

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIII

Bilbao - Junio - 1907

Núm. 150

LA ELECTRICIDAD Y LA TERAPÉUTICA

La doctrina de los iones aplicada á la terapéutica tiene poca extensión en su conocimiento entre los médicos y sin embargo, se halla hoy día perfectamente establecido el que las acciones químicas y propiedades farmacodinámicas de las substancias medicamentosas se encuentran bajo la dependencia de los agrupamientos iónicos.

Probada esta manera de actuar, es claro que al médico debe interesarle mucho más el conocimiento del ion, que el de la molécula y el átomo hasta ahora dominantes.

El término ion introducido en la ciencia por Faraday, tiene por objeto el designar las dos substancias que en caso de electrolisis de una solución salina se dirijen, la una, hacia el electrodo positivo (anion) y la otra al negativo (cathion).

Puede fijarse el ion como un pequeño cuerpo electrizado: una especie de unidad física constituida por uno ó varios átomos provistos de una carga eléctrica positiva ó negativa á la que debe el cuerpo sus propiedades.

La ionización, es decir, la disociación de la molécula en dos fragmentos, no se produce solamente bajo la influencia de la electrolisis, sino que también tiene lugar entre ciertos cuerpos por el hecho de su disolución en el agua. De suerte que las propiedades de los medicamentos se determinan por la manera con que se ionizan.

Pongamos un ejemplo de dos soluciones de substancias vecinas: una de cloruro potásico y otra de clorato de

igual base. Si vertemos en cada una, otra de nitrato de plata, el precipitado blanco de cloruro argéntico no se formará más que en la solución de cloruro potásico y no en la otra, porque si bien, ambas tienen cloro, éste ha perdido su personalidad y es el grupo iónico ClO^3 quien manifiesta sus propiedades químicas, las cuales son muy diferentes de las del cloro iónicamente consideradas tal como se encuentra en la solución de cloruro potásico.

De aquí se deduce que lo que determina la manera de actuar de una substancia es la potencia iónica de su elemento activo.

Lo que acabamos de decir del cloruro y el clorato de potasio es aplicable á los fosfuros y fosfatos, sulfuros y sulfatos, etc., etc. La diferente acción terapéutica de estas substancias se explica bien cuando se sabe que en solución las unas, fosfuros y sulfuros obran por el ion $Ph. \text{ ó } S.$ y las otras, fosfatos y sulfatos, por los iones PhO^4 y SO^4 que tienen propiedades químicas y farmacologías distintas de los iones S ó $Ph.$

Estas particularidades de ionización hacen comprender el por qué los cacodilatos no actúan como las soluciones de arsénico, ni los ferro y ferricianuros no deben emplearse indistintamente en la cura de la anemia y así otros medicamentos.

A mayor abundamiento he aquí un ejemplo clínico que demuestra mejor la ionización terapéutica:

Una tabes tratada desde su comienzo por las inyecciones de sublimado intramusculares, debe curar completamente, porque sus acciones bactericidas, antisépticas ó terapéuticas son proporcionales á la concentración de su *ion activo*, en la especie mercurio. Pero como estas inyecciones son muy dolorosas, á menos de conformarse con cierta técnica, se suelen emplear, en su lugar, otras sales de mercurio que carecen de la energía suficiente, siendo esta la causa de los fracasos sensibles.

La adición del cloruro sódico á las soluciones de sublimado disminuye su acción coagulante sobre la miosina y el dolor. Este resultado es debido á que el cloruro só-

dico hace retroceder la disociación y disminuye la concentración de los iones Hg^{++} , pero por la difusión en la sangre y la acción reguladora de la economía sobre la concentración de la sal común, la disociación vuelve á lo que fué antes de la adición del cloruro sódico.

Un medio más eficaz de atenuar considerablemente el dolor producido por las inyecciones intramusculares de sublimado, consiste en hacer actuar el ion mercurio por medio de una solución débilmente concentrada. Esto se consigue inyectando lentamente soluciones extendidas. En lugar de emplear soluciones al centésimo, se usarán por ejemplo, un volumen cinco veces más grande de una solución al 1/500 ó diez veces mayor de una solución al 1/1000. Así es como no se producirán ni dolor ni induración al inyectar en los músculos glúteos, durante diez minutos, 10 ó 20 centímetros cúbicos de la solución:

Sublimado.	10 centigramos
Cloruro sódico cristalizado	1 gramo
Agua destilada	100 gramos

La inyección se practica tres veces por semana, reglando á voluntad, con precisión y vistos los efectos, la dosis y absorción del medicamento activo y eficaz.

En materia de terapéutica local es donde la teoría de los iones, da lugar á las aplicaciones más interesantes.

«Nuestra medicina actual, dice Leduc, parecerá muy »rara y grosera á nuestros sucesores, cuando reflexionen »que para obrar sobre un punto enfermo del organismo, »inoculamos substancias más ó menos dañosas: que para »curar un goma sífilítico situado en la tibia, cerebro ú »otro órgano, nos empeñamos en bañarlos con mercurio »ó ioduro potásico á las células delicadas y sensibles de »sus tejidos.»

Los iones presentan la particularidad de que en gran número de casos pueden ser introducidos en el organismo, por vía electrolítica, á través de la piel ó de las mucosas intactas.

Para ello basta, sobre la piel afeitada de un conejo colocar un tapón de algodón hidrófilo embebido en una

solución de sulfato de estrienina. No aparece ningún fenómeno de intoxicación, cualquiera que sea la duración del contacto. Pero si se sirve de este tapón como de un electrodo para hacer pasar una corriente de intensidad suficiente, el animal no tarda en sufrir ataques tetánicos, muriendo de intoxicación estrícnica. Puede hacerse el mismo experimento con una solución de cianuro potásico tomando el electrodo negativo. Ambos iones atraviesan la piel intacta y envenenan al animal.

Se conciben desde luego las deducciones terapéuticas que Leduc hace de estas experiencias y entre los casos que cita en su obra, algunos son curiosos.

Así es que la introducción electrolítica del ion salicílico al nivel de la región enferma le ha dado resultados beneficiosos en las neuralgias rebeldes de la cara, tales como las que tuvo una mujer durante seis años y tratada por la avulsión de los dientes, la sección de las ramas nerviosas y la resección de los bordes maxilares. Curó en algunas sesiones electrolíticas locales en las que uno de los electrodos estuvo formado por un tapón de uata embebido de una solución salicilada. El mismo resultado ha obtenido con un *tic doloroso* de la cara, que contaba treinta años de existencia.

El ion zinc poseería una doble acción, obrando como hemostático y antiséptico. La electrolisis local con un anodo formado por un histerómetro en zinc introducido en el útero, constituiría el mejor tratamiento de las endometritis hemorrágicas y ejercería una acción favorable á la regresión de las fibromas. Gozaría de propiedades anti-sépticas profundas el mismo ion y la electrolisis, con un tapón mojado en una solución extendida ó débil de una sal de zinc produciría la desinfección de los trayectos fistulosos.

El ion cloro da lugar á efectos esclerolíticos como ha observado Leduc en dos anquilosis antiguas de la mano y rodilla, curándolas con sesiones electrolíticas tomando de electrodo un tapón embebido en una solución de cloruro sódico, ácido salicílico al 2 %, con una corriente de 50 á 80 miliamperios durante media hora.

Tan convencido está Leduc de esta acción última que cree que si fuera mejor conocida y más empleada, las compañías de seguros sobre accidentes del trabajo tendrían que pagar mucho menor número de cantidades, realizando importantes economías.

En suma: las investigaciones que hasta la fecha se han llevado á término para averiguar la manera que tienen algunos medicamentos de penetrar por ionización al través de la piel sana, se pueden sintetizar en las cláusulas siguientes:

1.^a Pueden ser introducidos á beneficio de una corriente continua al través de la piel, desde la cual se extienden á las glándulas, vainas de los pelos y el revestimiento epidérmico.

2.^a Los medicamentos parecen poder formar en los protoplasmas celulares combinaciones distintas de las que originarían empleados por la vía subcutánea.

3.^a Su penetración es superficial y por consiguiente, en la terapéutica electro-iónica hay que tener presente dos acciones diferentes: una, la medicamentosa verdadera que se localiza en la piel, salvo los que tienen acción tóxica á dosis pequeñas, que pueden entrar en la circulación general; y otra, la debida á los fenómenos biológicos y modificaciones osmósicas provocadas por la dislocación de los iones del organismo, independientemente de la solución empleada al nivel de los electrodos.

Ahora bien: esta teoría no es más que un paso más de adelanto en la averiguación de las infinitas variedades de cantidad y calidad que ofrece la ecuación del movimiento que en principio constituye la vida orgánica, cuyos secretos íntimos permanecerán mucho tiempo ignorados desgraciadamente, pero que merece toda la atención de los que se dedican á la difícil tarea de dirigir al organismo hacia la conservación de la salud humana.

DR. IPIRRIPIETA.

REVISTA EXTRANJERA

La eversion del párpado superior, por el Dr. Raymond Beal.—El acto de doblar hacia afuera el párpado superior, en forma de ectrópion, es una maniobra sencilla que sistemáticamente la ejecuta un oculista al examinar el órgano de la visión.

Está formalmente indicada cuando se introduce en el ojo un cuerpo extraño cualquiera ó exista una lesión conjuntival, como por ejemplo, por trozos de carbón, hierro, piedras, tracoma blefaritis extensa y otras.

En los primeros casos se evitarán complicaciones ulteriores y en los segundos, la cura será lo más detallada y efectiva posible.

Para ejecutarla, sin embargo, hay que ensayarla mucho y esto se consigue pronto en una clínica oftalmológica donde en un sólo tiempo y sin apenas darse cuenta el paciente, queda ectropiado el párpado.

Ahora bien: en la práctica general, es muy necesario que el médico sepa hacerla sin producir dolores al paciente y para ello la describiremos en varios tiempos gráficamente retratados.

Los dedos índice y pulgar son los únicos encargados de practicar la maniobra.

Hay que distinguir dos casos: 1.º, el párpado tiene pestañas normales; 2.º ó hay escasas ó son nulas.

Antes de proceder al acto, hay que asegurarse si el enfermo tiene blefarospasmo, en cuyo caso debe hacerse una instilación de colirio de cocaína al 2 % en cantidad de dos ó tres gotas.

Si el sujeto tiene buenas pestañas, se colocará sentado enfrente del médico con los ojos cerrados y en esta actitud ordenarle el que dirija el globo del ojo como si fuera á mirar hacia abajo, llamándole la atención sobre un objeto cualquiera.

En esta situación ¿de cuál de las manos nos hemos de servir? De la izquierda para el ojo derecho y de la derecha para el izquierdo. Nunca deben intervenir las dos manos porque no hacen más que estorbarse mutuamente.

Elijamos el ojo izquierdo.

1.º Aplíquese el borde cubital del dedo índice sobre la parte media del párpado á igual distancia de los ángulos externo é interno, inmediatamente por encima de la línea de las pestañas.

