las veinticuatro ó treinta horas, por ser muy sensibles á su acción patógena. Estos son los hechos iniciales.

Ahora bien: supongamos que un ratón de nuestras casas ingiera alguna cosa mezclada con saliva nuestra, se infecta y muere. Sus materias fecales y su sangre se encuentran llenas de microbios Fraenkel, los cuales, por la descomposición cadavérica que se efectúa en un rincón de la casa, se esparcen por todas partes y contaminan, no sólo á otros ratones, sino también á los individuos que en la misma habitan.



Las experiencias de Palier demuestran que el hecho de pasar por el ratón, basta para exaltar la virulencia del neumococo y volverlo patógeno para el hombre.

Esta singular etiología explica bien las diversas circunstancias que caracterizan las epidemias de neumonía. Si esta es más frecuente en invierno que en verano, no es en razón al frío, sino á que los ratones abundan más en nuestras casas en ese tiempo y porque además la ventilación y luz disminuyen en las casas, lo cual permite al microbio conservar más su virulencia.

En la hipótesis de un enfriamiento que ponga al micrococo en condiciones virulentas ¿cómo explicar el que la neumonía sea menor frecuente á medida que nos alejamos del cuadro hacia el polo? ¿Cómo darse cuenta el que durante las campañas de invierno los soldados que vivaquean estén menos expuestos que los alojados en habitaciones? ¿Cómo se comprende que la neumonía no se declare en las tripulaciones de los grandes acorazados, sino cuando el navío empieza á estar invadido por los roedores citados?

Tales son los hechos y argumentos en que basa Palier su opinión. Los conocimientos que tenemos del papel que desempeñan muchos de nuestros comensales en la diseminación de las enfermedades, hace muy verosímil esa teoría. Hay hechos que la corroboran.

Un amigo mío que vivía en una casa aislada en compañía de seis individuos de su familia, en un año tuvo cuatro casos de neumonía, uno de ellos seguido de muerte. La causa de esta especie de epidemia se atribuyó á la humedad del sitio y á la mala exposición de la casa á los aires fríos reinantes en la localidad y el médico aconsejó la mudanza. Por razones de economía ésta no se llevó á cabo. Mientras tanto, regalaron á la familia dos gatos hermosos que cazaron los muchos ratones que en la casa había. Desde entonces han transcurrido ocho años y ningún caso de neumonía se ha vuelto á presentar en la familia, á pesar de la humedad y frío que han ocasionado diversos catarros.

Aunque este hecho es completamente satisfactorio por razón á que puede ser atribuido á una simple coincidencia, si se recogieran otras observaciones análogas, el asunto merecería una reflexión seria y daría mucha fuerza á la teoría de Palier.

**Un nuevo tratamiento de la dismenorrea, por el Dr. Polano.**—Fúndase este en el antagonismo funcional que existe



entre el ovario y la glándula mamaria al cual es debida la amenorrea del periodo de lactancia.

Descartadas las dismenorreas mecánicas por anteflexión, retroversión y estrechez del cuello uterino, y las debidas á metritis diversas en las que no tiene eficacia el procedimiento por sí solo, es de gran importancia en las causadas por un exceso de fluxión genital en mujeres nerviosas cuya sensibilidad está exagerada.

Para ello aplica la hiperemia artificial en las glándulas mamarías algunos días antes del periodo catamenial por medio de unas ventosas Klapp empleadas para combatir las mastitis con el éxtasis venoso de Bier. Se tendrá cuidado al usarlas de vaselinar bien sus bordes á fin de obtener una perfecta oclusión que permita á seguida hacer el vacío gradualmente y poner turgente la glándula en un grado tal, que no sienta la enferma dolor alguno y sí una sensación de tirantez.

La aplicación se hará en dos tiempos con una duración de quince minutos cada uno y separados por un corto intervalo. Algunas veces podrá reducirse el total de la sesión á un cuarto de hora.

Levantadas las ventosas la hiperemia persiste muchas horas, durante las cuales las mamas están más voluminosas que en estado normal. Cuando el tratamiento se prolonga durante unos días, los senos conservan su turgencia.

Cada día se practica una sesión hiperémica como máximun, hasta el fin del periodo menstrual.

Bajo la influencia de este medio se aprecia en buen número de casos, un retardo notable en la aparición de las reglas, tal como de ocho y diez días. Además, el flujo de sangre es menos considerable que anteriormente, lo cual constituye una ventaja seria en los casos de menorragia. Si esta no cediera, hay que pensar en dirigirse al interior de la matriz para apreciar el estado de su mucosa y vasos y proceder como haya lugar, sin estar perdiendo un tiempo precioso, como en la práctica acontece por temores de la paciente que se debilita cada mes más, exponiéndola á diversas contingencias de vida.

Este tratamiento se ha experimentado de un año acá en muchísimas mujeres y niñas casaderas con maravillosos resultados, suprimiendo los dolores en su mayoría y reduciéndolos al mínimun en las demás.

Empleado sistemáticamente durante meses, si se le suprime, puede



reaparecer la dismenorrea, pero es ya muy atenuada. Bastará ya aplicarlo nuevamente y desaparecerá el dolor por completo, pudiendo mientras tanto modificarse el estado general de la mujer con la hidroterapia y otros medios higiénicos.

La facilidad en su aplicación es tal, que una vez vista, puede encomendársela á una enfermera ó persona que sea de la confianza de la enferma.

Hay que advertir que dos de las jóvenes que fueron sometidas á dicho tratamiento durante largo tiempo, han obtenido además de la curación de la dismenorrea el aumento de volumen de sus pechos, contribuyendo á su belleza plástica.

Trasladamos estas observaciones á las doctoras en belleza, que en Inglaterra existen hace algún tiempo y que hoy se han extendido con su arte á Francia, Italia y Alemania, ganando honra y provecho.

**El admento de la secreción mamaria, por el Doctor Planche, de Lion.**—Es de interés el conocimiento de la marcha que tiene la secreción láctea en una mujer normal para dar solución á la variedad de casos en que la crianza maternal ó mercenaria parece dudosa ó se trate de un amamantamiento gemelar.

El estudio experimental presentado á la Sociedad de Medicina, de Lyon, por el citado médico, merece ser citado con el propósito expuesto.

Las observaciones recaídas en 65 nodrizas, pesando á los niños antes y después de cada mamada, demuestran una vez más el principio conocido *de que la función hace al órgano y no éste á aquella*.

Una nodriza criando un niño suministra 500 á 600 gramos de leche por día, el primer mes: pasado éste aumenta lentamente hasta 1.000 ó 1.200 gramos al fin del segundo mes, marchando así de simple á doble cantidad. Si después de una tetada se le pone al pecho un segundo niño, la cantidad de leche crece progresivamente hasta alcanzar el doble de la producida con uno solo.

Si se añade un tercer niño, la secreción aumenta, en términos tales, que uno de los casos ha dado 2.600 gramos de leche.

Esto tiene un interés práctico, por cuanto demuestra que una mujer que para dos gemelos, puede criarlos sin ayuda de ningún género.

La succión y la excitación del mamelón de la glándula son los elementos que producen esas diversas cantidades de líquido alimenticio. Cuanta más fuerza tenga en la boca el niño, el golpe de leche



es mayor y esto lo conoce muy bien toda mujer. Como ésta esté bien constituida, aunque en los primeros días tenga poca leche, es seguro su aumento en los sucesivos, á menos que el niño sea débil ó defectuoso de boca.

El autor, en experiencias anteriores ha visto que ningún medicamento es capaz de aumentar la secreción láctea, es decir, que no existen verdaderas substancias lactogogas.

Aunque en el curso de la lactancia, la glándula aumentó de volumen, éste no es debido á una hipertrofia de sus elementos activos, sino que entran en juego muchos más acinis que normalmente, efecto de la excitación sufrida y provocada por los niños suplementarios.

Estas nodrizas no han presentado alteración alguna en el estado general ni local, habiendo, por el contrario, aumentando el apetito y el peso de su cuerpo con relación á los que tuvieron antes de las experiencias.

