Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV | Bilbao—Octubre—1908 | Núm. 166

EL PARTO EN LOS MONSTRUOS DICÉFALOS CUADRIBRAQUIOS

POR EL DR. CARMELO GIL É I.

Si el estudio de las anomalías de conformación interesa al teratólogo y al anatomo-patólogo, para conocer las variedades é investigar las causas que presiden su formación, no es menos interesante para el tocólogo, en lo que se refiere al diagnóstico, al mecanismo, al pronóstico, tanto materno como fetal y á las intervenciones que pueden hacerse necesarias el practicar.

A pesar de su interés, el estudio clínico de este asunto se ha encontrado en un relativo abandono; Playfair en 1867 y Herrgott en 1886, se lamentan de ello; el segundo. comienza su memoria «Des l'accouchement dans les cas de foetus thoracópages» con las siguientes palabras tomadas de la obra de Playfair. «El mecanismo del parto de los monstruos dobles y la conducta que ha de observar el tocólogo en estos casos ha llamado poco la atención de los autores, sin duda, por haber considerado este asunto más que importante, desde el punto de vista práctico, curioso.»

Es claro que como dice Bertino, (1) el estudio anatómico detallado de la monstruosidad, al poner de manifiesto las diferencias entre ella y el tipo normal, pondrá de relieve también las variantes del mecanismo del parto en uno y otro caso: pero ciertamente este estudio no basta por sí solo y es preciso completarlo con la atenta observación del parto en estos singulares casos, para conocer con qué fuerzas auxiliares, procedentes de la naturaleza ó del arte, podemos contar para llegar á for-

(1) Alessandro Bertino.—Cont ibuto allo studio del parto nell' anencefalia é nell'idrocefalia. Annalli di Ostetricia é Ginecologia.—Novembre 1900.

SGCB2021

mular la ley general ó al menos valida para la mayoría de los casos, á la que la singular variedad anatómica se ha de sujetar durante el parto.

Han hecho estudios clínicos bastante detallados, algunos de ellos, con motivo de casos por sí mismos observados, entre otros, los siguientes autores: Hohl (1), Tarnier (2), Joulin (3), Playfair (4), Kleinwachter (5), Corradi (6), Veit (7), Herrgott (8), Truzzi (9).

Entre los monstruos dobles voy á considerar aquellos, que con el nombre de toracodidimos, ó toracópagos, esternópagos, xifópagos, y toraco-gastrópagos, están esencialmente constituídos por dos cuerpos fetales, bastante bien individualizados y distintos y solamente unidos en un espacio más ó menos extenso de la región anterior toraco-abdominal.

Dos casos recogidos por los Dres. Goiri y Diez á quienes no sólo debo agradecer los datos clínicos que me han proporcionado, sino también los dos preciosos ejemplares que poseo ilustrarán este artículo.

Podía haberme ocupado en describir anatómicamente los monstruos é ilustrar la descripción con notas y confrontaciones bibliográficas, tomando argumentos para examinar la tan debatida cuestión de la génesis de los monstruos compuestos, recordando los argumentos adoptados en pro ó en contra de las doctrinas de la *unidad primitiva*, de la *dualidad primitiva*, de la *radiación de Rauber* y de la *bifurcación de Gerlach;* pero á separarme de tal propósito y tratar el tema de un modo clínico, ha contribuído, de una parte, el pensar que mejor que el estudio de simple casuística, con el examen anatómico más ó menos minucioso de los monstruos ya formados en una época avanzada del embarazo, como aquí se presentaban,

(1) Hohl.—Die Geburten missgestalteter, kranker und todter kinder. Halle, 1850, et Lehrbuch der Geburtshülfe, p. 547, 1862.

(2) Tarnier.—Des cas dans lesquels l'extraction du foetus est nécesaire, p. 173.—Paris, 1860.

(3) Joulin.—Des cas de dystocie appartenant au foetus, p. 89.—París, 1863.

(4) Playfair.—Obstetric. Transact. vol. VIII, p. 300.—Londres, 1867.