2.º Hágase ejecutar al índice un movimiento de ascensión, apoyándolo siempre sobre el párpado, con el objeto de producir un ligero ectrópion, por resbalamiento del borde palpebral (fig. 1.ª)

3.º Colóquese la cara pulpar de la última falange del dedo pulgar sobre la cara inferior de las pestañas, lo más cerca posible del borde palpebral.

4.º Cójanse las pestañas entre el pulgar y la cara pulgar del índice, guardando siempre éste el contacto con el párpado (fig. 2.ª)

5.º Bájese el párpado entero tres ó cuatro milímetros.

6.º Hágase vascular el cartilago tarso para colocar su cara cutánea hacia atrás y la conjuntival hacia adelante. Para conseguirlo, el párpado, una vez bajado, se apoya por el borde cubital del índice de atrás á adelante y de arriba á abajo, sobre el borde superior del tarso que es percibido claramente al tacto. Al mismo tiempo, para ayudar al movimiento de báscula, se lleva adelante y arriba el borde palpebral tirando de las pestañas que están cojidas entre los dedos. Estos hacen un movimiento de rotación alrededor de un eje transversal que pasa por el punto de implantación de las pestañas. (fig. 3.ª)

7.º Manténgase el tarso dislocado. Para ello es preciso que el índice se separe rápidamente: al mismo tiempo el pulgar, por un movimiento rápido, se lleva de delante atrás y coloca las pestañas sobre la piel del párpado en su parte superior por debajo del reborde orbitario superior. Hecha la eversión, se procede á examinar la conjuntiva palpebral tarsiana. (fig. 4.ª)

En el caso de que el paciente carezca de pestañas ó éstas sean ralas, se le sienta delante del médico y en actitud de mirar hacia abajo. Aquí es más importante que en el primer caso, el que no contraiga los párpados, dejando en relajación el músculo orbicular, para que aquellos caigan como velos.

La maniobra es algo penosa para el paciente; pero ante la necesidad no tiene más remedio que sufrirla. En los sujetos sensibles se empleará la cocaina en la misma forma ya indicada.

Tomemos como sitio el ojo izquierdo.

1.º Aplíquese la cara palmar del dedo pulgar derecho sobre la parte media del párpado inferior; empújese á éste hacia atrás y lije-

ramente hacia arriba, como si se quisiera resbalar por detrás del párpado superior, entre éste y el globo ocular.

2.º Colóquese el borde cubital del índice derecho sobre la cara cutánea del párpado superior á igual distancia de los ángulos oculares y á tres ó cuatro milímetros por encima del borde palpebral y sobre el mismo plano sagital que el pulgar aplicado al párpado inferior.

El índice así colocado, se apoya fuertemente sobre el párpado y le imprime un movimiento hacia abajo y ligeramente hacia adelante, opuesto exactamente al que sigue el párpado inferior. Hecho éste, el párpado superior se encuentra colocado hacia adelante del párpado inferior, en una extensión de dos ó tres milímetros; la cara conjuntival del párpado superior descansa sobre la cutánea del inferior.

3.º Llévase el pulgar, sin perder contacto con el párpado inferior, un poco hacia adelante y arriba, de manera que llegue al nivel de la parte de la cara conjuntival que sobrepasa por abajo el reborde del párpado inferior. (fig. 5.^a)

Desde este momento, el pulgar y el índice sostienen el párpado superior, abandonando el primero al inferior.

4.º Se imprime al tarso un movimiento de báscula como en el primer caso, tomando como punto de apoyo, sino hay pestañas en el borde palpebral (fig. 6.^a)

5.^a Manténgase dislocado el tarso (fig. 7.^a)

En resumen, se tendrán en cuenta en los dos casos que pueden ocurrir:

- 1.º El saber coger su párpado.
- 2.º Preparar el movimiento bascular del tarso.
- 3.º Ejecutar dicho movimiento.
- 4.º Mantener la posición del tarso dislocado.

Ejecutando despacio estos diferentes tiempos de la eversión palpebral, se llega pronto á tener la destreza suficiente sin que sufra el enfermo. Poco á poco los dedos se hacen flexibles y se acostumbran á refundir todos esos actos parciales en uno solo, resultando una maniobra pronta y fácil.

El estómago y el citrato sódico.— Este medicamento, muy usado en Inglaterra contra los dolores y vómitos de los alcohólicos, ha sido introducido por Variot, especialista en niños, en Fran-

TÉCNICA GRÁFICA

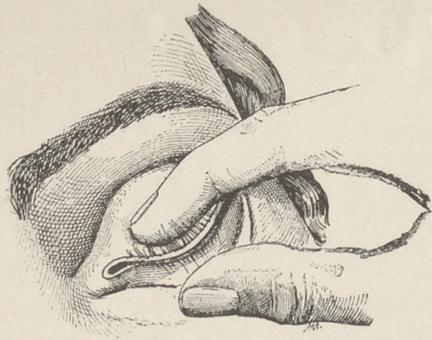


Figura 1

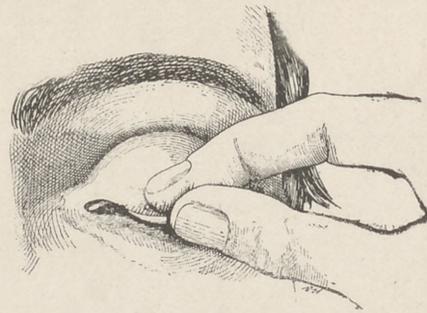


Figura 2

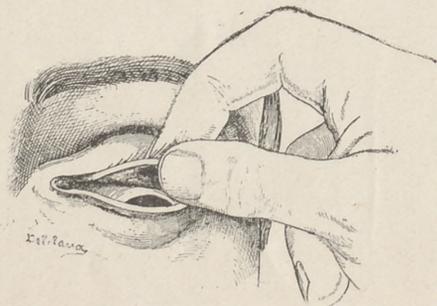


Figura 3



Figura 4

TÉCNICA GRÁFICA



Figura 5

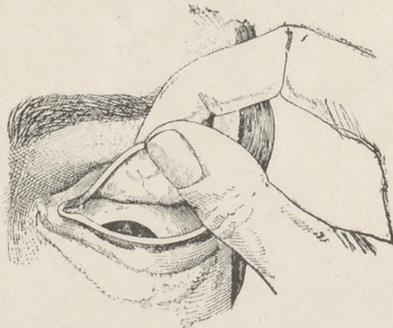


Figura 6

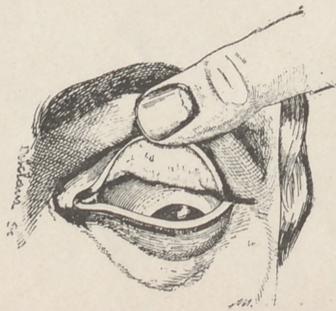


Figura 7

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

cia, para su empleo contra la intolerancia gástrica de los que se hallan en el periodo de lactancia, obteniendo brillantes resultados.

Y es que siendo una substancia inofensiva, calma inmediatamente á dosis de 2 á 4 gramos, término medio, las crisis dolorosas tardías, cualquiera que sea su causa; gastritis alcohólica, medicamentosa dispepsia irritativa y úlcera del estómago.

La hiperestesia estomacal que acompaña á la gastralgia, desaparece á las tres ó cuatro semanas, bajo la influencia del citrato sódico, asociado ó no al régimen alimenticio.

Posee además una acción antiémética. Los vómitos alimenticios ó acuosos que son la terminación de las crisis dolorosas tardías, las pituitas materiales de los bebedores ó los idiosincrásicos hepáticos, se detienen bruscamente por el citrato sódico á la dosis de uno y medio gramos y ya no se reproducen á los pocos días de tratamiento.

Obra favorablemente sobre la motricidad gástrica debilitada de los dilatados, eliminando los restos alimenticios hacia el intestino, con solo aumentar tres gramos del citrato á una comida.

Disminuye la hipersecreción gástrica por sus acciones directa y á distancia sobre la mucosa, modificando el quimismo gástrico.

Ahora bien: ¿Se sabe su mecanismo íntimo de obrar? Veámoslo.

El citrato sódico es una sal tribásica ($C^6 H^5 O_7$). $Na^3 + 2 H^2 O$, que se combina en el estómago con el ácido clorhídrico libre del jugo gástrico, para dar ácido cítrico y cloruro sódico.

Esta sustitución del ácido clorhídrico por otro orgánico débil como es el cítrico, á la par que por la sosa que va con él, motivan la acción antiemética y analgésica.

Esta acción sedante sobre el estómago puede compararse á la que goza con éxito hace mucho tiempo, la poción de Riverio contra los vómitos de las grandes crisis gástricas y en los desórdenes intestinales unidos á un estado de irritabilidad considerable.

Se ha invocado la influencia sedante al ácido carbónico naciente que posee, pues se compone de dos soluciones:

1.^a

Acido cítrico	2	gramos
Jarabé simple	15	»
Agua	50	»

2.^a

Bicarbonato de potasa	2	»
---------------------------------	---	---

Jarabe simple	15 gramos
Agua	50 »

Debe tomarse una cucharada sucesivamente de cada uno de los frascos, que formarán al unirse en el estómago gas carbónico y citrato de potasa.

La acción calmante del bicarbonato sódico sobre los dolores gástricos atribuída al desprendimiento de parte ó de todo su ácido carbónico, no es exacta, pues la sal sódica resultante influye, como el citrato sódico en primer término, siendo la de aquel secundaria.

De todos modos, hay que tener cuidado en los casos de úlcera gástrica en no usar los alcalinos bicarbonatados, pues disuelven la mucosa desprendiendo su epitelio y pueden agravar la lesión.

No debe olvidarse del régimen apropiado que debe usar todo enfermo del tubo digestivo, sin la observancia del cual, podrá salir del compromiso del momento, pero ni mejorará ni curará de su estado patológico, exponiéndose á la adición de una gastritis medicamentosa á la que anteriormente padecía.

Aun hay más: en las crisis gástricas agudas y violentas lo único ejecutivo y práctico que debe aconsejarse, es la dieta hídrica helada.

Las infecciones piocianicas.—El bacilo piocianico procedente de la materia azul coloreante del pús observado en tiempos anteriores al advenimiento del empleo de la antisépsia, ha sido considerado equivocadamente como un saprófito vulgar incapaz de ocasionar una infección grave.

Los trabajos modernos de varios observadores entre los que descuella el del Dr. Charrin, han venido ha demostrar que aquella tiene lugar con más frecuencia de lo que ordinariamente se cree.

El citado bacilo produce en el hombre diversas afecciones que pueden dividirse clínicamente en dos grupos á saber: piocianías localizadas y generalizadas, ó por otro nombre septicemia piocianica, pudiendo las primeras convertirse en segundas, según las circunstancias concurrentes.

Las de caracter local están caracterizadas por lesiones de la piel, otitis, bronco-neumonías gastro-enteritis y otras que no se distinguen de las producidas por otras causas más que por la aparición y descubrimiento del bacilo.