A cuanto queda expuesto, consideramos conveniente el añadir que la regularidad en los periodos de tiempo, en los que se debe dar de mamar al niño, influirá notablemente en el aumento secretorio, por cuanto hay mejor aprovechamiento de fuerza para la excitación glandular.

**La tos ferina y el fluorofórmico, por el Dr. Paul L. Tissier.**—En la incesante averiguación de los medios terapéuticos para combatir tan pertinaz dolencia, hay que añadir á la belladona del Dr. Trousseau, la fenocola, el bromoformo, bromuros metálicos y iodoformo, la acción casi específica del fluorofórmico, salvo ciertos casos que se indicarán, después de fracasada la sueroterapia con culturas del microbio Lerieux.

El número de quintas de tos y su intensidad, son, como es sabido, un serio elemento de apreciación pronóstica. Pasando de 40 quintas diarias, Trousseau consideraba una coqueluche como grave y más allá de 60, (hipercoqueluche de Roger) debía temerse un desenlace mortal.

Pues bien: el autor ha curado rápidamente con la medicación fluorofórmica un niño de 11 meses con 70 accesos de tos diarias.

El número de ataques disminuye lentamente, pero con regularidad, durante una ó dos semanas, desapareciendo á los 20 ó 30 días. Las quintas matutinas del despertar son las más rebeldes.



Excepcionalmente persisten más de una decena de quintas al cabo de una semana de tratamiento hasta en las formas graves.

No se observan complicaciones llamadas mecánicas, ni las nerviosas y bronco-pulmonares.

Por el contrario, instituido el tratamiento en 21 casos en que existían ya, curaron ayudados de la revulsión habitual.

El medicamento se da bajo la forma de agua fluoroformada al 2 grs., 80 %, que es tolerada sin peligro alguno.

La tenacidad de ciertas toses espasmódicas del adulto, que se atribuyen á la adenopatía tráqueo-bronquial, la eficacia del medicamento nos ha inducido á pensar que se trataba de formas prolongadas de la tos ferina. Es decir, que el fluoroformo serviría en estos casos de diagnóstico.

Cuando el agua fluoroformada no da los resultados esperados, es que la dosis empleada es demasiado débil, cosa que hemos observado algunas veces. En parte, esto se explica, por el elevado precio de la substancia, que no permite prescribirlo siempre, en la clase poco acomodada, á dosis conveniente, de una manera prolongada.

En ciertos casos, después de la curación de la enfermedad, sucede que por el más leve enfriamiento reaparece la tos quintosa y entonces recurrimos al iodoformo administrado en píldoras.

Las dosis en el niño de pecho, hasta los dos años, es de una gota después de cada quinta, el primer día; dos en el segundo; tres en el tercero, y así sucesivamente, sin pasar de cinco gramos (100 gotas) por día, de agua fluoroformada.

Desde dos á cuatro años, se empieza por diez gotas, cuatro veces al día, para llegar hasta cinco y diez gramos diarios.

En más edad pueden darse quince gramos y en el adulto hasta treinta, administrándola por cucharadas de café.

Estamos convencidos de que estas cantidades pueden elevarse, en razón á la ausencia de toxicidad del medicamento, y rara vez hemos tenido necesidad de recurrir á mayores dosis de las fijadas.

**La opoterapia ovárica.**—Esta forma terapéutica de la que ha sido uno de los más principales instigadores el Dr. Jayle, remedia la insuficiencia del ovario en su doble función ovular y nutritiva.

La insuficiencia ovárica se manifiesta sobre todo en la mujer en las épocas de la pubertad y menopansia mientras se establecen entre el organismo nuevas relaciones. Sin embargo, en determinados casos



aquella dura y persiste durante todo el periodo genital traduciéndose en desarreglos menstruales y embarazos llenos de incomodidades.

La opoterapia ovárica está formalmente indicada en los trastornos menopáusicos tan frecuentes como variados y consistentes en fenómenos circulatorios en forma de bocanadas de calor, congestiones pasajeras ó más ó menos persistentes en diversos órganos, pulso acelerado, palpitaciones, etc.; en desórdenes nerviosos marcados por la depresión ó excitación, recidiva de neurosis, tales como la histeria, neurastenia ú otras vesanias caracterizadas.

Es una medicación muy útil en la dismenorrea y amenorrea, especialmente de las jóvenes en la época de la pubertad. El producto ovárico se administra de preferencia diez á quince días antes de la fecha presumida de las reglas. La clorosis se modifica y abrevia de duración usando á la vez el reposo y los ferruginosos.

Buen número de miserias patológicas que sufre la mujer, como neuralgias cefálicas, etc., agrieces de carácter y otras, suelen ser denunciadoras por la relación cronológica con los ménstruos, de una insuficiencia ovárica curable con esa medicación usada por largo tiempo.

Los trastornos del embarazo y principalmente los vómitos incoercibles, ceden en gran número de casos, á la opoterapia ovárica.

Las relaciones funcionales que unen al ovario á otras glándulas vasculares sanguíneas, tales como el cuerpo tiroides, han hecho planear á ciertos médicos esta terapéutica aplicándola al mixedema y bocio; pero no hay bastante seguridad en los resultados que pueden obtenerse.

En resumen, y de una manera general, puede decirse que la opoterapia ovárica debe aconsejarse en todos los casos en que pueda suponerse una insuficiencia de la glándula genital.

Además: la clínica ha demostrado que el extracto de glándula mamaria es un antagonista del procedente del ovario. Aunque es un medicamento poco conocido todavía, produce buenos efectos cuando se trata de descongestionar la matriz en los casos de fibromas, menorragias menstruales y dismenorreas congestivas, pudiendo figurar al lado de la ventosa de Klapp aplicada á la mama para aumentar la cantidad de leche y llenar indicaciones iguales á las mencionadas.

DR. IGNOTUS



## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

*Sesión celebrada el día 6 de Marzo de 1908*

Preside el Sr. Bolivar

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Somonte, Entrecanales, Unibaso y Otaola se dió comienzo á la sesión.

**Sr. Unibaso.**—Hace uso de la palabra para presentar un caso práctico, referente á una mujer que padecía *oclusión intestinal*.

Trátase de una mujer de 24 á 26 años de edad, de buena constitución habitual, casada hace unos 4 ó 5 meses y la cual desde hace 7 ú 8 días y á consecuencia de un exceso en la comida sufrió fuertes dolores localizados en la fosa ilíaca derecha, acompañados de astricción de vientre; pasa el tratamiento del cual se le administra enemas y una dosis de calomelanos, no dando resultado este tratamiento. Pasados unos cuantos días fué llamado en consulta el Sr. Unibaso, quien opinó se trataba de una obstrucción intestinal, propinándole el aceite de ricino como purgante, enemas de aceite de olivas y unturas al vientre con aceite de ricino.

Con este tratamiento tampoco se obtuvo resultado alguno, no lográndose sino que expulsara alguna cantidad de gases, pero como la situación se prolongó en esta forma, 14 ó 16 días, se pensó recurrir á un cirujano ó hacer aplicaciones eléctricas.

Con este objeto fué llamado el Sr. Esparza, quien propinó los enemas eléctricos, que tampoco dieron por el pronto el resultado apetecido, no obstante lo cual expulsó gases en cantidad considerable, acompañados algunos días después de cantidad de líquido. Esta enferma comenzó á hacer deposiciones algunos días después.

Presenta varios casos, uno relativo á una niña, otro al de una señorita y algunos otros análogos, parecidos al anterior y que curaron merced á varios tratamientos y opina que el enema eléctrico no tiene tanta importancia como muchos la atribuyen.



**Sr. Gil y Gorroño.**—Contesta presentando otro caso parecido, en que la obstrucción no era completa y que curó á beneficio de enemas y tratamiento adecuado.

---

*Sesión celebrada el día 13 de Marzo de 1908*

---

Con la asistencia de los Académicos Sres. Somonte, Unibaso, Alonso, Entrecanales, Guerricabeitia, Saralegui y Otaola se celebró la sesión.

Quedó admitido como Académico el Sr. D. Alfredo Delgado.