(5) Kleinwachter.—Die Lehre von den Zwillingen.—Praga, 1871.

(6) Corradi.—Dell,obstetricia in Italia.—Bolonia. 1874.

(7) Veit.—Ueber die Leitung der Geburt bei Doppel missgeburttn, in Sammlun.—Klinischer Vortrage, números 164 y 165.—Leipzig, 1879.

(8) Herrgott.—De l'accouchement dans les cas de foetus thoracopages.

(9) Truzzi.—Distocia rara per mostro doppio, autossita, mononfalo, del genere xifopago Annali di ostetricia é ginecologia.—Marzo-Aprile, 1890.

SGCB2021

puede guiar á este objeto, los estudios de anatomía comparada y las investigaciones de teratología esperimental de Valentín, de Panum, de Dareste, de Leo Gerlach, de cuantos en suma han estudiado la producción artificial de monstruosidades por medio de lesiones mecánicas, térmicas, respiratorias, ejercidas sobre el embrión ó el huevo; y de otra, lo interesantes que desde el punto de vista clínico resultan ambos casos, el uno, por no presentar dificultad alguna al parto; el otro, por presentarlas de gran cuantía.

Para el estudio del mecanismo, diagnóstico, pronóstico é indicaciones del parto del grupo de monstruos dobles en que se hallan incluídos los ejemplares cuyos dibujos reproduzco, han propuesto los autores diferentes clasificaciones.

La sorprendente facilidad con que en algunos casos se verifica el parto de estos monstruos, se debe á condiciones especiales; las tres siguientes, que pertenecen al producto de la concepción son las más importantes:

1.ª *El escaso desarrollo del monstruo,* por no ser de término ó por otra causa.

2.ª *La fusión muy íntima* de los dos cuerpos fetales, como sucede en los casos de monstruos diprosopos, dipigos, cefalotoracopagos, los cuales forman un todo casi único, de proporciones un poco mayores á las de un solo feto que esté bien desarrollado.

3.ª Existe una condición enteramente opuesta á la anterior, y es una lacia ó limitada unión de los dos cuerpos, bien individualizados, y la consiguiente *recíproca separación* de los dos fetos, que permite la salida, primero de uno y después del otro.

Teniendo en cuenta la influencia de estos factores, y en particular el grado de fusión y recíproca separación de ambos fetos, y siendo por otra parte el mecanismo del parto bastante constante en sus efectos, han podido los tocólogos reunir las diversas formas de monstruos dobles en varios grupos fundamentales, é idear á la manera de Playfair y Veit, una clasificación que puede llamarse Obstétrica, en contraposición á las múltiples y variadas hechas por los teratólogos sobre una base *anatómica.*

La clasificación de G. Saint-Hilaire, exclusivamente anatómica, no puede ser utilizada para un estudio clínico. Jacqué-

SGCB2021

mier, Tarnier y Cazeaux, han tratado de simplificarla, examinando los casos, según que la adherencia de los fetos se realiza por la cabeza, por las nalgas ó por el tronco. Corradi distingue los *dicéfalos*, los *tricéfalos*, los *tóraco-gastrópagos* y los *isquiópagos* con dos subdivisiones. El profesor W. Vrolick, de Amsterdam, después de manifestar que la clasificación científica de las monstruosidades es impracticable, por ser demasiado confusa, divide los monstruos dobles en tres clases, á saber:

a) Los que se hallan unidos por su parte anterior.
b) Los que se hallan unidos por su parte posterior.
c) Los unidos por el costado.

W. S. Playfair, dice, desde el punto de vista obstétrico, podemos fijar nuestra atención en cuatro variedades principales de monstruosidades dobles, que son mucho más frecuentes que las otras, á saber:

A.—Dos cuerpos casi distintos, unidos por el torax ó abdomen en una extensión más ó menos considerable.

B.—Dos cuerpos casi distintos, unidos por el sacro y parte inferior de la columna vertebral.

C.—Los monstruos bicéfalos, con un solo cuerpo y dos cabezas distintas.