En las formas generalizadas ó septicémicas el cuadro clínico es el siguiente:

«Trastornos intestinales de variable intensidad, hipertermia sin remisiones marcadas y una gran postración; procesos hemorrágicos generales, disnea, albuminuria, dolores musculares raquíalgicos, hígado abultado y sensible à hipertrofia del bazo.

«A contar del tercer día, aparecen erupciones cutáneas vexiculosas hemorrágicas, ampollosas con un líquido azul verdoso, sea gangrenoso, empezando bajo la forma de manchas purpúricas lenticulares situadas en el torax y región anterior de los miembros, que terminan por úlceras de fondo necrosado infiltradas de sangre y rodeadas de una aureola inflamatoria ancha.

La agravación del estado general es la regla y la muerte su consecuencia fatal.

Las piocianias gastro-intestinales constituyen la forma localizada de la infección dando en ocasiones lugar à la septicemia.

Puede ser considerada de dos maneras, según se trate de un niño ó un adulto. Casi siempre es primitiva y más grave en el primero, viéndose algunas veces sobrevenir como una complicación de una enteritis, disenteria, ó fiebre tifoidea.

Principia en los niños por una diarrea con vómitos alimenticios que se convierten en biliosos y ocasionan una desnutrición rápida. El vientre se agloba, la temperatura se eleva à 39.º, las disposiciones son abundantes de color verde oscuro ó amarillo de ocre con olor fétido y la distensión del abdomen produce dolores. El enflaquecimiento y la postración son signos importantes. Despues se agrava el estado general, baja la temperatura, cianoseándose las extremidades, viene la muerte en medio de un colapso y alguidez à ocho ó quince días.

La autopsia revela la existencia de equimosis, infiltraciones submucosas y ulceraciones del tubo digestivo. Se encuentra el bacilo piocianico en las heces fecales, ampollas cutaneas; sangre, gánglios mesentéricos y vísceras.

Como se vé esta sintomatología no tiene nada de característica y si no se encuentra el bacilo el diagnóstico sería imposible.

La causa hay que encontrarla en el agua contaminada ocurriendo muchas veces que en la considerada como potable contiene el bacilo así se hallan con él asociados el bacilo tífico ó el colibacilo aumentando su virulencia ó complicando el cuadro clínico, la muerte es segura, siendo toda terapéutica insuficiente.

Los sueros animales como hemostáticos en la hemofilia, por el Dr. P. Emile-Weil.—El Dr. Broca ha presentado ante la Sociedad de Cirugía en París, un informe sobre los estudios clínicos llevados á cabo en la hemofilia por el Sr. Emile-Weil, empleando varios sueros naturales, bajo la forma de inyecciones intra-venosas y subcutáneas como agentes preventivos y represivos de las hemorragias.

Demuéstrase en aquellos que los sueros animales ó el de procedencia humana, usados á la dosis de tres gotas por cada tres centímetros cúbicos de sangre, favorecen la coagulación de la misma de una manera ostensible en la hemofilia familiar y en forma absoluta en la espontánea. Dicho fenómeno se produce á los cinco ó diez minutos.

En cuanto á la técnica que debe emplearse, he aquí las resultancias de los hechos observados:

Para detener las hemorragias en un adulto es preciso inyectar en las venas 20 c. c. de suero fresco y 20 ó 30 c. c. si se elije la vía subcutánea. En caso de necesidad no hay inconveniente alguno en repetir la dosis dos días después de la primera. Los niños tienen bastante con la mitad de la dosis fijada á los adultos.

Los sueros del hombre, conejo, caballo y buey son igualmente eficaces, si bien el primero aparece *in vitro* de acción más enérgica. Deben en principio, usarse en fresco, si se desea obtener un completo efecto terapéutico, sin que por esto deban rechazarse en absoluto los que lleven preparados uno ó dos meses, y se hallen bien conservados.

Jamás debe inyectarse el suero bovino por ser el único que ha dado lugar á los accidentes de *serismo* consistentes en la elevación de la temperatura, escalofios, cianosis, vómitos, cefalea y raquialgia.

En la práctica, si no hubiera tiempo que perder, separando 24 horas y practicar una sangría aséptica en la carótida de un conejo, se puede recurrir al suero antidiftérico de Roux ó Behering que contiene los fermentos coagulantes necesarios.

Tales hechos, se ve que tienen un interés quirúrgico de cierto valor contra una afección que hasta el presente estamos desarmados.

No obstante, no deberá confiarse demasiado en el valor preventivo de las inyecciones de suero sanguíneo para lanzarse á operar en un hemofilico graduado con un motivo cualquiera; pero si se trata de una hernia estrangulada, flegmón, extracción de un diente ó una apendicitis, no debe vacilarse en su ejecución.—DR. IGNOTUS.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

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

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

POR EL PROFESOR B. KRONIG.

Traducción directa del alemán

POR EL DR. CARMELO GIL É IBARGÜENGOITIA (1)

Aunque en los tratados de Obstetricia se consigna á menudo, al estudiar las indicaciones de intervenir en tocología, que el interés de la madre está muy por encima de los intereses del niño, hoy apenas existe un tocólogo que siga amoldando su norma de conducta con arreglo á este modo de pensar. Nosotros nos consideramos, por el contrario, autorizados para intervenir, teniendo en cuenta exclusivamente los intereses del feto; intervenciones que, como es natural, representan un peligro más ó menos grande para la vida de la madre. Así, por ejemplo, está por todos admitido que es una indicación formal de intervenir con el forceps el que el feto se encuentre en peligro, importando poco el que su cabeza se halle en el estrecho superior ó inferior, siempre que las partes blandas estén suficientemente dilatadas y no exista desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis de la madre. Con el forceps es incuestionable que se arriesga en más ó en menos la vida de la madre; basta recordar el conocido dicho de Leopold de que la aplicación del forceps representa una de las intervenciones más cruentas de la especialidad. Si hubiéramos de tener en cuenta solamente los intereses de la madre, es natural que en estos casos, olvidando por completo los del feto, dejaríamos que terminase el parto por los solos esfuerzos de la naturaleza; sin comprometer la vida de la madre con una aplicación de los hierros.

Un segundo ejemplo: el mismo Leopold insistía todavía en el Congreso de Amsterdam, en que ante todo y en primera línea debemos tener presente los intereses sagrados de la madre, no obstante ser él

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

precisamente el que ha practicado en Alemania con más frecuencia la operación cesárea abdominal en indicación relativa; si él, en verdad, hubiese tenido en cuenta ante todo los intereses maternos, es indudable que en estos casos hubiera sustituido la operación cesárea por la perforación del feto vivo, que, llevada á cabo á su *debido tiempo*, representa un traumatismo mucho menor para la madre.

Se puede hoy asegurar que este principio de *primero la madre y después el niño*, en general se ha modificado, y que se interviene con mucha más frecuencia, teniendo en cuenta solamente los intereses del feto, practicando operaciones que hacen peligrar más ó menos la vida de la madre. El verdadero *punctum saliens* de la cuestión es el precisar hasta dónde debemos llegar con nuestra técnica para poder salvar un engendro cuya vida esté comprometida. Zangemeister opinaba hace poco en una conferencia que por regla general sólo deb n llevarse á cabo en interés del niño aquellas operaciones que no dan para la madre una mortalidad superior al 2 por 100. Aunque èsta es una cifra arbitraria, nos indica por lo menos cómo desde este punto de vista se se ha operado en la obstetricia un cambio radical. Ya que en los últimos años, merced á las mejoras de la técnica de la asepsia, y sobre todo á los adelantos de la técnica operatoria, han disminuido notablemente los peligros de las intervenciones practicadas por indicación fetal, debe ser anotado que un buen número de tocólogos entiende ser preciso el que recojamos los datos necesarios que nos sirvan para formar una norma de conducta en las intervenciones que debemos practicar cuando la vida del niño se encuentra comprometida.

Creo de utilidad precisar en primer término si en realidad el número de niños que, según las estadísticas, perecen aún por el traumatismo del parto, es tan grande que merezca nuestra atención médica.

Comenzando por mi pequeña patria, Baden, encuentro que en el gran ducado de Baden en el año 1902 aparecieron inscritos en el Registro civil 67.311 partos; de éstos nacieron 1.815 niños muertos, ó sea el 2,7 por 100; aunque se aprecia que existe una disminución importante de muertes comparando con otros decenios pasados, se nota sin embargo que en los cuatro últimos decenios apenas si existe variación alguna. Así, el tanto por ciento de niños nacidos muertos en los años de 1840-1849 es cerca del 3,2 por 100, mientras que desde el año 1880 este tanto por ciento oscila entre el 2,61 y 2,70 por 100.

Tomando en consideración las estadísticas de todo el imperio alemán, llegamos á un resultado análogo. Según el tratado de Obstetricia de Schulze, en el año 1900, y en un conjunto de 2.060.657 partos, nacieron 64.518 niños muertos, lo que da un tanto por ciento algo más elevado que en Baden, 3,1 por 100; aun aquí se puede comprobar cómo la mortalidad ha disminuido comparando estas cifras con las que dan las estadísticas de la mitad del siglo pasado. Por ejemplo, en el espacio de tiempo de 1851-1860 el término medio del tanto por ciento de nacidos muertos es 4 por 100, mientras que desde el año 1891 esta cifra no asciende del 3,2 por 100.

En las maternidades la cifra de mortalidad fetal es mayor.

Así el número de niños nacidos muertos en la clínica de partos del Hospital de la Caridad de Berlín está representado por el 6,58 por 100; en la clínica de mujeres de la Universidad de Munich, por el 5,52 por 100; en el «Rotundahospital» de Dublín, por 6,89 por 100; yo mismo he observado en la clínica de Friburgo, entre 3.133 partos de los últimos años, el 5,84 por 100 de mortalidad. Resulta de esto que en las maternidades la mortalidad fetal es casi el doble de la observada en la práctica privada. Esta diferencia no es difícil de explicar: de un lado, el número de embarazadas solteras que ingresan en las clínicas es desproporcionalmente mayor que el número de embarazos solteras que no ingresan; ahora bien, demuestran por igual todas las estadísticas que el número de niños nacidos muertos es mucho mayor en las embarazadas solteras que en las casadas; cerca del 8 por 100 para las primeras, y del 2 por 100 para las segundas. El que precisamente las embarazadas solteras paran fetos muertos en un tanto por ciento tan elevado comparándolas con las casadas, tiene su explicación en la mayor frecuencia con que padecen las primeras la infección sífilítica, en el mayor número que se da de primíparas entre solteras, y en otra serie de factores; por ejemplo, el que sea más frecuente la falta de recursos en solteras embarazadas, y, por ende, deficiencia de cuidados durante el embarazo y parto.

De otro lado, ingresan en las clínicas mayor número de primíparas que de múltiparas; entre las últimas, como B. S. Schultze y otros han hecho notar, el niño sufre durante el parto un traumatismo casi la mitad menor que en las primíparas.

Yo considero de tanta mayor importancia estos datos entresacados de las clínicas y de las estadísticas de todo el país, en cuanto que nos

dan idea clara de la enorme cifra de mortalidad fetal—en Alemania al año cerca de 65.000—y nos permiten plantear la cuestión de, si posible es, hacer disminuir de alguna manera tan elevada cifra.