**Sr. Gil y Gorroño.**—En la exposición de «casos prácticos» presentó uno de

#### Parto con estrechez pélvica y eclampsia

Trátase de una primípara, soltera, de 26 años, embarazada á término, raquítica, con una escoliosis muy pronunciada y que llevaba de parto unas 70 horas, habiéndosele roto ya la bolsa de las aguas. Las contracciones eran frecuentes, aunque no muy enérgicas; el vientre adoptaba la forma de un cono de vértice superior; la presentación era de vértice, encajada, siguiendo una dirección oblicua derecha; la dilatación del cuello era media. Medido el estrecho superior de la pelvis, daba un diámetro conjugado (promosto púbico) de 9,4 centímetros; tratábase de una pelvis estrecha, plana y oblicua, debido todo indudablemente á la escoliosis existente.

Como vió que el estado de fuerzas de la parturiente y la energía de las contracciones no tenía nada que temer, ordenó la quietud y la tranquilidad.

Personado poco después junto á la individua en cuestión, hubo de notar que la dilatación se había efectuado casi, aunque no completamente, habiendo descendido la cabeza á la escavación, percibiéndose un acabalgamiento del parietal izquierdo, como ocurre en los casos de asinclitismo en pelvis estrecha y en los partos que por aquella razón suelen terminar espontáneamente.



No creyendo necesario ni prudente intervenir y pensando volver algunas horas después, se separó de la mujer, mas al poco rato fué llamado, porque se le dijo que la enferma había sufrido un ataque de eclampsia, y en efecto, puesto en presencia de ella, y comprobada la existencia de los ataques, creyó oportuno evacuar el útero lo más rápidamente posible, para lo cual practicó una aplicación de forceps, logrando extraer un feto vivo, aunque semi-asfijado: trató de reanimar el feto, que hubo de abandonarlo por la persistencia de los ataques de la madre, para acudir en auxilio de ésta. El feto murió poco después.

Continuaron los ataques durante 7 horas, en que cesaron del todo, recobrando la enferma el conocimiento á las 24 horas.

El puerperio fué absolutamente normal, á pesar de haberse practicado la extracción manual de la placenta y no tuvo novedad alguna, como tampoco la tuvo durante el curso del embarazo que fué bueno.

Analizada la primera orina recogida, dió un resultado de 16 centigramos de albumina por litro, más la existencia de cilindros hialinos.

Se extiende el Sr. Gil en consideraciones acerca de este caso, y dice, que en las condiciones en que se hallaba la mujer la primera vez que el la vió, tenía que optar por uno de estos tres procedimientos: ó dejar que terminara el parto espontáneamente, ó hacer una aplicación de forceps ó practicar la versión. Se decidió por la primera, por varias razones que expone.

La aplicación del forceps en el estrecho superior, sobre ser difícilísima, es expuesta, pues con facilidad se mata el feto, á más de que, en las pelvis estrechas, la correspondencia de los diámetros máximos fetales con los diámetros maternos, máximos también, es difícil de hallar.

La versión era también difícil de practicar, y muy expuesta para la madre y para el feto: para la madre, por lo dificultoso y laborioso que resulta introducir la mano y el brazo en una pelvis estrechada, con cabeza encajada casi; para el niño, por la dificultad que tiene el extraer la cabeza última que, digan lo que digan, es más difícil que expulsarla al comienzo.

Le pareció el procedimiento más adecuado esperar á que terminara el parto espontáneamente, pues la mujer se hallaba



bien, el útero en buen estado, sin contracciones enérgicas ni violentas que hicieran temer una ruptura, y por último, la dilatación regular del cuello y el acabalgamiento de uno de los parietales, que facilitaban la disminución de los diámetros cefálicos y el consiguiente deslizamiento de la cabeza, en su opinión, eran circunstancias dignas de tenerse en cuenta para aconsejarle y recomendarle la conducta que siguió.

Practicó la extracción manual de la placenta, sin temer á que ocurriera nada de particular, y en este punto, censura las corrientes modernas y el miedo que algunos tocólogos tienen á introducir la mano en el útero, ante la contingencia de una infección y dice, que los cirujanos practican maniobras más peligrosas en el peritóneo con solo esterilizarse las manos.

Cree él que deben ejecutarse maniobras en el interior del útero, siempre que el tocólogo tenga cuidado de esterilizarse las manos como es debido y sin cuidado ni temor alguno.

Una vez expuesto el caso y el procedimiento empleado, pregunta á los Sres. Académicos cuál hubiera sido el procedimiento que ellos le hubieran aconsejado.

Habla después del acceso de eclampsia que esta enferma sufrió y no se lo explica, porque en ella no concurría ninguna de las circunstancias que se invocan en la etiología de dicha afección (albuminuria, nefritis, edemas) y no parece tampoco que existieran insuficiencia hepática ni renal. Si acaso el estado moral de la enferma y la duración del parto fueran causa de aquel proceso.

### CASO DE OCLUSIÓN INTESTINAL

**Sr. Entrecanales.**—Relata un caso de oclusión intestinal, curado mediante los enemas eléctricos y no cree que sea éste un tratamiento siempre eficaz, sino un tratamiento bueno que no tiene punto de comparación con el tratamiento quirúrgico, al cual debe recurrirse siempre, durante las 24 horas de diagnosticada la afección.

**Sr. Unibaso.**—Piensa que el enema eléctrico es un tratamiento más en el curso de una oclusión intestinal, tratamiento eficaz, sin duda alguna, en ciertos casos. Respecto de la fecha de



intervención por medio de la electricidad, ello depende de las circunstancias.

Habla acerca del empleo del opio en las oclusiones y dice que lo encuentra indicado por la gran sedación nerviosa y muscular que produce, calmando los dolores y evitando ó suprimiendo los espasmos.

Acerca de los purgantes entiende que debe limitarse su empleo al aceite de ricino.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Entiende que el opio se halla indicado de dos maneras, para calmar los dolores y algunas veces para hacer disminuir el espasmo.

**Sr. Entrecanales.**—La intervención del cirujano debe ser cuando se haya fijado claramente el diagnóstico.

Por lo demás, el diagnóstico exacto de la oclusión, es bastante difícil.

---

*Sesión celebrada el día 20 de Marzo de 1908*

---

Con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Alonso, Gil é Iburgüengoitia, Entrecanales, Unibaso, Esparza, Saralegui, Martínez y Otaola se dió comienzo á la sesión.

**Sr. Gil y Gorroño.**—En la sección de casos prácticos, presentó uno de «Placenta previa» concerniente á una mujer casada, múltipara y embarazada de 7 meses, para asistir, á la que fué llamado, comprobando la presencia en sus genitales externos de alguna cantidad de sangre.

Sospechando pudiera tratarse de una placenta previa, se limitó por lo pronto á ordenar la quietud absoluta en cama evitando cualquier movimiento.

Al día siguiente y persuadido de la existencia de la placenta previa, siguió recomendando la quietud absoluta, no obstante lo cual, 24 horas después se presentó una hemorragia que hizo necesaria la intervención, practicándose ésta mediante una dilatación manual del útero y extrayéndose por versión podálica un feto vivo, desprendiéndose sin más la placenta y siguiendo la enferma un puerperio completamente fisiológico.



Aun cuando en su concepto no tiene importancia este caso, lo presenta á la consideración de los Sr. Académicos, para poner de relieve el procedimiento que el empleo que no es otro que el de la quietud en cama y la dilatación manual del útero.

Enumera los distintos procedimientos puestos en práctica para cohibir la hemorragia y provocar el parto en los casos de placenta previa, y dice que el taponamiento vaginal y los distintos globos dilatadores favorecen la hemorragia que, no pudiéndose hacer externa, no se ve y es más peligrosa; la maniobra de Braxton-Higs, que es muy lenta, y los distintos dilatadores que exponen á una rotura uterina.

Cuando él cree deber intervenir, interviene practicando la rotura de las membranas y dilatando manualmente el útero, única manera de evitar roturas uterinas, toda vez que la mano es más susceptible de percibir cualquiera modificación en la contractibilidad y resistencia de la matriz que los instrumentos y luego, ó bien extraer el feto por versión ó con el forceps, pero en una sesión, sin esperar á más.