D.—Los cuerpos separados hacia abajo, pero las cabezas unidas en todo ó en parte.

Esta clasificación, escribe Playfair, «no comprende todas las variedades de monstruos que se han observado. Abraza sin embargo, todas las que pueden ocasionar dificultades durante el parto y todos los casos que he reunido pueden colocarse en uno ú otro de sus grupos.»

La clasificación del insigne tocólogo inglés tiene el no escaso mérito de ser muy sencilla y de fácil recuerdo; pero desde el punto de vista del mecanismo, muchas formas de monstruos dobles, ó no están comprendidas en ella, ó bien pueden confundirse con otras, cuyo mecanismo del parto es completamente diferente. Así, en rigor, no se sabe en cual de los cuatro grupos incluir el caso relativamente frecuente de que exista fusión más ó menos completa de las dos cabezas y de los dos troncos fetales, como ocurre, por ejemplo, en los monstruos dipigo, cefalotoracópago y (según la clasificación de Geoffroy St. Hilaire,) en los monstruos sicefalianos (janiceps,

SGCB2021

iniope, sinoto), en los cuales la uión no está limitada á la cabeza, sino extendida de ordinario á toda la parte supraumbilical de los dos troncos, y en los monocefalianos (deradelfo, toradelfo, ileadelfo, sinadelfo) en quienes la aparente unidad de la cabeza es acompañada de la fusión del tronco por lo menos en su parte supraumbilical.

Pero si se quiere comprender estos monstruos en el grupo cuarto (D) de la clasificación de Playfair, es decir, entre aquellos formados de dos cuerpos separados en la base, y parcial ó completamente reunidos al nivel de la cabeza, y si se trata de reunir los dipigos y los cefalotoracópagos con los monstruos craniópagos, resulta que acumulamos en un mismo grupo, monstruos, con los cuales el mecanismo del parto es de ordinario algún tanto diferente.

Los monocefalianos con fusión más ó menos extensa del tronco, se encuentran bien incluídos en la clasificación de Tarnier (1), que distingue los fetos adherentes según que la unión se realice por la cabeza, por las nalgas ó por el tronco; subdividiendo el último de estos grupos en dos géneros, conforme el monstruo sea monocéfalo ó dicéfalo.

La clasificación que he de seguir, es la debida á Veit y á O. Küstner, que siendo esencialmente clínica, es al mismo tiempo una de las mejores y se encuentra citada en gran número de tratados de obstetricia (Schroeder, Charpentier, Lusk, Müller, Tarnier, Budin, etc.)

Veit sintetiza las variadas formas de monstruos dobles en los grupos siguientes: (2)

Grupo primero.—Este primer grupo comprende: 1.º Los *diprosopos*, es decir, los monstruos que tienen una voluminosa estremidad cefálica compuesta de dos cabezas fusionadas con dos caras, un solo tronco de volumen ordinario, dos brazos y dos piernas (iniodimos, opodimos, etc); 2.º. Los *cefalotoracópagos* (sicefalianos, janiceps, etc.) con dos cabezas fusionadas en una sola y gruesa extremidad cefálica, dos troncos soldados por el torax, pero independientes á partir y más abajo del ombligo, cuatro brazos y cuatro piernas; 3.º. Los *dipigos*, que tienen una cabeza y un torax único y normal, dos extremidades

(1) Tarnier.—Loc. cit., pag. 173.

(2) Veit.—Loc. cit.

SGCB2021

pelbianas que se separan á partir del ombligo, dos brazos y cuatro piernas.

Grupo segundo.—Comprenden en este grupo los monstruos dobles, débilmente unidos, ya por la extremidad cefálica (craniópagos) ya por la extremidad pelbiana (isquiópagos).

Grupo tercero.—En él están incluídas las diversas especies de dicéfalos y de toracópagos con dos cabezas distintas (xifópagos, esternópagos, ectópagos, psodimos, xifódimos, deródimos, etc.) Tienen un carácter común que explica su reunión en una misma categoría y que tiene una real importancia tocológica; es que en estos fetos dobles, después de la salida de una cabeza, las otras partes fetales quedan en el útero colocadas transversalmente como en presentación de espaldas y hacen por esto el parto difícil ó imposible, por los solos esfuerzos de la naturaleza.