Esta cuestión encierra gran transcendencia para Alemania, por cuanto la estadística indica que de año en año (estos últimos años) la relación entre el número de partos en proporción con el número de mujeres aptas para la fecundación ha disminuido considerablemente. De todas maneras, la cifra de partos sigue todavía siendo importante, hasta el punto que se continúa hablando de la aptitud verdaderamente prolífica de la mujer alemana.

Un ejemplo: durante el año de 1903 el número de partos pasó de 2.000.000; no obstante, esta cifra representa un retroceso comparada con el número de partos de los tres años anteriores, cuando se miran las cifras relativas y se comparan con las de años atrás. En el año 70 correspondieron en Alemania de 40 á 42 partos por cada 1.000 habitantes; desde esta época se nota, con diferentes oscilaciones, una disminución, que en el año 1903 llegó á 34 partos por cada 1.000 habitantes, siendo esta la cifra más baja de natalidad que se ha observado.

La frecuencia de partos es distinta en los diversos Estados y pueblos; así, mientras en Westfalia y el oeste de Prusia sigue siendo de 41 por cada 1.000 habitantes, en Berlín y en Hamburgo ha descendido hoy al 25,2 y 27,4 por 1.000.

Las estadísticas francesas demuestran, hacen ya veinte años, un descenso continuo en la natalidad, y ofrece nuevamente en los últimos un retroceso que alcanza alrededor de 8.000. Mientras todavía en el año 1884 se observa un número de 937.000, descende en 1894 á 855.000, y en el año 1904 á 818.000.

Cuando comparamos los trabajos hechos estos últimos años para conseguir disminuir la mortalidad en los niños de pecho, trabajos todos ellos coronados por el éxito, con los escasos resultados obtenidos en los últimos veinte años en nuestra labor de tocólogos para atenuar la mortalidad fetal *intra partum* (conforme lo demuestran las cifras anteriores), se ocurre preguntar:

¿Es que hemos llegado á conseguir el mínimum de mortalidad posible, ó es que estamos en condiciones de mejorar estas cifras por medio de nuevas intervenciones?

Para dar una contestación á esta pregunta, se necesita hacer dos grupos con los niños nacidos muertos:

1.º Aquellos que estaban muertos antes de comenzar el trabajo del parto; y

2.º Los que murieron en el acto del parto.

Con los del primer grupo, nosotros, como tocólogos, podemos hacer muy poco: unas veces, mediante un tratamiento antisifilítico empleado á tiempo; otras, llenando igualmente indicaciones causales cuando el estudio del caso nos pone al descubierto la causa determinante de la muerte del feto durante el embarazo; por ejemplo, nefritis de la madre. Pero estos casos nos interesan poco en este momento; nosotros queremos estudiar en este trabajo solamente aquellos en que el niño sucumbe, bien en el acto del parto ó bien poco tiempo después de él, y la causa ha sido el traumatismo sufrido.

En otros términos, lo que deseamos es analizar someramente las causas de la muerte del feto *intra partum*. Para este estudio no encontramos mucho material en la literatura de estos últimos tiempos, porque hoy día no tiene el mismo interés que lo tenía antes el estudio en conjunto del material de las clínicas de partos. Encontramos de interés, desde este punto de vista, el material recogido por V. Herffs en el hospital de mujeres de Basel. En las historias clínicas del año 1904, de un conjunto de 1.178 partos, nacieron 53 niños muertos=4,5 por 100; además, murieron durante la permanencia de las puérperas en la clínica 30 niños más = 3,5 por 100.

Por lo que podemos entresacar de las historias, resulta de interés para nosotros lo siguiente:

1. Tres niños que nacieron muertos á consecuencia de trastornos en la circulación placentaria, al final del embarazo.
2. Nueve niños en los que la causa de su muerte, durante el embarazo ó pocos días después del parto, fué la infección sifilítica.
3. Dos en los que la causa de la muerte tenía directa relación con monstruosidades; y
4. Un niño á quien se perforó fuera de la clínica.

Siempre queda, no obstante, un tanto por ciento elevado en el que los fetos perecieron en el acto del parto. Así se registran 21 casos en los que la asfixia, producida por lentitud del parto, fué la causa de la muerte; 3, la placenta previa; 4, eclampsia de la madre.

He intentado ordenar el material de la clínica de Friburgo, con objeto de poder establecer en cuántos casos existió relación directa entre la muerte del feto y el traumatismo del parto.

En los 3.133 partos observados nacieron 183 niños muertos. De estos 183, nacieron 33 = 18 por 100 macerados, y no macerados 150.

De este segundo grupo, que es el que aquí nos interesa, debemos restar, con objeto de poder estudiar hasta qué punto hubiera sido posible intentar salvar la vida de los muertos por medio de intervenciones tocológicas, aquellos que fallecieron antes de ingresar en la clínica.

Las historias clínicas nos enseñan que de los 150 muertos, 15 lo estaban ya antes del ingreso; durante el parto murieron 135, 69 niños y 66 niñas.

Teniendo en cuenta aquí solamente los 135 niños que perdieron la vida en el acto del parto, podemos hacer dos grupos con las parturientas.

- a) Aquellas en que no existía obstáculo alguno en las partes óseas que dificultase el parto; y
- b) Aquellas en las que una estrechez pélvica contribuyó en más ó en menos á la muerte del feto.

Con las del primer grupo podemos hacer de nuevo la distinción entre:

- aa) Aquellas en que una enfermedad de la madre pudo contribuir ó contribuyó á la muerte del hijo.
- bb) Aquellas en que el producto perdió la vida, ya porque se prolongara demasiado el parto, á causa de resistencias opuestas por las partes blandas, ya por existir anomalías en la presentación fetal ó en la inserción de la placenta, ó ya, finalmente, porque existiera una complicación nacida en el cordón umbilical.

Según esto, se pueden agrupar los 135 casos del modo siguiente:

A. *Ninguna resistencia del lado de las partes óseas del canal genital.*

1. Enfermedades de la madre que fueron la causa de la muerte del niño, 13 casos = 9,63 por 100; nefritis, 2 = 1,48 por 100; eclampsia, 9 = 6,66 por 100; hemofilia, 1 = 0,74 por 100; fiebre *sub-partu*, 1 = 0,74 por 100.
2. Enfermedades y monstruosidades del feto, 4 casos = 3 por 100 entre ellos, 2 = 1,48 por 100 sífilis; struma congénita, 1 = 0,74 por 100; hidrocefalia, 1 = 0,74 por 100.
3. Partos lentos y asfisia del producto, 40 casos = 28,9 por 100.
4. Anomalías del cordón umbilical:
 - a) Anudamientos del cordón, 10 = 7,4 por 100.

- b) Prolapso del cordón, 8 = 6 por 100.
5. Anomalías de la placenta:
- a) Placenta previa, 23 casos = 17 por 100.
- b) Desinserción placentaria antes de tiempo, 1 caso = 0,74 por 100.
6. Anomalías en la presentación y posición fetal.
- a) Presentación de nalgas, 8 casos = 6 por 100.
- b) Presentación transversal, 3 casos = 2,22 por 100.
- c) Presentación de frente, 1 caso = 0,74 por 100.
7. Hidramnios, 2 casos = 1,48 por 100.
- B. *Estrecheces pélvicas*, 22 casos = 16,3 por 100.

Estas cifras nos enseñan, lo mismo que las de la clínica de Basel, que existe un tanto por ciento elevado en el que la muerte del feto tuvo lugar en el momento del parto. Ellas nos indican al mismo tiempo de qué modo podemos, quizá por medio de otras intervenciones tocológicas, hacer disminuir esta elevada cifra.

(Se continuará).

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 5 de Abril de 1907.

Preside el Señor Camiruaga

Asisten los Sres. Alonso, Gil y Gorroño, Entrecanales, Unibaso, Bolivar, Saralegui y Otaola.

Sr. Entrecanales.—Relata el caso de un enfermo que vió hace muy pocos días, (el 26 de Marzo próximo pasado) y que por lo raro, por lo insólito y por otra porción de circunstancias, le impresionó profundamente: el caso en cuestión es el siguiente:

Individuo de 25 años, sano, fuerte y robusto, sin antecedente alguno y sin tara patológica de ninguna especie: hallábase afecto por una tenia, para expulsar la cual, tomó diez cápsulas de Le Boeuf: á los pocos días y sin expulsar la tenia sintió intensos dolores de vientre, acompañados de vómitos abundantes. Entonces lo vió el Sr. Entrecanales, que compro-

bó la existencia de estos síntomas á los que acompañaba una agitación extrema, vértigos y una amaurosis doble, completa con pupilas dilatadas al máximun y sin ninguna reacción á la luz. La lengua estaba muy enrojecida, los vómitos de caracter bilioso eran muy abundantes y muy intensos, no existiendo por lo demás nada en el aparato respiratorio ni en el circulatorio: la temperatura era de 38°.

La ansiedad grande del enfermo, el cuadro tan grave que presentaba, daban lugar á pensar en algún padecimiento de pronóstico grave, en una uremia, un tumor cerebral, un colapso debido á una intoxicación, etc., etc., y hondamente preocupado por la patogenia de semejante padecimiento, le dispuso lo que entonces le pareció oportuno, lamentando no poder practicar un reconocimiento oftalmoscópico por circunstancias que no son del caso.

Al mediodía, aquel enfermo continuaba en la misma forma; al día siguiente, por la mañana, lo mismo y únicamente al mediodía del día segundo, el enfermo llegó á percibir cierta claridad, continuando todavía los vómitos y la diarrea, claridad que fué aumentando poco á poco hasta que al cabo de unos cuantos días se curó por completo.

La interpretación *á posteriori* es sencilla: tratábase en efecto de una intoxicación por el extracto etéreo de helecho macho, base de la mayoría de las cápsulas tenífugas, hoy en uso. El poder tóxico del helecho macho, es poco conocido: su dosis ordinaria es de 2 á 4 ú 8 gramos (no debe pasar de 10) á pesar de lo cual estas dosis pueden causar graves trastornos, si como aconseja Rousseau y como ordinariamente se practica, se administra después de este cuerpo el aceite de ricino. Entre las varias substancias de que consta el rizoma de helecho macho, una de ellas, el ácido *filícico*, es muy tóxico y posee el inconveniente de disolverse con las grasas, entre ellas, con el aceite de ricino, razón por la cual cree debe prescribirse el uso de este aceite y sustituirlo por otro purgante cualquiera, tal como la jalapa, los calomelanos, etc.

De todos modos, el helecho macho resulta tóxico por varios conceptos, y entre los síntomas propios de la intoxicación resaltan: 1.º síntomas de irritación gastro intestinal, caracterizada por rubicundez y hemorragias; vómitos y diarrea á veces muy grave. 2.º, síntomas nerviosos (convulsiones y parálisis; coma). 3.º albuminuria.