Por último, asegura que cuantas veces ha empleado semejante modo de proceder, otras tantas ha obtenido éxitos.

**Sr. Mendaza.**—Felicitá al Sr. Gil por el feliz resultado que obtuvo en el caso que cita, y el cual tuvo el gusto de ver. Realmente el Sr. Gil estuvo habilidosísimo en la extracción de aquel feto y como después el curso del puerperio fué normal viviendo el feto, el resultado no ha podido ser más feliz.

Pero no cree él deba recomendarse siempre la dilatación manual y desdeñar los diversos dilatadores y hasta el procedimiento de Braxton-Higs, que llenan su indicación y existen casos en los cuales desempeñan bien.

Tocólogos de la habilidad manual del Sr. Gil, hay pocos, por esto mismo, pocos hay que sepan valerse de sus manos con la inteligencia con que se vale de las suyas el Sr. Gil: ¿Dejará, pues, de ser una imprudencia recomendar la dilatación manual y la extracción rápida, verificada por Tocólogos poco expertos, que exponen el útero á una rotura? La misma maniobra de Braxton-Higs, fácil de ejecutar, es bastante más inocua que la dilatación rápida del útero y la evacuación rápida también de su contenido.



**Sr. Gil y Gorroño.**—Tiene la dilatación manual la ventaja de que con los dedos se perciben perfectamente las contracciones uterinas.

Naturalmente, la rotura uterina puede sobrevenir si se obra con precipitación, pero procediendo con cautela, la regla es la extracción fácil del feto.

Respecto de los peligros acerca de la infección probable por la penetración de la mano dentro del útero, tiene el criterio fijo en esta cuestión, de que se han exagerado bastante estos peligros.

### CASO DE OCLUSIÓN INTESTINAL

**Sr. Esparza.**—El caso presentado por el Sr. Unibaso, de «oclusión intestinal» no cree él que fuera de diagnóstico exacto, pues según su concepto no había síntoma claro ninguno. Él empleó los enemas eléctricos, por juzgarlos de verdadera utilidad: en el caso expuesto, á los diez minutos de abrir la corriente hubo de suspenderla, por encontrarse mal la enferma, pero expulsó esta á continuación una cantidad considerable de gases y algún líquido diarréico. A las dos ó tres horas se repitió el enema eléctrico, que se tuvo que suspender por idéntico motivo que al principio.

Entiende que el procedimiento recomendado por él es bueno, sin ser eficaz siempre, y por lo mismo, opina que no estará demás emplearlo en estos casos.

**Sr. Unibaso.**—Opina también que el tratamiento eléctrico es por lo menos lógico, pero ya una vez comenzados los fenómenos graves de atascos, seguir aplicándolo es perder un tiempo precioso que debiera emplearse llamando un cirujano que pudiera intervenir de manera más radical.

En cuanto al diagnóstico, dice que no está conforme con la opinión del Sr. Esparza, de que se tratara de una paresia intestinal. El médico de cabecera entendió que quizás fuera una apendicitis, pero se apercibió asimismo de que existía obstrucción para líquidos y para sólidos, pero no para gases, y quizás á esto pudiera deberse el aspecto tan satisfactorio que ofrecía la enferma.

**Sr. Esparza.**—Cree que el tratamiento eléctrico debe ins-



tituirse desde el comienzo ya una vez diagnosticada la afección, pero no quiere erigir en tratamiento único de la oclusión intestinal, el enema eléctrico.

---

*Sesión celebrada el día 27 de Marzo de 1908*

---

Bajo la presidencia del Sr. Bolívar y con la asistencia de los Académicos Sres. Gil y Gorroño, Gil é Iburgüengoitia, Entrecanales, Alonso, Unibaso, Esparza, Saralegui y Otaola, se dió comienzo á la sesión.

**Sr. Entrecanales.**—En la sección de *Casos Prácticos* presenta el siguiente de «Hematuria.»

Dice que apenas tiene importancia este caso, más que por la eficacia de un tratamiento determinado, sugerido por la lectura de un periódico profesional.

Individuo afecto de hematuria y á quien se le ha prestado asistencia facultativa durante 12 meses. Por circunstancias que no son del momento, no se le pudo practicar ningún examen de la vejiga ni de los riñones, no obstante lo cual el individuo es por lo menos sospechoso de tuberculosis ó quizás es arterio-escleroso, pues han existido esputos sanguíneos y hasta parece ser que hay alguna infiltración de uno de los vértices pulmonares.

Se le propinó como tratamiento interno, el hamamélis, la ergotina, etc , y como tratamiento local las inyecciones intravesicales de nitrato de plata, con todo lo cual no se logró cuando más otro resultado que la desaparición momentánea de la hematuria, que volvía á reaparecer más tarde.

Habiendo leído el Sr. Entrecanales que daba excelentes resultados en estos casos las instilaciones intra-vexicales de *adrenalina*, empleando en esta forma, X gotas de la solución madre al 1 por 1.000, logró después de la segunda inyección, la desaparición completa de la hemorragia y curación de la hematuria, curación que persiste hace dos meses.

En otro caso igual al anterior y más reciente, ha obtenido idéntico resultado.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Le parece que puede ser eficaz este tratamiento cuando la hematuria es de origen vexical, pues sa-



bido es que la adrenalina produce resultado obrando tópicamente, razón por la cual en las hematurias de origen renal ó ureteral no producirá efecto alguno.

Por este motivo, entiende que antes de sentar una conclusión definitiva ni adoptar un tratamiento determinado, vale más practicar un examen detenido del aparato urinario, hoy que se poseen elementos perfeccionados para reconocer detenidamente la vejiga y el riñón, determinando el sitio de origen de la hemorragia y proceder en consecuencia.

**Sr. Entrecanales** —Dice que ha presentado este caso como un caso sencillo de tratamiento de la hematuria, por simples procedimientos. Naturalmente que un examen cistoscópico (que en el caso presentado no pudo hacerse) hubiera dilucidado la cuestión del origen de la hemorragia y emplear el tratamiento que fuera menester.

#### PARTO CON ESTRECHEZ PÉLVICA Y ECLAMPSIA

**Sr. Mendaza**.—Un grato deber de amistad y de cariño y el profundo respeto que poseo al Sr. Gil y Gorroño, me obligan á tomar parte en este asunto.

Ya recordaréis el caso: una mujer primípara, soltera, dando á luz fuera de su casa, se hallaba de parto hacía 70 horas, cuando la vió el Sr. Gil por primera vez. Como la dilatación del cuello uterino era la media, la cabeza estaba en el estrecho superior, acabalgándose uno de los parietales sobre el otro; las contracciones uterinas no eran muy enérgicas; juzgó prudente esperar á pesar de que existía una pelvis raquítica, oblícua, plana y con un diámetro conjugado verdadero de nueve y medio centímetros. Algún tiempo después, esta individua sufrió ataques de eclampsia, obligando al Dr. Gil á intervenir, extrayendo el feto con forceps, y verificando la desinserción manual de la placenta.

Preguntaba el Dr. Gil, si la conducta de «esperar» en este caso, era la correcta, y deseaba de los Sres. Académicos se le diera una contestación acerca de ello. Pues bien, señores: yo creo que la conducta seguida era la que debía ser, dadas las circunstancias del caso, como voy á procurar demostrar.

La cuestión de la extracción del feto en una pelvis estrecha, y la conducta del tocólogo en casos de esta naturaleza, no es



cuestión fácil á resolver de plano. La resolución de este asunto varía según el sitio donde manibre el tocólogo, y naturalmente será distinto el procedimiento, que se vea obligado á poner en práctica, según se halle, en una clínica ó en una casa particular.

Por regla general aquí, ó no son muy frecuentes las estrecheces pélvicas, ó, lo que creo más, nos hemos preocupado poco de semejante causa de distocia, á no ser que tropecemos con mujeres de tal manera conformadas exteriormente, que su aspecto nos induzca á sospechar pueda existir una viciación pélvica. El médico general, el médico que visita todo, no posee ningún instrumento para medir la pelvis, y únicamente, cuando las circunstancias le obligan á ello, mide el diámetro conjugado diagonal con su mano. Esta es quizás la razón por la que pasan fácilmente desapercibidas las viciaciones pélvicas de primer grado.