Por tanto, conviene establecer dos subdivisiones fundadas en el grado de movilidad que los fetos guardan el uno con relación al otro. Si la fusión de los dos troncos es estrecha, ya la movilidad será restringida, el parto será laborioso, á menos que los gemelos no sean muy pequeños ó estén muy reblandecidos.

Por otra parte, Veit y Küstner, lo mismo que Playfair, han agrupado los esternópagos ó xifópagos y los derodimos y han hecho en ellos una subdivisión; insisten en que los derodimos ó (bicéfalos) que ellos llaman dicéfalos dibraquios, nacen más difícilmente que los xifópagos ó esternópagos, que designan con la decominación de dicéfalos cuadribraquios.

Forman por lo tanto la subdivisión siguiente:

A.—Dicéfalos cuadribraquios (xifópagos, esternópagos, xifodimos).

B.—Dicéfalos dibraquios (derodimos).

Grupo cuarto.—Comprende los tricéfalos.

Expuestas las principales clasificaciones obstétricas que se han hecho de los monstrnos dobles, adopto la de Veit y Küstner por creerla la más completa de todas y paso á ocuparme de los monstruos incluídos en la subdivisión A, del grupo tercero, en la que se hallan incluídos los ejemplares que poseo.

* * *

Monstruos dicéfalos cuadribraquios (xifópagos, esternópagos, xifodimos).—De igual modo pudiera incluirse en este sub-

SGCB2021

grupo, el monstruo con el que forma el nuevo género de los xifoisquiópagos el Dr. Duloroy. (1)

Son los monstruos dobles más frecuentes. En la estadística de 31 casos reunida en 1867 por Playfair, 19 pertenecían á esta categoría. (2) Veit, en el trabajo que publicó en 1879 sobre la conducta que ha de seguirse en los partos de esta clase de monstruos cita 30 observaciones, una personal, de monstruos toracópagos, y en la «Storia della Teratología de Taruffi» (3) solo los monstruos xifópagos hasta 1885 figuran en número de 39.

Los monstruos dobles se presentan, según Braune, citado por Inveifel, una vez en cada 90.000 partos.

Respecto á la frecuencia de uno ú otro sexo existe la ley de Meckel, no por todos aceptada y que supone un predominio del sexo femenino en caso de monstruosidad. (4)

Posteriormente á las estadísticas de Taruffi y Veit, se encuentran gran número de descripciones en revistas y monografías especiales, así como en tratados un poco extensos de anatomía patológica y teratologia.

El modo de unión de las distintas variedades de toracópagos resulta bastante favorable al mecanismo de la salida de los cuerpos, porque si bien la separación angular de la parte superior de los mismos, es menor en extensión, que la que corresponde á los pigópagos, resulta amenudo suficiente para que se realice el movimiento de evolución que ejecutan éstos; por otra parte, siendo la unión de los dos cuerpos menos íntima y menos fija, que la que por fusión de los dos sacros se observa en los monstruos pigópagos, la separación de los toracópagos en el sentido de su eje longitudinal, es más extensa y facil. De aquí resulta, que en caso de presentación podálica, se evita más fácilmente el simultáneo encajamiento de las dos cabezas en la escavación pelviana; si una de ellas desciende antes, sucede como en los casos de Brie (5), de Molas (6) y de Bruch

(1) Duloroy.—Monstres doubles et dystocie foetale «Bulletín de la Société Anatomique. Avril, 1895

(2) Playfair.- Loc. cit., pag. 303

(3) Taruffi.—Loc. cit., pag. 508

(4) Meckel.—Comm. de duplicitate monstruosa, p. 14 «Lex est generalis, paucis tantum exceptionibus subiecta, monstrua foeminin longe saepius occorrere masculinis».

(5) Brie.—Bulletins de la Faculté de Médicine.—Vol. IV. y en Obstetric. Franct. Vol. VIII. p. 304.