Opina que debe administrarse un buen preparado, teniendo en cuenta también la edad del sujeto, el estado de los riñones, así como el estado de vacuidad del aparato digestivo, pues se tiene por costumbre tener el enfermo á dieta absoluta 24 horas antes de la administración del helecho, costumbre que conviene evitar, sosteniendo al enfermo con una alimentación apropiada, tal como la leche. Por lo demás, una vez propinado el helecho, es muy conveniente que el individuo permanezca echado para evitar los vértigos, las lipotímias, etc., que la intensa excitación del aparato digestivo suele producir.

Sr. Mendaza.-Trata en la actualidad una enferma en la que salvo los accidentes oculares relatados por el Sr. Entrecanales, el cuadro ha sido idéntico, á renglón seguido de la inyección de 37 cápsulas de Secretan, seguidas de la administración de 60 gramos de aceite de ricino, y precedidas de una dieta absoluta de más de 24 horas.

El hecho dista mucho de ser raro: lo que hay es que pasan desapercibidos en ocasiones algunos de los síntomas, á los que se atribuye poca importancia, pues ceden pronto. Por lo demás, acostumbra á prescribir las cápsulas de Kirn y aunque para el caso es lo mismo unas que otras cápsulas, no da el aceite de ricino, pues la mayoría de las cápsulas contienen calomelanos.

Felicita al Sr. Entrecanales, pues opina que el caso presentado tiene verdadera importancia, toda vez que aunque raro puede servir para fijar la atención.

Sr. Gil.-Cree que el caso presentado reviste verdadera importancia, entendiendo sin embargo que los casos presentados se han exagerado algo. Él usa las cápsulas de Le Boeuf y no ha notado nadá de particular y eso que el número de enfermos que ha tratado con esas cápsulas es realmente grande. Cree que por otra parte no solamente no está demás, sino que convendría observar bien los enfermos, ver si tienen alguna tara patológica y comprobar si en ellos existen susceptibilidades medicamentosas.

Hace varias consideraciones acerca de los síntomas de la helmintiasis intestinal y termina diciendo que lo verdaderamente raro era la amaurosis, que para él no era debida más que á una intoxicación por el helecho macho.

ABCESOS DE FIJACIÓN

Sr. Entrecanales.—No participa de los entusiasmos del señor Díaz en lo que se refiere á la eficacia de este procedimiento terapéutico. Por su parte él lo ha empleado en algunos casos y no ha logrado resultado brillante alguno.

Por lo demás, no se extraña que el Sr. Díaz obtuviera resultados satisfactorios cuando lo empleó en los casos de neumonía asténica que presentó en la sesión anterior: la neumonía es la enfermedad de los éxitos; se cura con toda clase de procedimientos y en ella tienen cabida toda suerte de métodos terapéuticos; apesar de lo cual la neumonía se cura sola. Los abscesos de fijación constituyen un nuevo modo de tratar la neumonía, pero nada más.

INFECCIONES DE LAS VÍAS BILIARES

Sr. Entrecanales.—Insiste sobre sus anteriores manifestaciones acerca de la influencia que la infección ejerce sobre la génesis de la litiasis biliar: para él, sobre el origen diatésico se opone el origen microbiano. Dice que en la actualidad se han desechado por completo las opiniones antiguas y se atribuye la litiasis biliar á una infección de las vías biliares.

Cree que existe desde luego como causa predisponente la influencia que ejerce la estancación de la bilis en las vías biliares: en las mujeres, la presión del corsé y el embarazo.

Hoy se sabe que la bilis no es un medio antiséptico, y constituye por el contrario un medio de cultivo propicio al desarrollo de diversas especies microbianas, en particular el *colibacilo*, creyéndose además que estos gérmenes pueden determinar angiocolitis, produciendo en la composición de la bilis modificaciones capaces de precipitar las sustancias solubles que contiene. Por otra parte, está demostrado hace ya tiempo que la parte inferior del colédoco, es siempre séptica, y si los microbios intestinales no penetran en las condiciones normales más allá de cierto límite, esto depende, no de una acción bactericida peculiar de la bilis, sino de la acción mecánica del jugo biliar. Todo obstáculo al curso normal de la bilis, va seguido de un aumento de microbios. Además, si los partidarios de la teoría nutritiva, no han podido producir experimentalmente, casos de litiasis biliar, los de la teoría infecciosa sí,

puesto que se han producido colecistitis litógenas, mediante inyecciones de cultivos de *coli bacilos* poco virulentos. La colelitiasis debe considerarse pues, como resultado de una infección biliar, vulgarmente colibacilar y algunas veces eberthiana, pero esta infección no existe solamente al principio de la enfermedad, se encuentra en todas sus fases, es el factor principal de los accidentes y el elemento capital del pronóstico.

Describe con todo lujo de detalles el acceso de cólico hepático, manifestando que los síntomas capitales son los de una infección: fiebre, signos peritoneales, dolor en el hipogastrio y no enteramente en la vesícula biliar y hace resaltar las tres fases de que consta la infección biliar: 1.^a fase vesicular; 2.^a fase coledocócica, y 3.^a fase hepática, cuando la infección alcanza el hígado y determina ya una cirrosis, ya una hepatitis supurada.

Alcanzando el proceso infeccioso ó litiásico cierta extensión, entiende que el tratamiento verdadero, es el tratamiento quirúrgico, y aunque es indudable que este tratamiento no se halla exento de accidentes, es el único que puede dar resultados satisfactorios.

Entre los procedimientos, elige en la fase vesicular la *colecistostomía*, es decir, la abertura de la vesícula, su fijación á la pared, con drenaje de las vías biliares, y en la fase coledocócica, la *coledocotomía*. Existen además otros procedimientos como son, la *colecistostomía*, que consiste en abrir la vesícula, vaciar su contenido y luego suturarla y la *colecistenterostomía*, ó desagüe de la vesícula en el intestino, pero estos dos procedimientos no valen lo que los dos anteriores.

Sr. Gil y Gorroño.-No ha visto un solo caso de colelitiasis en el embarazo apesar de haber pasado por sus manos multitud de mujeres embarazadas.

Entiende que no siempre puede demostrarse el origen infeccioso en muchos casos de litiasis biliar, creyendo por el contrario que la mayoría de los enfermos litiásicos, lo son por trastornos de la nutrición.

Cita dos casos de cólicos hepáticos repetidos, en uno de los cuales nunca pudo apreciarse fiebre alguna: en el otro sí; pero en ambos, una dieta láctea acompañada del empleo de las aguas alcalinas y del salicilato sódico, logró curarlo. La mejoría persiste después de varios años.

El Secretario general,
C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 12 de Abril de 1907.

Preside el Sr. Camiruaga

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

Sr. Gil y Gorroño.—Expone á la consideración de la Academia el siguiente caso práctico de *pneumonia grippal sin tos*. Una joven de 15 años, de salud regular, siente un escalofrío intenso, único, seguido de un dolor de costado, localizado en el lado izquierdo. Al escalofrío siguió una ascensión térmica que alcanzó hasta 38,5, no existiendo por entonces más que la frecuencia del pulso propio de la temperatura, pues ni había dispnea ni existía ruido respiratorio anormal de ninguna especie, más que una especie de debilidad en el murmullo vesicular; al día siguiente en la región posterior izquierda, al nivel del ángulo de la escápula. Poco á poco y día tras día fué acentuándose aquella debilidad y aquella ligera disminución en el campo respiratorio, pero sin dificultad, molestia ni dispnea alguna, notándose sucesivamente algunos estertores finísimos al final de las inspiraciones profundas, estertores que cada vez fueron acentuándose más y que habiendo comenzado por el ángulo de la escápula izquierda, fueron corriéndose hacia abajo y adelante, lo mismo que la macidez hasta llenar por completo todo el pulmón izquierdo que, al terminar el septenario se hallaba hepaticado en totalidad.

Apesar de lesión tan extensa y profunda, no había dispnea ni tos y la temperatura hasta el 9.º día, fué de 38º por la mañana y de 38,5 por la tarde cuando más.

Al décimo día y quejando la enfermita de un dolor intenso al nivel de la región cardiaca, dolor que por otra parte fué difícil asignarle una causa, pues la exploración más minuciosa no llegó á descubrirla, la temperatura ascendió á 39º, comenzó á toser, expectorando algún esputo claramente pneumónico, tos que fué aumentando con frecuencia y expectoración que se hizo mucopurulenta, coincidiendo este nuevo estado de cosas con el comienzo de la resolución del proceso con la consiguiente reabsorción del exudado, es decir, entrando la enferma en pleno período de curación.

Lo verdaderamente raro del caso se halla más que nada, en la falta de tos durante el período agudo de la enfermedad, y aunque pudiera pasar como rareza de enfermo, sin ninguna importancia por lo demás, le ha llamado poderosamente la atención, porque en la actualidad se halla visitando otros dos enfermos de casi parecidas circunstancias, una señora de 60 años que ha visto en una población inmediata, y otra enferma parecida, ambas sin tos y con lesiones pulmonares idénticas.

Será casual dice, pero en una afección en que la tos parece ser el síntoma obligado, la falta de éste parece indicar un algo raro, imputable quizás á la marcha especial de la epidemia grippal que ahora reina.

Sr. Entrecanales.—No se explica bien la falta de tos ni la falta de disnea en el primer caso, cuya lesión ha sido tan extensa. No duda que haya sido una de tantas manifestaciones de la gripe actual; la gripe tiene cariño al pulmón y á las vías respiratorias, pero no cree que se tratara de una pneumonía franca, típica, sino de una pneumonía intermedia, sea una pneumonía exudativa ó una espleno-pneumonía.

Pudiera haber existido alguna manifestación pleural con derrame, por lo cual pregunta al Sr. Gil, cómo se encontraba el espacio de Traube.

Por lo demás, la tos falta muchas veces en los niños, y una enferma de 15 años, puede considerarse una niña, además de que el pulmón en sí, es poco tusígeno, siéndolo y mucho, la laringe, la pleura y los bronquios: no hallándose afectados estos órganos, cabe la falta de tos.

Díaz Emparanza.—Ha visto en estos últimos días, una porción de enfermos de pneumonía, sin encontrar estas rarezas. No cree por otra parte que el origen grippal sea causa bastante de la falta de tos. Este hecho que es raro por lo demás, quizás tenga explicación en los viejos.

Opina que el caso primero es de pneumonía típica pero que terminó por lisis.

Sr. Gil y Gorroño.—No encontró nada de particular en el espacio semilunar de Traube: la macidez como ya ha dicho comenzó por el ángulo de la escápula del lado izquierdo, corriéndose hacia abajo y adelante alcanzando á la totalidad del pulmón. El corazón se hallaba normal; el esputo primero que expelió la enferma, ya comenzando la defervescencia, era francamente pneumónica, y entiende que estas anomalías pre-

sentadas en el caso que expone, no son exclusivas de la grippe sino que pudiera ser una modalidad propia de la epidemia actual.

Sr. Entrecanales.—Llamándole mucho la atención, el caso presentado, sobre todo la falta de dispnea en una extensión tan grande del proceso flegmático, relaciona este caso con una esplenopneumonía, pues ésta principia, sigue y termina de una manera absolutamente igual al caso en cuestión.