Por lo que á mí respecta, estoy casi convencido de que existen estrecheces pélvicas de primer grado, con bastante frecuencia, sobre todo entre las mujeres del campo. Estas mujeres no son raquílicas en general; son por el contrario, mujeres robustas, fuertes, musculosas, de aspecto «masculino» y quizás de pelvis «masculina» también, y es que su vida de trabajo en el campo, su vida «hombruna» y la costumbre de llevar desde pequeñas cargas en la cabeza, contribuyen en cuanto á lo primero á llegar á adquirir su pelvis una consistencia y una dureza grandes, y en cuanto á lo segundo, á que la columna vertebral se haga rígida (la aldeana es muy derecha de joven) y á que apoyándose directamente sobre la articulación sacra, se adelante algo el promontorio, constituyendo de esa manera un grado de estrechez en el sentido antero posterior de la pelvis. La aldeana primeriza, de más de 25 años, tarda bastante en parir, y aunque algo pueda contribuir á ello la fatiga muscular á que se la somete, aun estando embarazada, creo que la conformación de su pelvis no es factor que deba despreciarse.

Por lo demás, la conducta del tocólogo en caso de pelvis estrecha, tiene que diferir notablemente de su conducta en la pelvis normal. No he de entrar aquí en detalles acerca del mecanismo en el parto con viciación pélvica, pero sí he de manifestar que la naturaleza se encarga muchas veces de terminar espontá-



neamente un parto de esta índole, por lo cual, bueno será saber las condiciones de probabilidad para la terminación espontánea de un parto en pelvis estrecha. Es en primer lugar de absoluta necesidad, antes de formular conclusión alguna, apreciar el grado de estrechez y el volumen y relaciones de la cabeza fetal; porque el parto depende, no sólo del diámetro pelviano, sino del volumen, consistencia, plasticidad y modo de encajamiento de la cabeza del feto, además de ser conveniente tener en cuenta la energía de las contracciones uterinas y de la presión abdominal. Con las consideraciones que anteceden, puede establecerse de una manera absoluta que, si la desproporción entre la cabeza y la pelvis no es excesiva, la cabeza se encuentra en posición favorable y las contracciones son regulares y suficientemente enérgicas, lo mejor es esperar.

A mí me parece que las condiciones en que se encontraba el Sr. Gil eran estas ó parecidas, y por consiguiente, mi opinión es la de que su conducta fué la que debió ser.

No quiero dejar este asunto sin dar aquí, siquiera sea á la ligera, una idea de la conducta del tocólogo en las estrecheces pélvicas.

Para ello me atengo á las reglas dadas por Bumm, en su magnífico tratado de «Obstetricia», y son las siguientes:

Se hace siempre el cálculo sobre la longitud del diámetro conjugado verdadero del estrecho superior y resulta:

1.º Si el diámetro conjugado verdadero no es menor de 9 centímetros, la regla es que el parto termine espontáneamente.

2.º Si el diámetro oscila entre 9 y 7 centímetros, es todavía posible, pero laborioso y largo. Cuanto más se aproxime á 7, mayores peligros para la madre y el feto.

3.º Entre 7 y 5; parto imposible sino se reduce el volumen de la cabeza fetal.

4.º Debajo de 5, imposible por las vías naturales.

Cuando faltan las circunstancias favorables que hemos enumerado, para la terminación espontánea del parto, en pelvis no menores de 8 centímetros, se echa mano del procedimiento llamado «versión profiláctica», ó sea la extracción de la cabeza última, pero esto es factible solo para tocólogos muy ejercitados, toda vez que hay que proceder con rapidez suma y ayuda-



dos muchas veces por un individuo que ejerza presiones sobre la cabeza desde el abdomen.

Todo esto, en lo que se refiere á las condiciones ordinarias, á lo que podéis recurrir en la práctica privada, pues excepción hecha del forceps que aplicaréis cuando el cuello esté dilatado y en ciertas y determinadas circunstancias; lo demás ya es asunto del cirujano; sinfisiotomía ó pubiotomía, perforación del feto, operación cesárea, etc., etc.

Expulsado el feto, el Sr. Gil procedió á la extracción manual de la placenta y al describirnos esta intervención nos decía que él no participa de los temores que los tocólogos modernos tienen á este procedimiento y no se explica suficientemente el miedo á extraer la placenta con la mano. Como me considero aludido por el Sr. Gil, voy á procurar contestarle, y á razonar, no ya el miedo, el horror que le tengo á la desinserción manual de la placenta.

Toco este asunto sin pretender originar una discusión, de la que quiero huir, pero tan convencido del peligro que lleva envuelto la desinserción manual, que si yo pudiera, al formar una liga contra la infección puerperal, establecería como principio fundamental el de que «la desinserción manual de la placenta es la maniobra más expuesta á infecciones, entre todas las intervenciones tocológicas.»

Naturalmente que la extracción manual de la placenta se halla indicada en algunos casos, no digo que nó; la necesidad de obrar rápidamente en una hemorragia con retención, nos obligará á emplear este recurso; el peligro inmediato, nos hace olvidar un peligro remoto, pero si se piensa que ciertos tocólogos introducen la mano en el útero, ó por satisfacer un capricho, ó por ir de prisa, ó por un alarde de práctica obstétrica y á renglón seguido se compenetra uno del peligro que para la madre lleva envuelta esta maniobra, todas cuantas censuras se hagan á tal proceder, son pocas.

Decía el Sr. Gil, que el mismo tocólogo á quien horroriza la idea de introducir la mano en el útero, no tiene inconveniente alguno en practicar una laparotomía y pasear sus dedos por la superficie del peritóneo, pareciéndole á él que es más peligrosa esta maniobra que la anterior. Aquí, las circunstancias varían:



así como no existe operador alguno que se decida á abrir el vientre sin rodearse de las condiciones de asépsia suficientes, hay muchos tocólogos que introducen la mano en el útero sin esterilizársela, ó con una esterilización muy deficiente, de manera que no puede haber punto de comparación entre uno y otro procedimiento. A más de que yo estoy convencido, de que la mayoría de los médicos generales que asisten á partos, poseen ideas muy someras en punto á desinfección; ello será debido á condiciones de lugar, de escasez de medios, á lo que quiera, pero el hecho es ese. Y es que son pocos los que se han compenetrado de la idea de que el parto origina un traumatismo, y de que cuantos medios y cuantos procedimientos se usen en las maniobras tocúrgicas, deben asimilarse á los medios y procedimientos empleados en la curación de un traumatismo ó en la ejecución de un acto operatorio: la fiebre puerperal no es, después de todo, más que una fiebre traumática.

Y en apoyo de las ideas que acabo de exponer, voy á presentaros aquí un dibujo que pone muy de relieve el peligro de la desinserción manual de la placenta.

Este dibujo está tomado de otros dos del Bumm, unidos por un capricho genial del artista, para que se pongan mejor de manifiesto las condiciones especiales del asunto.

Uno de los dibujos representa una sección transversal de un trozo de pared uterina en el punto de inserción de la placenta, y el otro dibujo unido al anterior es una sección de la piel de un dedo, vista al microscopio y previamente esterilizada. En el tegido uterino véis la capa muscular, y adherida á ella, la serotina, con sus venas y sus arterias; y en la piel del dedo podéis percibir la capa de Malpigio y las raíces de dos pelos, uno cortado longitudinal y otro transversalmente. Pues bien, apesar de haber sido esterilizado concienzudamente este dedo, las raíces de ambos pelos están repletas de bacterias, y la simple inspección del dibujo, os hace ver como, de qué manera, en qué contacto tan íntimo se hallan colocados, cuando se trata de efectuar una desinserción manual de la placenta, la piel del dedo con sus bacterias, y la serotina abundante en vasos, en coágulos sanguíneos, en verdadero caldo de cultivo bacteriano, y ello os dará una idea de la transmisión facilísima de las bacterias á la superficie



de la serotina rica en elementos aptos para la reproducción microbiana.