(6) Molas.—En: Dugés. Mém. de l'Acad. méd. Tom. I: y en: Obstetric. Transact. Vol VIII p. 304.

SGCB2021

(1), que con fuertes tracciones sobre el tronco fetal ya expulsado, se hace más fácil anticipar el descenso de aquella cabeza que corresponde á la pared posterior de la pelvis, que si se tratara de un monstruo pigópago, en el que existe un forzado paralelismo de los dos cuerpos por su íntima fusión al nivel de la región sacra.

La separación de los monstruos toracópagos alcanza en el género xifópago un grado tan notable, que permite á los fetos presentarse en sentido inverso en el momento del parto, uno por la extremidad cefálica y el otro, por la podálica (casos de Harley (2), de Montgomery (3), de Biaudet (4) y de Schroeder (5); puede uno aún encontrarse uno de ellos en totalidad fuera del canal genital, en tanto que el otro, debido al enorme puente que los une, se halla dentro de las partes de la madre.

(*Continuará*)

CIRUGÍA URINARIA EN SAN PEDRO DE LONDRES

Hoy hemos presenciado una operación de las más discutidas y que es tema obligado de los Congresos de Cirugía de estos últimos cuatro años.

Se trata de la prostatectomia transvesical, que hecha por Freyer, es de una simplicidad y sencillez maravillosas; más que intervención quirúrgica pareec un juego de magia.

Mr. P. J. Freyer es un cirujano joven, fuerte, expresión enérgica, alta talla, aún conserva la apostura militar como resabio de su antigua profesión.

Llama la atención en este cirujano la escasa importancia que da á los métodos de antisepsia y asepsia.

Su sala de operaciones parece un bazar médico-farma-

(1) Bruch.—«Vereinsbl. der pfalzische Aerzte». 1888.—En Frauenarzt. Hft. 10, 1888 p. 553.

(2) Harley.—The Brit. Med. Journal, 17 aprile 1875.

(3) Montgomery.—Philsdelphia Med. Times, 1 mayo 1875.

(4) Biaudet y Bugnion.—Revue medicale de la Suisse Romande, 1882, N. 3 marzo.

(5) En Kleimwachter· «Die Lehr. von Zwillingen» Praga 1871, pg. 201.

SGCB2021

céutico pobre. Un cuarto rectangular; adosado al muro de fondo y parte del lateral derecho, hay una vitrina que encierra una gran cantidad de cálculos de todos tamaños y formas, así como la arenilla de las litotricias, que conserva en copas de cristal cuidadosamente etiquetadas: pasarán de 2.000 los cálculos coleccionados como ejemplares notables; en el muro opuesto un ancho ventanal que ilumina la sala, mesas de madera y cristal y vitrina para los objetos de cura é instrumental. La calefacción se lleva á cabo por medio de una chimenea ordinaria á carbón; ésta se halla adosada á la pared lateral izquierda; en su centro, á ambos lados, un lavabo á dos grifos para los cirujanos y un pequeño cuarto en comunicación directa con la sala, que contiene una fregadera de gres y aparatos de esterilización.

Pende del techo, que es elevado, un grueso tubo de metal que sostiene tres lámparas eléctricas.

Una mesa de madera con juego mecánico para el cambio de posiciones, montada sobre cuatro ruedas, completa el total del mueblaje.

Por fin, á las dos y media de la tarde, llega Freyer á la sala de operaciones (el cloroformista saca la mesa fuera) sólo, sin el cortejo de ayudantes ni admiradores. Se despoja de su americana, cuello y puños, se coloca una blusa corta y un mandil impermeable; lávase rápidamente las manos con jabón, agua y la solución de lisol.

Vuelve el enfermo sobre la mesa de operaciones, anestesiado y preparada ya la región. Coje el bisturí Freyer y antes de incindir da una lijera explicación sobre la historia del enfermo.