La pneumonía franca termina por crisis, desapareciendo muy rápidamente la macidez.

Sr. Gil.—Jamás ha visto una pneumonía en la que al 8.º ó 9.º día desaparezca en absoluto la macidez: siempre persiste la macidez á la sub-macidez unos cuantos días.

Por lo demás, que el caso descrito sea el de una pneumonía franca.

Sr. Entrecanales.—Se aprecia si una sub-macidez, pero siempre el sonido á la percusión es mucho más claro: al mismo tiempo que se inicia el estertor de retorno, se va aclarando el sonido percibido por la percusión.

Sr. Díaz.—No ve de raro en este asunto nada más que la falta de tos.

Sr. Gil y Gorroño.—A él también ya le llamó la atención la falta de dispnea en un proceso tan extenso.

El tratamiento fué el siguiente: Se la puso al comienzo la quinina y una infusión de ipeca-cuana, que se la suspendió por hacerla vomitar y que se la sustituyó por una poción compuesta con benzoato de sosa, infusión de polígala y jarabe balsámico. También se prescribió la digital.

A la infusión de polígala se le añadió el creosotal y se le dió también el benzoato de amoniaco y al partir del 7.º día, se la puso un vejigatorio, y sea coincidencia ó sea lo que quiera, el hecho es que en aquel mismo punto se presentó al día siguiente el estertor de retorno, cuantas veces ha colocado un vejigatorio en aquella enferma, tantas veces en aquel sitio comenzaba la liquefacción del exudado.

El Secretario general,
C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 19 de Abril de 1907.

Preside el Sr. Camiruaga.

Con la asistencia de los Académicos Señores Alonso, Gil y Gorroño, Gil é Ibarzüengoitia, Landín, Díaz, Entrecanales, Saralegui, Sotero y Otaola, se dió comienzo á la sesión.

ABCESOS DE FIJACIÓN

Sr. Díaz.—Contestando á lo dicho por el Académico señor Entrecanales en la sesión anterior, dice que él tampoco profesa mucho entusiasmo por este procedimiento terapéutico, y que si lo presentó fué con objeto de estudiarlo y conocer la opinión de los señores Académicos, pero no con objeto de hacer una apología de aquel método ni mucho menos.

Por lo que respecta á la pneumonía, dice que es cierto pueda curarse en alguno de sus períodos aun sin emplear tratamiento alguno y entiende que en circunstancias especiales y durante la fase congestiva de la dolencia, hasta ha visto que una simple aplicación de sanguijuelas ha bastado para abortar la enfermedad. Pero los casos por él presentados se hallaban en un período avanzadísimo y con supuración, tanto que, abandonados á su suerte, hubieran terminado mal, por cuyo motivo se decidió á emplear la inyección de trementina con la cual, y en opinión suya, logró salvar la vida de aquellos enfermos. Los abscesos de fijación provocados en el primero ó segundo período de la pneumonía y seguidos de curación, pudieran justificar la crítica del Señor Entrecanales: cuando la dolencia pasa á un período del cual no puede esperarse más que una terminación funesta, la inyección de trementina, con buenos resultados, parece como que dá derecho á achacar á ella el buen resultado.

Por lo demás, este método tiene sus indicaciones, que con vendrá fijar y que seguramente se fijarán andando el tiempo, pero hoy por hoy, nos debemos limitar á considerarlo como un método de reserva.

Sr. Entrecanales.—Sin negar que este procedimiento pueda tener sus indicaciones, que él las cree raras y muy limitadas, apenas le considera de valor. El lo ha usado algunas veces, pero absolutamente sin resultado alguno.

No obstante, y ya que el método lo defiende el señor Díaz, persona para él muy prestigiosa y á la que tiene en mucha estima, admite que pueda dar resultado en algunas circunstancias.

Sr. Gil y Gorroño.—No se halla conforme con lo expuesto por el señor Díaz, acerca de que una aplicación de sanguijuelas pueda hacer abortar un foco pneumónico. Todo lo más, podrá hacer disminuir algo la congestión periférica, pero con ello no desaparece el verdadero foco.

Respecto de los abscesos y en lo que se refiere á la infección puerperal, no le han dado resultado alguno. Sin embargo la aparición de una mamitis en el curso de una de aquellas infecciones, determina casi siempre la curación de éstas ¿podrán asimilarse los abscesos de fijación á este proceso?

Otro tanto ocurre en ciertas pneumonías infecciosas, en las que, la formación de abscesos espontáneos, ocasionan la regresión y la curación del proceso primitivo.

Cita á este respecto dos casos demostrativos. La aplicación de vegigatorios en aquella dolencia, de la cual se muestra muy partidario, contrariamente á las corrientes de hoy en día, y seguida algunas veces por la presencia de abscesos, produce, según dice, una verdadera curación.

Sr. Entrecañales.—Cree algo exageradas las opiniones del señor Gil. Los vegigatorios tienen entre otros, los inconvenientes de producir una infección de la piel, que después de todo no es más que una nueva molestia añadida á las anteriores, y otro tanto puede decirse de los abscesos de fijación.

Respecto de la mamitis, dice que no le extraña la curación de la infección primitiva al aparecer aquélla, por la estrecha relación que existe entre los ovarios y la mama. Una infección de ésta, podrá ser capaz de restar infección al aparato genital.

Sr. Gil.—Los vegigatorios empleados prudentemente, no pueden dar mal resultado, y aboga por uno en los casos en que se hallan indicados.

Sr. Díaz.—Repite que no es estusiasta del procedimiento de los abscesos de fijación ni lo recomienda para que se emplee empíricamente.

Produce una verdadera hiperleucocitosis, y no resta leucocitos á la infección primitiva: no cree asimismo que sea una enfermedad nueva.

Tampoco cree que sea posible hacer abortar á la pneumo-

nía, sino que ésta es una enfermedad que tiende naturalmente á la curación.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA



Sesión ordinaria celebrada el día 11 de Abril de 1907

En el Salón de Sesiones del Colegio y bajo la presidencia del Sr. Alonso de Celada, se reunieron los Srs. Artaza, Aguirrezabala, Sastre, Saralegui y Bolivar.

Se leyó el acta de la sesión anterior, siendo aprobada.

Se dió lectura á una comunicación dirigida por el Sr. D. Alberto Onaindia, Farmacéutico de Ondarroa, á la Junta de Gobierno del Colegio, en la que rechaza las acusaciones que el señor Garramiola, formuló contra él anteriormente.

De la lectura de las escritos dirigidos al Colegio, por los referidos Srs., la Junta apreció, con sentimiento, existían entre ambos Farmacéuticos, hondas diferencias, difíciles de solucionar de modo satisfactorio y dentro de la armonía que entre compañeros debe existir y en consecuencia acordó solicitar de los mismos, una amplia autorización escrita, para la resolución del asunto, conformándose á acatarla y disponiéndose á compartir ambos Farmacéuticos, el suministro de medicamentos á la Compañía de mareantes para lo sucesivo.

Con relación á una comunicación dirigida por la Junta organizadora del Homenaje á Cajal, se acordó invitar á los Srs. Farmacéuticos de Vizcaya, por medio de LA GACETA MÉDICA DEL NORTE, á que contribuyan individualmente á dar mayor esplendor á dicho homenaje, suscribiéndose por la cantidad que estimasen conveniente. Así mismo se acordó que el Colegio como tal se suscribiera por la cantidad de pesetas 25.

Se leyó una comunicaci3n dirigida por la Comisi3n de homenaje al Dr. Sádaba, al Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, en la que invita á que éste Colegio contribuya á la suscripci3n abierta, con objeto de honrar la memoria del sabio

catedrático de Farmacia, esculpiendo su busto para colocarlo en el Laboratorio que él dirigió durante tantos años. Se acordó adherirse á este homenaje contribuyendo con la catidad de pesetas 25.

Con motivo del giro que ha tomado la pretensión de un grupo de Practicantes empíricos de Farmacia, para que se les conceda, por los Poderes Públicos, la creación de la carrera Oficial de Auxiliares de Farmacia, se trató de este asunto, haciendo resaltar los incalculables perjuicios que á nuestra profesión acarrearía la institución de dicha carrera Oficial, abriendo de ese modo una ancha puerta á la intrusión y aún á la anulación de los mermados medios de subsistencia de que hoy dispone el Farmacéutico; se acordó protestar enérgicamente, ante el excelentísimo Ministro de Instrucción Pública, contra dicha pretensión y adherirse á la instancia elevada por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, al Gobierno.

Se acordó convocar á todos los Sres. Farmacéuticos de Vizcaya para el día 29 de Mayo, que deberá celebrarse la Junta general ordinaria. Y se levantó la sesión.

Sesión ordinaria celebrada el día 9 de Mayo de 1907

Presididos por el Sr. Alonso de Celada, se reunieron en el salón de Sesiones del Colegio, las Srs. Sastre, Saralegui y Bolívar. Se aprobó el acta de la sesión anterior.

Se dió lectura á la protesta dirigida al Excmo. Sr. Ministro de Instrucción Pública, en la que se hace resaltar además de los incalculables perjuicios que acarrearía á la clase Farmacéutica la creación de una nueva carrera Oficial de Auxiliares de Farmacia, lo absurdo de dicha creación. Se dió cuenta de las adhesiones de gran número de Colegios de Farmacéuticos, á la protesta elevada por el de Vizcaya, con motivo de la resolución en contra de este Colegio, recaída en Enero último.

El Secretario,
JOSÉ BOLIVAR.

Colegio de Farmacéuticos de Guipúzcoa.—*Junta de Gobierno.*—En la reunión celebrada ayer por esta Junta de Go-

bierno, se dió cuenta de la circular recibida de ese Colegio, solicitando el imparcial juicio del nuestro, sobre la solución dada por el Excelentísimo Señor Ministro de la Gobernación al recurso de alzada interpuesto por el Señor Barrera, contra un acuerdo del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, relativo al cierre de las Farmacias durante ciertas horas de los domingos.

Todos los compañeros de Junta estuvimos unánimes en lamentar la conducta seguida por el Señor Barrera, desacatando un acuerdo del Colegio á que pertenecían y dando ejemplo de indisciplina; así como el fallo de la superioridad que puede dar lugar á nuevos desacatos á la autoridad de los Colegios.

Lo que participo á usted para su conocimiento.

Dios guarde á usted muchos años.

San Sebastián 12 de Abril de 1907. — *El Secretario*,
C. URTE.—V.º B.º—*El Presidente*.—A. MATILLA.—Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Soria.—Sr. D. José Alonso de Celada.—Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.—Bilbao.

Esta Corporación al penetrarse de la frecuencia con que se anulan algunas prescripciones legales y reglamentarias, que afectan á nuestra profesión, alentando de este modo el desorden y sembrando el caos y la rebelión, no puede menos de lamentarlo hondamente, como siente la preterición que ese Colegio ha sufrido con la R. O. de 17 de Enero próximo pasado, dejando sin efecto un acuerdo tomado contra un Colegiado insumiso y rebelde, y cuyo acuerdo estaba en las facultades que concede la Instrucción General de Sanidad á los Jurados profesionales ó en su lugar á las Juntas Directivas.