Esto para demostrar con qué facilidad puede originarse una infección.

Pero aún hay más: voy también á demostraros que, entre todas las intervenciones tocológicas, es la más peligrosa la desinserción manual de la placenta, aún incluyendo entre aquéllas la clásica operación cesárea, y habiendo sido ejecutadas ambas por tocólogos idóneos y en condiciones iguales de asepsia.

Os presento aquí un cuadro estadístico, en el cual, mediante unas gráficas podéis apreciar más fácilmente los términos de la cuestión.

Rosenthal en una serie de 12.000 partos, tiene 39 extracciones manuales de placenta y otras varias intervenciones, tales, como operación cesárea, versión, forceps y abortos, y ofrece en las extracciones placentarias un 13 por 100 de mortalidad, que descende á 8,6 en la operación cesárea, 4,8 en la versión, 4,4 en el forceps y 2,2 en el aborto.

Hegar á su vez presenta 11 por 100 de mortalidad en la extracción placentaria, 7,7, en la versión, 4,7, en el forceps y 3,5 en los abortos.

Seiffarth, en 9.500 partos, tiene 79 desinserciones placentarias y ofrece una morbilidad de 30 por 100.

Guttman en 100 extracciones de placenta tiene una mortalidad de 12 por 100.

Y finalmente Sachs, en 100 muertes por infección puerperal, 68 de éstas eran debidas á la desinserción manual de la placenta.

Como véis, los datos que acabo de presentar son lo suficientemente demostrativos y lo bastante convincentes para llevar á vuestro ánimo la idea del peligro que lleva aparejada consigo la desinserción manual de la placenta, cuyo procedimiento os veréis obligados á emplearlo sólo en casos de absoluta necesidad y adoptando todos cuantos medios de asepsia podáis.

Otro de los asuntos que tocó el Sr. Gil, bien que á la ligera, fué la cuestión de la eclampsia: en el caso presentado por él, no se la explicaba satisfactoriamente, pues ni la existencia de albumina, que aquí se descubrió en cantidad mínima, y la absoluta falta de edemas, así como la abundancia de orina du-



rante todo el curso del embarazo, indicaban por lo menos que aquí no había insuficiencia renal, que es, como se sabe, una de las teorías que tratan de explicar los génesis de la eclampsia.

Yo no he de pretender aquí y en este caso concreto hablar de la etiología de la eclampsia: quizás pudiera explicárnosla el deprimido estado moral de esta enferma y aun el cansancio de una mujer de parto durante 3 días y pico: pero esto no basta, pues sería todo lo más una causa ocasional.

Por lo demás, ya sabéis que existen infinidad de teorías que tratan de explicar la etiología de la eclampsia, y entre ellas, citaré algunas. Unos autores creen que se trata de una uremia, para otros es una amoniemia; quién cree que es debida á un edema cerebral, y quién á un espasmo de los vasos renales, mientras que para otros la causa radica en una auto-intoxicación, y para algunos más, la intoxicación depende de los elementos sincitiales de la placenta: sincitiotoxina.

Por su parte Liepmann, ha indicado que la pulpa placentaria de las mujeres eclámpicas, es tóxica.

Sea de todo ello lo que quiere, parece ser que el cuerpo del feto es el origen de la sustancia tóxica que envenena la madre, y la prueba de ello está en que las convulsiones no se presentan hasta que el feto ha alcanzado cierto volumen en que son más frecuentes en los embarazos compuestos y en que desaparecen más ó menos rápidamente, cuando el feto muere ó se expulsa.

Terminaré esta pesada digresión transcribiendo la conclusión de Bumm, sobre este asunto, y es, que lo probable parece ser tratarse de una auto-intoxicación por substancias formadas en el cuerpo de la mujer, las cuales, en vez de ser expulsados por la orina, como debieran, se acumulan en la sangre por insuficiencia ó supresión completa de la función renal.

**Sr. Entrecanales.**—Entiende que la desinserción manual es peligrosa en cuanto expone á la madre á una infección, y respecto á la extracción manual del feto, es un procedimiento difícil y requiere una habilidad tocológica á toda prueba: en las pelvis estrechas la dificultad sube de punto, por cuya razón, al tocólogo poco versado en estos procedimientos no le será fácil ejecutarla.

La eclampsia del caso expuesto se la explica por la depre-



sión moral de la enferma y quizás debida á cansancio ó envenenamiento por el trabajo muscular.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Se halla conforme en que la extracción manual de la placenta es un procedimiento peligroso, por lo cual anatematiza las extracciones ejecutadas por capricho, lo que no quiere decir que sea un procedimiento que se deba abandonar, toda vez que existen hemorragias que, de tal manera comprometen la vida de la parturiente, que obligan á extraer la placenta con la mayor rapidez posible. Además de que existen placentas tan adheridas, que se hace imposible su expulsión, como no sea merced á este procedimiento, y con este motivo, cita el caso de una retención placentaria de 60 días, que únicamente pudo extraerse mediante esta maniobra.

Por lo demás, opina también que adoptando cierta clase de precauciones, la extracción manual puede ejecutarse sin riesgo.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

---

## ANÁLISIS FARMACOLÓGICO

---

### Vaselina. por M. Paul Adam.

**VASELINA.**—*Origen.*—La vaselina se obtiene calentando al aire, para desinfectarlo, lo que queda del petróleo de América después de separarle, por destilación, las partes que hierven por debajo de 360°; se filtra luego el producto un gran número de veces. en una estufa, por arcilla desecada, para decolorarle. Se añade enseguida á la masa de 2 á 5 por 100 de parafina, según la estación ó la comarca donde ha de emplearse.

La vaselina no ha sido nunca tratada ni por el ácido sulfúrico ni por la sosa (el aceite de vaselina sí). No contiene nitrógeno.

*Acción del calor.*—La vaselina más conveniente para los usos farmacéuticos funde á una temperatura superior á 35° é inferir á 39°.

La destilación la altera y la desdobra en parafina netamente cristalina é hidrocarburos líquidos, con producción de débiles cantidades de gas. Importa insistir sobre este hecho.

La vaselina pura empieza á desprender productos volátiles á 360°.



No queda nada á temperaturas que varían de 415° á 449° según la manera de calentar y según que la retorta sea de vidrio ó de metal, etc.

Mientras que la parafina conserva, después de la destilación, las mismas propiedades que antes, la vaselina resulta totalmente modificada.

La masa destilada es amarilla pálida, y, después de un reposo prolongado, está constituida por cristales bañados de líquido. Este líquido absorbe el bromo con energía.

Una vaselina blanca ha sido redestilada dos veces. La primera mitad del destilado es amarillo rubio. Algunos cristales nadan en el líquido. La segunda mitad es pardo-roja, como la vaselina llamada roja. Esta es una masa compacta, con apariencia cristalina. En conjunto la fluidez aumenta considerablemente, como puede comprobarse mezclando las dos partes.

En todas estas experiencias, si detenemos la destilación en curso de una vaselina nueva, vemos que el residuo, en el aparato destilatorio, no absorbe nunca el bromo.

La vaselina, antes de la destilación, examinada directamente al microscopio, á la luz polarizada, no presenta sino muy escasos cristales. El examen es igualmente negativo en varias muestras. Pero, desde la primera destilación, la parte destilada contiene cristales en abundancia.

De estos hechos podemos deducir que la parafina—entendemos con este nombre la parafina sólida, industrial—no preexiste en el petróleo de América, sino que se forme durante la destilación.

Se forma necesariamente, al mismo tiempo, derivados etilénicos. La parte líquida del destilado, y de éste sólo, fija el bromo sin desprender ácido bromhídrico.

Durante esta destilación, ó más bien esta pirogenación, se desprende un gas que en parte es absorbido por el bromo y el sulfato ácido de mercurio. La cantidad de gas no absorbida es siempre muy débil. Así, 100 gramos de vaselina no dan más que 800 cnt. cúb. de gas constituido sobre todo por metano.

Los productos más ligeros obtenidos en el laboratorio, en esta destilación de la vaselina, presentan los mismos caracteres que el éter de petróleo obtenido en la industria por *craquaje* de los aceites pesados.

Así, destilando una vaselina pura, las tres cuartas partes pasan antes de 400°; el resto, salvo un residuo insignificante, de 400° á 430°.



Los productos destilados antes de 400° se recogen en un primer recipiente no refrigerado, seguido de otro inmerso en una mezcla frigorífica. El líquido condensado en este último recipiente es muy móvil; tiene fuerte olor de éter de pirogenación industrial. Rectificado, pasa casi enteramente de 50° á 130°, muy poco entre 130° y 150°. El residuo absorbe el bromo, pero contiene parafinas. La parte que ha destilado de 50° á 130°, agitada con ácido sulfúrico, le cede 20 por 100 de derivados etilénicos, es decir, casi la misma proporción (21,15 por 100) que el éter de petróleo del *craquaje*; y la porción no disuelta que es mucho menos olorosa.

*Acción de los disolventes.*—La destilación de la vaselina es, pues, bien compleja, y, en el vacío, da resultados análogos (1).

¿Las indicaciones suministradas por los disolventes serán precisas? Han sido publicados trabajos muy interesantes sobre este asunto, pero múltiples ensayos de laboratorio nos han demostrado que, en razón de la habilidad actual de los fabricantes de sucedáneos de la vaselina, estos métodos de análisis por precipitación fraccionada no merecen el favor que se les había dispensado no hace mucho.

La dificultad es mayor por la necesidad de introducir en la vaselina una proporción de parafina que llegase hasta 5 por 100. Si fuese posible no añadir parafina, el problema sería más simple; y el acetato de etilo, mezclado con ácido acético cristalizante, el éter anhidro, el alcohol amílico, etc., hábilmente manejados, podrían dar útiles indicaciones, así como el microscopio á la luz polarizada.

Debemos confesar que no nos ha sido posible siempre distinguir, por estos procedimientos, una vaselina pura, con parafinas de mezclas hábilmente preparadas.

Es preciso establecer, siempre, una diferencia fundamental entre las diversas falsificaciones ó imitaciones de la vaselina. Las unas, que debemos recusar, contienen materias resinosas, grasas ó bituminosas, casi siempre ácidas. Otras están constituidas por mezclas de vaselina pura, aceite de vaselina y parafina, todos productos neutros.

Es importante el proscribir las primeras de una manera absoluta; las segundas pueden ser admitidas en ciertas condiciones. Afortuna-

(1) Engler y Bohm (*Dinger's Journal*, t. CCLXII, Páginas 468 y 524) han destilado en el vacío, una vaselina preparada por medio del petróleo de Galicia. Han observado la presencia de la parafina en los productos destilados, pero no han encontrado derivados etilénicos, y consideran poco probable que haya habido disociación en sus experiencias.



damente los procedimientos de análisis para descubrir las primeras son fáciles.

*Ensayo de las vaselinas.*—La presencia de ácidos se pone de manifiesto agitando al baño-maría la vaselina con partes iguales de tintura de tornasol neutra y sensible. La emulsión así formada no debe enrojecer.

La presencia de cuerpos grasos, de materias resinosas ó bituminosas, ceresina, etc., se reconocen de diversas maneras.

La vaselina calentada en una cápsula, debe volatilizarse enteramente y sin desprender vapores acres.

Si se calientan 3 gr. de vaselina con 20 gr. de agua conteniendo 3 gr. de potasa cáustica y después se filtra, el líquido acuoso filtrado acidificado debe quedar limpio, aun después de enfriamiento.

La vaselina calentada al baño-maría con ácido sulfúrico de densidad 1,50, no debe dar lugar á ninguna coloración.

Quince gramos de vaselina y 10 cnt. cúb. de ácido nítrico de densidad 1,45, agitados vivamente en un vaso de reactivo, no debe dar una elevación sensible de temperatura, 2º al máximo. Una vaselina compuesta de 25 partes de vaselina blanca, 60 de aceite de vaselina y 15 de ceresina blanca, dió un aumento de temperatura de 7º Ligera coloración morena por el ácido sulfúrico.

Otra, compuesta de 25 partes de vaselina, 60 de *French natural*, es decir, aceite mineral americano casi blanco y muy flúido, y 15 de ceresina blanca, da una elevación nítrica de temperatura de 12º y una coloración muy sensible por el ácido sulfúrico. (M. Cavaniet.)

Las vaselinas impuras industriales dan hasta 30º.

Por estos procedimientos es fácil de reconocer la presencia de ácidos, materias grasas, bituminosas, de ceresina, etc.

Resta distinguir la vaselina pura de una mezcla de vaselina, aceite de vaselina y parafina. Ciertas farmacopeas extranjeras han adoptado dos vaselinas: la vaselina llamada natural, preparada como hemos dicho al principio, y la vaselina artificial, hecha casi con estas proporciones: vaselina pura 25, aceite de vaselina 60, parafina 15. Si una vaselina ficticia está constituida así, es neutra, y responde á los ensayos por la potasa, por el ácido sulfúrico y ácido nítrico. El método de análisis indicado no la distinguirá de la vaselina natural, pero puede, si hay necesidad, ser admitida, y así lo ha decidido la Comisión del Códex.



Mas nosotros creemos que, por su untuosidad y su viscosidad menos variable con la temperatura, por su gran homogeneidad, la vaselina natural es preferible, reconociendo que sería excesivo el rechazar la otra.

Hemos visto que el empleo de los disolventes no permite distinguir los dos productos. Podría ceerse que la vaselina artificial, una vez fundida, siendo una solución, su viscosidad sería menor que la de la vaselina natural, ó mejor que habiendo adquirido el estado líquido más rápidamente, la viscosidad, en lugar de disminuir poco á poco, como para la vaselina natural, alcanzaría de pronto un título muy débil, por mantenerse sin grande variación.

Este es el principio del procedimiento Hœhnel (1) analizado en el *Journal de Pharmacie et de Chimie* del 1º de Octubre de 1901, página 295: «Si se determina á 60º y á 75º la viscosidad por el procedimiento Engler, el dato entre las dos cifras encontradas constituye el índice de viscosidad, que está generalmente comprendido entre 1,40 y 1,60. Una cifra inferior indicaría una falsificación por una solución de parafina en la vaselina líquida.»

No sabemos sobre qué vaselinas artificiales ha operado Hœhnel, pero hemos tenido entre manos dos vaselinas ficticias que han dado el dato 1,47, mientras que vaselinas puras daban 1,26—1,33—1,35.

Si en lugar de tomar el dato entre los números encontrados por un mismo producto á dos temperaturas diferentes, se comparan los números observados á una misma temperatura por la muestra examinada y por una vaselina tipo, se comprueban equivocaciones considerables que permiten distinguir una vaselina artificial.

Mientras que diversas muestras de vaselinas puras no dan entre ellas más que datos jamás superiores á 1,1, los datos entre la vaselina natural y la vaselina artificial, respondiendo á los demás ensayos (*la que puede admitirse*), alcanzan 1,80. Todas las veces que el dato sea superior á 1,30, podrá afirmarse que la vaselina es artificial.

Ciertas vaselinas industriales impuras pueden dar números vecinos de 1 ó de 1,8 y 2; pero no podrán confundirse con una vaselina natural ó artificial, pues los ensayos químicos las harían fácilmente reconocibles.

Si no se tiene viscosímetro ni ixómetro, puede operarse con un cuenta gotas ordinario. Se toma un tubo de ensayo largo y alto para

*Pharm. Post*, 1901, p. 281.



que pueda contener el cuenta gotas y un termómetro. Se coloca en el fondo una espiral de cobre de dimensión tal que pueda sostener la pipeta sin que su orificio toque al fondo del tubo.

Se llena el aparato de vaselina tipo; se coloca un termómetro y se introduce en un baño-maría provisto asimismo de un termómetro. Se mantiene el baño-maría á 60°. Cuando los termómetros señalen esta temperatura de un modo constante, durante á lo menos veinte minutos, se introduce el cuenta gotas calentado y desecado y se observa el tiempo que invierte la vaselina en llenarlo hasta el trazo superior.