Se adhiere pues, este Colegio á lo dispuesto por ese de Vizcaya y protesta contra resoluciones que contribuyen á minar los cimientos del orden, unión profesional, mútuo respeto y prestigio del Cuerpo Farmacéutico.

Lo que tengo el honor de significar á usted en nombre de este Colegio.

Dios guarde á usted muchos años.

Soria 13 de Abril de 1907.—*El Presidente Accidental*, FERNANDO PEÑA —*El Secretario*, ANGEL LACALLE.—Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya.—Bilbao.

En números sucesivos iremos publicando otras comunicaciones recibidas sobre este mismo asunto.

BIBLIOGRAFÍA

La protección de la infancia abandonada, por Gerardo González Revilla. Obra premiada por la Academia de Derecho de Bilbao.

Esta obra de nuestro ilustrado compañero señor González Revilla, no requiere que movamos nuestra pluma para dirigirla las alabanzas que se merece.

La Academia de Derecho de Bilbao ha emitido ya su dictamen y nosotros aplaudimos la elección hecha por el digno Jurado que tan acertadamente supo resolver.

La infancia abandonada, objeto en los más cultos países de la protección que haya de salvarla tanto física como moralmente, ha estado en nuestra nación relegada al olvido. Se hace muy necesario que los sociólogos y legisladores fijen en ella su atención, siendo ésta una de las obras de mayor transcendencia para todos los pueblos. No es pues sólo un caso de altruismo, de caridad, sino un gran bien para la buena marcha y cultura de todos los Estados.

Lo que hasta ahora se ha hecho en nuestro país por la infancia abandonada es muy deficiente. La obra del señor Revilla viene á llenar esta inmensa laguna y por tan merítisima labor merece el aplauso de todos los hombres cultos.

Tarea larga sería un examen detenido de la obra del señor Revilla y en la imposibilidad de extendernos mucho, nos limitaremos á dar una ligera impresión de dicho trabajo.

El autor divide éste en diversos capítulos.

Enumera primero los organismos destinados á la protección de las madres y cuidados de los hijos, esto es, la protección del abandono físico; y después se ocupa más extensamente de la protección del abandono moral.

Atender á las madres pobres y clandestinas es atender á los pro-

ductos de su concepción, que han de formar luego las futuras sociedades.

Examina esta cuestión con amplio criterio desde los puntos de vista económico y social, siguiendo luego el mismo método al ocuparse del abandono moral, objeto principalísimo de la obra. *Mens sana in corpore sano*.

Señala la educación del niño como la base de su progreso moral, negando en absoluto la existencia del criminal nato de Lombroso, considerando que el niño bien educado escapa á la delincuencia; aunque luego, al examinar las causas de ésta, reconoce gran importancia en la herencia, señalando que la criminalidad infantil es debida en gran parte á las taras hereditarias producidas por el alcoholismo, la sífilis y la miseria fisiológica.

Ciertamente que la teoría de Lombroso, considerando al criminal como una variedad antropológica dentro de la especie humana está hoy en crisis; pero si nosotros no somos tampoco partidarios del tipo anatómico del criminal, sustituido hoy por la *predisposición al tipo* de Alemeney por el *tipo profesional de Tarde* y otros muchos, no dejamos tampoco de reconocer la herencia á distancia, llamada atavismo, que reproduce el tipo etnográfico del salvaje. Si á esto se unen las taras hereditarias antes mencionadas, no es posible negar que existe el criminal *nato*, psíquicamente considerado, esto es, la degeneración mental incorregible en la mayor parte de los casos sinó total, al menos principalmente por la educación. Evitar por escrupulosa selección el nacimiento de estos degenerados se hace indispensable.

Todos hemos conocido seres rebeldes desde su tierna infancia á los más hermosos principios de moralidad, siendo imposible enderezar sus torcidas inclinaciones apesar de la más ponderada y bien dirigida educación. Son criminales *natos*, degenerados mentales. Y viene á confirmar esta creencia el caso contrario, esto es, la inquebrantable tendencia al bien de muchas criaturas educadas en medio de la criminalidad.

El niño, ya lo reconoce el señor Rovilla, es un pequeño salvaje; todo en él son instintos crueles, inclinaciones á la maldad. Hasta los ocho ó nueve años y gracias á la educación, no comienzan á despertarse en él los buenos sentimientos y los actos morales, pero si tiene taras hereditarias ó degeneraciones mentales producidas por la miseria fisiológica, miseria que debe evitarse desde el claustro materno, no podrá en muchos casos ser corregido por la educación. Esta es indudablemente el más poderoso medio para evitar la delincuencia. En un extenso artículo que publicamos en esta Revista, bajo el título

de «Algo de psicología objetiva», al tratar del mecanismo del funcionamiento cerebral conforme á la teoría del amiboismo nervioso, púsimos de relieve, cómo influye la educación en la inteligencia, en la moral y en los hábitos humanos.

«En la niñez—decíamos—la educación orientada en determinado sentido, forma la célula cerebral con arquitectura específica y correspondiente al influjo ejercido por la enseñanza. Esta, si es buena, llegará al cabo de cierto tiempo, haciendo vibrar el protoplasma de la célula en determinado sentido, á construir un espongoplasma que marque una vibración fija al plasma líquido. Formada la buena educación, se necesitaría pues, que la enseñanza perversa persistiese mucho tiempo hasta obligar con sus nuevas vibraciones producidas en la célula, á que el espongoplasma de ésta se disloque y abra paso á la nueva dirección impresa al protoplasma.

La célula cerebral del niño, de poca consistencia aún, conserva flexible el espongoplasma y una influencia educativa que haga vibrar el protoplasma en otro sentido puede dislocar también la red del espongoplasma, señalando nueva orientación á las ideas.»

Reproducimos estas líneas para demostrar cuán grande influencia concedemos á la educación, considerándola como medida casi absoluta para evitar la criminalidad en el niño y en el adulto.

Los cerebros rebeldes pues á la educación moral, son cerebros enfermos, *criminales natos*, para los que se han hecho los manicomios y las casas de corrección; nunca las cárceles.

Pero si extinguiendo la miseria, cuidándonos para conseguirlo en primer término del abandono físico, y completando luego con la más sana moral la educación del niño, puede corregirse muchísimo la criminalidad castigada por el Código Penal, la otra criminalidad, la de los ricos, la de los grandes industriales, profesionales y negociantes que se realiza al amparo de la ley, ¿cómo la corregiremos?

Por el bienestar físico y por la educación se logrará arrancar á las cárceles muchos delincuentes, pero la educación mejor dirigida, la más vasta ilustración, no ha conseguido apartar por completo al hombre del delito; la delincuencia sigue ejecutándola fuera del alcance del Código penal. (1)

(1) Para evitar la delincuencia al amparo de la ley como fuera de ella, se utiliza también en nuestro estado, el temor de Dios, la sacrosanta religión católica. Pero el catolicismo no pesa como debiera en la conciencia de la humanidad y quizás teniendo esto en cuenta el señor Revilla, en su proyecto no es partidario del método escolástico. Sin duda ha leído aquella estadística de Lombroso que es como sigue:

Número de homicidios por cada 100.000 habitantes.

Italia.	93
España.	74
Austria.	25
Francia.	18
Alemania.	5 á 7
Inglaterra.	5 á 7

Lo que ocurre es que entre estas dos delincuencias, la salvaje y la culta, la primera trae consigo el atropello y el desorden social y la segunda es ordenada y sin violencias y no puede alcanzar nunca el desbordamiento alarmante de la primera. Por eso ésta es temible y la otra soportable y nunca considerada como verdadera criminalidad.

Por esto al tratar del delincuente, no nos ocupamos más que del que entra de lleno en los delitos penados por el Código.

Y para corregir éstos es indispensable la salud física y moral de los niños. El señor Revilla, en sus conclusiones, expone el proyecto que considera más beneficioso y realizable. El principal organismo que propone es la *Sociedad de protección á la infancia abandonada*. Esta Sociedad, á la que hablan de cooperar todas las clases sociales, bancos, círculos, industrias, etc., al formar su Junta para mayor desarrollo del proyecto, habría de dividir el trabajo en *Protección física y Protección moral*.

En cuanto á Bilbao se refiere, enumera luego los servicios sin la *Casa de Expósitos*, Maternidad, Beneficencia Domiciliaria, etc., que pudieran contribuir á la realización del proyecto.

La iniciativa privada á la que el señor Revilla da mucha importancia en su proyecto, es á nuestro juicio la que podrá realizar la Protección de la infancia sin que se olviden las Corporaciones y el Estado, que desde luego no hablan de negar su apoyo.

El señor Revilla, que ha sabido prestar á su obra no sólo interés científico, sino también amenidad literaria, termina su excelente libro con las siguientes frases que resumen su pensamiento.

«Que no se olvide que á los niños debe recogerseles pronto para librarlos y colocarlos á buena hora; que en la misma casa deben tener cabida pocos niños; que los grupos ó *familias*, bajo la responsabilidad de una misma persona, deben ser de cortos contingentes; que la vida agrícola debe predominar sobre la vida industrial; que la preparación para el servicio de las familias, es mejor que el aprendizaje de una profesión libre; que la vigilancia debe ser estrecha; que el niño debe confiar en que saldrá más pronto si se enmienda, prometiéndole la libertad condicional, y que la última etapa de la protección, el Patronato, debe cuidarse esmeradamente para que no se pierdan los beneficios obtenidos.»

Mucho celebraríamos que la villa de Bilbao llevara á la práctica este benéfico proyecto de protección de la infancia abandonada.

SECCION PROFESIONAL

Por el señor Director del Instituto Municipal de Vacunación, don Adrián de Unibaso, nos ha sido remitida la siguiente

NOTA CURIOSA

Según el folleto publicado por el Ministerio de la Gobernación, titulado «Datos históricos sobre vacuna», resulta que la primera población de España donde empezó á hacerse uso de la vacunación fué Puigcerdá, en Enero 5 de 1801, por el Doctor Don Francisco Pignillen, socio de varios Cuerpos literarios y Médico de dicha villa.

Síguele Hellín, cuyo Médico titular don Pedro Martínez, empezó á hacer uso de la vacuna en Agosto de 1801, continuando otras poblaciones sucesivamente.

Bilbao, con respecto á este particular, fué también una de las primeras poblaciones que aceptó sin reparo el uso de la vacuna, según se desprende de la contestación dada á un interrogatorio formulado para la formación del Censo de población en el año 1802, en cuya adición ó preguntas políticas sobre la población, se incluía la siguiente:

15

Si se ejecuta en ese pueblo la inoculación y vacunación de las viruelas; si se ha ejecutado ¿cuáles han sido los efectos; y si no se ejecuta, si es la causa el no conocerse este preservativo, ó el no prestarse los padres á que sus hijos logren este beneficio?