Se repite la experiencia con el mismo cuenta gotas sobre la vaselina que hay que ensayar.

El dato entre el número de segundos en los dos casos es superior á 1,30, si la vaselina es artificial.

En resumen, el ensayo de neutralidad, la potasa, el ácido sulfúrico y el ácido nítrico permiten eliminar toda vaselina impura conteniendo ácidos, materias resinosas, grasas ó bituminosas, y aun de cerecina blanca.

En cuanto á la vaselina ficticia neutra, compuesta de vaselina pura, de parafina y de aceite de vaselina, es un sucedáneo de la vaselina que puede admitirse si el precio está lealmente establecido. Se la reconocerá por un ensayo de viscosidad hecho comparativamente con una muestra tipo.

(Traducido del *Journal de Pharmacie et Chimie* por *La Farmacia* de México.)

---

## SECCION PROFESIONAL

---

**Asociación Española para el Progreso de las Ciencias.**—*Ateneo Científico y Literario.*—Prado, 21, Madrid.—SECCIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS.—Constituida en esta capital la «Asociación Española para el Progreso de las Ciencias», que se propone reunir periódicamente en diversas poblaciones de nuestro territorio Congresos generales científicos y celebrar en Zaragoza, durante el Otoño próximo, la primera de estas Asambleas, compete á la Sección de Ciencias Médicas de la misma, organizar y dirigir los trabajos correspondientes á este vasto y floreciente ramo de la cultura nacional.

Para dar comienzo á su cometido, la Sección ha acordado dirigirse



á los Presidentes de los Colegios de Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios y Odontólogos, expresándoles la conveniencia y hasta la precisión de que las clases médicas españolas realicen, con motivo del Congreso de Zaragoza, una gallarda muestra de su vitalidad, adhiriéndose individualmente á esta Asamblea, á la que concurrirán Ingenieros, Arquitectos, Matemáticos, Astrónomos, Naturalistas, Químicos, Filósofos, Jurisconsultos, lucidas representaciones del Ejército y Armada, etc., etc., y enviando á ella trabajos reveladores de nuestra cultura y laboriosidad.

En este sentido tenemos el honor de invitar á V. S. á que coadyuve á los fines que persigue la Asociación, y procure que algunos de los miembros de ese Ilustre Colegio se obliguen á contribuir al éxito del Congreso de Zaragoza, preparando, á ser posible, Memorias sobre asuntos científicos de interés general á los que pueda aportarse algún punto de vista nuevo ó alguna investigación propia.

Envolviendo nuestra solicitud un propósito noble que importa á las clases médicas fortalecer, como factores principales que son del progreso científico, esperemos que V. S. y los compañeros colegiados responderán favorablemente á nuestro llamamiento asociando su nombre al de las personas ya adheridas y contribuyendo al éxito del Congreso de Zaragoza en la forma propuesta.

Madrid 13 de Abril de 1908.—*El Presidente de la Sección.*—JULIÁN CALLEJA.—*El Secretario de la Asociación.*—RICARDO GARCÍA MERCEDES.—*Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.*

---

El día 29 del pasado celebró su Junta general ordinaria anual el Colegio de Farmacéuticos de esta provincia.

Apremios de tiempo y de espacio no nos permiten publicar el acta en este número.

En dicha Junta se trataron asuntos de gran interés y trascendencia para la clase, que de llevarse á la práctica podrían constituir el principio de una era de unión material y espiritual, base de grandes y positivos beneficios por todos los colegiados.

---

**1.º Congreso Nacional de la Tuberculosis.—Zaragoza.**  
—*Comité de propaganda para la Provincia de Vizcaya.*—Recibido por la Academia el encargo de organizar en esta Provincia el Comité de propaganda para este Congreso, fueron nombrados para formarlo los Señores siguientes: *Presidente*, D. José Carrasco.—*Vicepresidente*, D. Francisco Ledo.—*Secretario*, D. Carlos Mendaza.—*Tesoreros*, D. José Bolívar y D. Manuel de Saralegui.—*Vocales*, D. Domingo Pascual, Don



Adrián de Unibaso, D. Rafael del Río, D. Jesús de Aristegui y Don José Juarrero.

Dicho Comité ha dirigido la siguiente circular á todos los profesores de la provincia.

•Muy Sr. mío y de mi mayor respeto:

Debiendo celebrarse en Zaragoza los días comprendidos del 2 al 6 de Octubre del año actual un Congreso Nacional de la Tuberculosis, el Comité de propaganda en esta provincia, se dirige á V. por si gusta adherirse á la idea y figurar en el número de Congressistas, con todas las ventajas que éstos disfruten.

Para figurar como tal Congressista, no tiene V. más que firmar el adjunto Boletín de adhesión, meterlo en el sobre que se envía y remitirlo por correo con un franqueo de céntimo. Adjunte V. su tarjeta de visita. En ese día, y mediante giro que se le hará, ha de abonar V. la cuota de 15 pesetas como miembro titular, y 5 pesetas más por cada persona de su familia si es que desea que figure como miembro asociado.—Bilbao 20 de Mayo de 1908.—*El Secretario del Comité.*—CARLOS MENDAZA.

La Academia de Ciencias Médicas vuelve á estar de pésame: el joven é ilustrado Dr. D. Ignacio de Alegría ha dejado de existir en la plenitud de su vida cuando de su actividad é inteligencia podían esperarse muchos y ópimos frutos.

Dos dolorosas pérdidas, las dos seguidas y en dos jóvenes Académicos, que en vida se llamaron D. Juan San Vicente y D. Ignacio de Alegría ha sufrido la Academia en corto tiempo.

Nos asociamos de todo corazón al sentimiento de la familia del joven Doctor y le enviamos la expresión de nuestro sincero pésame.

## LA STOVAINA COMO ANESTESICO LOCAL EN CIRUGÍA

Es interesante seguir en el Extranjero los éxitos de la stovaina cuyo valor, como anestésico local, se halla sancionado definitivamente en Francia, patria de este producto sintético. Después de otros cirujanos alemanes, ingleses, italianos, etc., que lo han utilizado con ventaja para la anestesia por infiltración y para la raqui-analgesia, un cirujano de Hamburgo, Mr. Br. Muller (Samml. Xlin. Vorträge, y Zentr. f. Gynækll 1907. N.º 37) relata los resultados satisfactorios que ha conseguido con la stovaina en combinación con la adrenalina. Para la anestesia por infiltración, el autor emplea una solución que, siendo



isotónica con los jugos del organismo, no provoca dolor al inyectar, y cuya fórmula es la siguiente:

Stovaina . . . . .	0 gr. 50
Adrenalina . . . . .	0 gr. 01
Cloruro de Sodio . . . . .	0 gr. 07
Agua destilada. . . . .	100 grs.

Es perfecta la anestesia en cinco minutos con dicho líquido.

El autor recomienda igualmente la insensibilización regional por medio de la stovaina. Al objeto inyecta, junto al nervio de que se trata de interrumpir la conductibilidad, primero una solución de adrenalina, cuya cantidad varía en proporción directa con la extensión del espacio operatorio por insensibilizar la concentración del líquido, variando en sentido contrario (1 p. 20.000, 1 p. 10.000 1 p. 5.000). Luego inyecta, á proximidad siempre del mismo tronco nervioso, una cantidad suficiente de una solución de stovaina al 5 por 100. Se llegaría de esta manera á insensibilizar segmentos extensos, y esto mejor que con el procedimiento por infiltración. A veces, sin embargo, en particular en las partes que forman el punto de transición á una región inervada por un nervio distinto del cual se ha interrumpido la conductibilidad, se ve uno obligado á completar la anestesia con algunas inyecciones directas de stovaina.

El dictamen del autor es que la stovaina se sustituye ventajosamente á la cocaina, de la que posee las cualidades, siendo á la vez menos tóxica.

Por ese motivo, no son de temer perturbaciones secundarias.

(Bull med.)