CONTESTACIÓN

Don Ignacio Ruíz de Lusuriaga, natural de esta Villa y Médico de Madrid, remitió á Bilbao el virus vacuno á principios de Agosto de 1801, á Don Justo Antonio de Ugalde, Cirujano titular de esta Villa y vacunó éste con él á un niño llamado Santos de Acha, que pasó la vacuna con toda felicidad, pero que no se propagó por entonces hasta que habiendo vuelto á enviarla dicho Lusuriaga, se vacunó á la hija de Don Lope de Mazarredo, llamada Ventura, y de ella se propagó á los demás con tanta ra-

pidez, que pasan ya de 500 los niños vacunados por dicho señor Ugalde y de otros 800 más por el mismo señor Mazarredo, que para facilitar la propagación ha empleado todos sus desvelos y con la misma rapidez se ha difundido también en el resto del Señorío, aunque no con tanta como en Bilbao, que le ha provisto de virus vacuno, como así bien, aparte de la Rioja y Castilla, la Montaña y otras provincias.

Ha sido menester poca persuasión para que los padres presatasen sus hijos á ser vacunados, pues ya la inoculación de las viruelas contagiosas estaba bastante introducida en Vizcaya, por tanto, no ha habido que vencer ninguna preocupación en lo general y sus efectos han sido los más favorables, pues se ha notado que muchos niños cuya constitución ha sido débil, se han fortalecido después de la vacunación: se ha ejecutado ésta igualmente en tiempo caluroso como frío y siempre se ha notado una regularidad admirable; no solo han sido vacunados los niños, sino también muchos adultos de ambos sexos y no han tenido novedad ni aun aquéllos á quienes su estado obligaba á emplearse en trabajos duros y aún hidráulicos, que les precisaba á estar la mayor parte del día metidos de medio cuerpo abajo en el agua.

El virus vacuno se ha conservado siempre en este pueblo y siguen diariamente siendo vacunados todos los que se presentan á recibir este beneficio.

Congrès des Hygienistes Municipaux.—(*Lyon, mai 1907*)

Le «Sweating-System» et la loisur la protection de la santé publique, par le **Dr. Lucien-Graux**.

Le Dr. Lucien-Graux, directeur de la *Gazette médicale de Paris* vient de s'élever dans une communication au Congrès des Hygiénistes, municipaux de Lyon contre les dangers que le «Sweating-system» ou travail á domicile fait courir á la santé publique. Il a apporté de très nombreux faits á l'appui de sa thèse et a conclu que, sans se préoccuper des répercussions économiques et sociales du Sweating-system et en se tenant seulement aux conditions d'hygiène et de salubrité on pouvait dire que cette pratique était essentiellement dangereuse pour les ouvriers comme véhicule possible des maladies contagieuses. Il importe donc d'y metre bon ordre. Deux moyens s'offrent á nous, l'un

tiré de la loi sur la réglementation du travail dans l'industrie, l'autre des lois de 1902 et de 1903 sur la protection de la santé publique.

Les textes relatifs à la réglementation du travail paraissent certes intéressants mais inopérants, notamment en ce qui concerne la surveillance et le contrôle des dispositions édictées.

Reste à faire appel aux lois sanitaires. Ici nous nous trouvons en présence d'une organisation très complète de Conseils et de Comités locaux, de Commissions sanitaires de la circonscription, enfin (dans les villes de plus de 20.000 habitants et dans les stations thermales de plus de 2000) de l'institution puissante des Bureaux d'hygiène.

Il est hors de doute que l'administration doit trouver auprès de ces organismes un concours très actif pour assurer la protection immédiate des travailleurs, médiante du consommateur. Cette intervention de la loi sanitaire, ne se justifie pas seulement au point de vue des résultats à acquérir mais également au point de vue des applications juridiques dont elle se réclame.

Dans ces conditions, le Dr. Lucien-Graux estime qu'il est indispensable d'exercer sur les ouvriers qui appliquent le Sweating-system, la double surveillance de l'inspecteur du travail et des organisations sanitaires. C'est à ce prix seulement que l'on pourra assurer une protection efficace de la santé publique.

Voici les vœux proposés au Congrès par le Dr. Lucien-Graux.

1.° Aucun local, quel qu'en soit la destination et l'usage, (du moment que des êtres humains doivent y séjourner et y vivre un certain nombre d'heures; soit de jour, soit de nuit,) ne doit être soustrait aux dispositions d'habitabilité édictées en vertu des lois générales sur la protection de la santé publique et notamment de la loi du 15 février 1902.

2.° L'inspection du travail ne doit intervenir que pour l'application des conditions spéciales dans lesquelles peuvent être utilisés les travailleurs (durée, nombre d'ouvrier, etc.) et pour assurer les précautions nécessaires pour parer aux dangers professionnels qu'ils peuvent courir.

3.° Son action doit à ce point de vue être étendue à la protection des ouvriers travaillant dans leur domicile, qu'ils utilisent ou non le concours d'autres ouvriers.

Cólico hepático y catarro gástrico, tratados eficazmente por el lavado del estómago con hidrozono, por el Dr. H. Francis Weisman de New York, E. U. A.

El paciente, ingeniero de profesión, de buena estatura y buen peso, de unos 45 años de edad y de temperamento nervioso, ha su-

frido intensamente de cólicos hepáticos y de catarro del estómago durante varios años, y aunque dotado de un buen apetito ha padecido este enfermo de frecuentes ataques de vómitos, expulsando gran cantidad de moco y bilis.

Además de los síntomas anteriores, estaba sujeto á ataques periódicos de cólicos hepáticos, los cuales eran de una intensidad tal, que me indujeron á atribuir su enfermedad á la presencia de cálculos biliares. Ninguno de los medicamentos que le fueron prescritos desde el 5 de Enero de 1904, lograron obtener un buen resultado y entretanto los ataques periódicos y agudos llegaron á presentarse con mayor frecuencia, cada cuatro ó cinco semanas.

Habiendo leído en varios periódicos profesionales alguuas observaciones clínicas, en las cuales se recomendaba calurosamente el Hidrozono y el Glicozono para el tratamiento de las enfermedades del canal gastro-intestinal, me resolví á prescribir el Hidrozono antes de las comidas y el Glicozono después de ellas en distintas dosis, no habiendo sin embargo obtenido ningún beneficio apreciable después de unos dos meses de tratamiento. Durante ese tiempo suministraba asimismo cada quince días una dosis de aceite ricino, y al acostarse todas las noches el aceite de olivo.

El paciente fué debilitándose rápidamente hasta que sobrevino un nuevo cólico hepático á principios de Abril de 1904, demostrándose ya que aquel tratamiento no era capaz de dominar la causa del padecimiento. Entonces fué cuando me resolví á apelar al lavado del estómago con una solución de Hidrozono.

El tratamiento fué comenzado el 5 de Abril con 100 gramos de Hidrozono y cerca de uno y medio litros de agua caliente, lavando el estómago cada tres días durante todo el mes de Abril, y cada dos días durante el mes de Mayo con esta solución, habiendo entonces aumentado á 150 gramos el Hidrozono, título que se conservó durante todo el tratamiento subsecuente. Durante el mes de Junio el estómago fué lavado cada día, en Julio cada cuatro y en Agosto y Septiembre una sola vez cada semana.

Desde fines de Abril la mejoría era bien aparente, pues la cantidad de moco y de bilis era mucho menor. En Septiembre el beneficio obtenido probaba de una manera concluyente que no se había usado en vano. El tratamiento al interior había sido encomendado al Glicozono, dos cucharaditas cafeteras antes y después de cada alimento, y cada tres semanas una buena dosis de aceite de ricino. Desde esa época, Abril 5 de 1904, el paciente no ha vuelto á sufrir ningún cólico hepático, y en la actualidad está disfrutando de buena salud.

Los resultados que he obtenido en este caso son tan halagadores, que hoy recurro exclusivamente al Hidrozono y al Glicozono en todas las enfermedades del estómago, y creo que con excepción de las perturbaciones que sobrevienen por la presencia de un neoplasma maligno situado en cualquier punto del aparato digestivo, todos los otros casos pueden tratarse con éxito, de la manera indicada.

DR. F. H. WEISMAN.

New York, 218 E. 17 th St.

Imp. y Enc. de Miguel Aldama, Berástegui, núm. 2.—BILBAO

ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD

Defunciones por causas, por edades y por sexos, ocurridas en Bilbao durante el mes de Abril de 1907.

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

CAUSAS DE LAS DEFUNCIONES	De 0 á 1 año		De 1 á 4 años		De 5 á 19 años		De 20 á 39 años		De 40 á 59 años		De 60 en adelante		Edad desconocida	Resumen			
	Nomenclatura internacional abreviada		V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		V.	H.	Total	
	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.		H.	V.	H.	Total
Fiebre tifoidea (tifus abdominal)																	
Tifus exantemático																	
Fiebres intermitentes y caquexia palúdica																	
Viruela								1								1	
Sarampión																	
Escarlatina				1												1	
Coqueluche																	
Difteria y crup				1	1											2	
Grippe									1			1				2	
Cólera asiático																	
Cólera nostras																	
Otras enfermedades epidémicas																	
Tuberculosis pulmonar				1	1	2	3	8	5	5	1	2	3		18	13	31
Tuberculosis de las meninges	1	1	2	2	1	1									4	4	8
Otras tuberculosis				1											2	1	3
Sifilis															1		1
Cáncer y otros tumores malignos									2		1	1	2	1	5	2	7
Meningitis simple										1	1	1			3		3
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral	3	1	4	1				1	1	1			1		9	3	12
Enfermedades orgánicas del corazón								1		1		2	8		4	8	12
Bronquitis aguda								1	2	1	2	3	6		5	10	15
Bronquitis crónica	3	2	2	2											5	4	9
Pneumonia				1						1			2		2	2	4
Otras enfermedades del aparato respiratorio	4	3	2	1	1	6	2	4	5	4	4			18	18	36	
Afecciones del estómago (menos cáncer)				1						1		1			2	1	3
Diarrea y enteritis								1							1		1
Diarrea en menores de dos años	2	3				1	1								1	2	3
Hernias, obstrucciones intestinales													1			1	1
Cirrosis del hígado									1	1					1	1	2
Nefritis y mal de Bright								1	1						1	2	3
Otras enfermedades de los riñones, de la vejiga y de sus anexos																	
Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer											3				3		3
Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperal)																	
Otros accidentes puerperales																	
Debilidad congénita y vicios de conformación	4	3													4	3	7
Debilidad senil													2			2	2
Suicidios																	
Muertes violentas								2							2		2
Otras enfermedades	5	2	2	1	1	1	2		2	2	2	1		14	7	21	
Enfermedades desconocidas ó mal definidas												1			1		1
TOTALES POR SEXOS.	18	16	17	13	5	9	28	13	18	12	21	28	..	107	91	198	
TOTALES POR EDADES.	34	30	30	30	14	41	41	41	30	49	49	198	198	198	

DEMOGRAFÍA

NACIMIENTOS					NACIDOS MUERTOS					DEFUNCIONES
LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	
V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.		
90	119	22	20	251	7	4	..	1	12	