Se trata de un prostático de unos 75 años, que debutó con los primeros síntomas de prostatismo hará 20 años; ha sufrido dos intervenciones, de talla hipogástrica una, perineal la otra. Hace el lavado de la vejiga del enfermo é inyecta unos 400 ó 500 gramos de líquido; se levanta la sonda.

Operación.—Enfermo en posición horizontal. El opera-

SGCB2021

dor á la derecha del paciente. Una primera incisión que comprende piel, tejido celular subcutáneo, las aponeurosis de los rectos; la incisión parte á dos ó tres traveses de dedo por debajo del ombligo y termina á dos centímetros largos del borde superior del pubis.

Segunda incisión pequeña sobre la vejiga; sale el líquido que contiene y separa el cuello por medio de una sonda de goma uretral que queda hasta el final de la operación

Introduce el índice derecho, no protejido, en el recto, el izquierdo en la vejiga, raspa la mucosa vesical con la uña en el punto más prominente del tumor prostático y principia las maniobras de enucleacion; el dedo izquierdo trabaja de izquierda á derecha en el espacio separable entre la cápsula propia y la lámina genital; extrae con las pinzas de cálculos y en un solo bloc, una masa tumoral en el que se ven, un enorme lóbulo medio recubierto en la porción supero-posterior de la cubierta propia en la porción anterior de la uretra prostática, donde se perciben el verumontanum y la terminación de los conductos eyaculadores y en la porción inferior de la masa los dos lóbulos prostáticos pequeños. Reconoce la cavidad prostática desalojada y ejerce en ella un masaje hemostático.

Por la sonda uretral hace pasar líquido caliente, unos cinco litros, hasta que el agua sale por la herida hipogástrica completamente limpia.

Un punto de sutura en la porción superior de la incisión, que comprende la piel y las aponeurosis de los rectos de ambos lados; coloca un ancho tubo de drenaje (dos centímetros de diámetro) que llega á la cavidad vesical y por la parte superior une á la piel mediante suturas latero-laterales; estrechas mechas de gasa en la parte inferior de la herida; puntos de sutura complementarios en la piel. Comprueba de nuevo si hay hemorragia, haciendo un lavado; levanta la sonda uretral y da por terminada la operación. Total de duración diez minutos.

Explica ampliamente la operación, presenta la pieza

SGCB2021

extraída y resuelve las objeciones y dudas de los asistentes.

He de advertir que la intervención la ha llevado á cabo con tan solo un bisturí y cuatro agujas, nada de pinzas, separadores, etc. No ha tenido necesidad de ayudante.

A continuación y con una rapidez asombrosa opera dos enfermos de cálculos úricos vesicales por el método de la litotricia.

El procedimisnto empleado es el siguiente: Llena la vejiga con 150 gramos de líquido (anestesia clorofórmica) pasa dos beniques de grueso calibre, é inmediatamente el litotritor de Bigelow. La extremidad curva del litotritor va en busca de la pared postero-inferior; una vez reparado atrae hacia fuera el instrumento cerrado, lo apoya fuertemente sobre la cara inferior y el litotritor queda en posición vertical y perpendicular al eje del cuerpo.

Al deprimir la pared inferior forma un fondo de saco abre el litotritor, levata hacia el cuello la rama dentada (rama macho), mientras que la hembra queda fija formando la pared inferior del fondo de saco; el cálculo por la acción de la gravedad cae á la cavidad artificial, cuya pared inferior lo forma la hembra y no hay más que empujar la rama macho, cerrar y dar principio al desmenuzamiento.

Se repite la operación hasta que el litotritor, al explorar, no encuentre algún fragmento grueso en las proximidades de la dicha cavidad.

Hace la aspiración y termina la operación después de algunos lavados de vejiga. (No deja sonda permanente).

La prostatectomia que hoy he visto hace el número 556 de la estadística de Freyer; los resultados post-operatorios indudablemente son mejores y no se hacen esperar tanto como en la prostatectomia perineal.

La mortalidad en manos de Freyer es de 4 ó 5 por 100 mientras que las estadisticas francesas acusan un 8 ó un 12 por 100.

SGCB2021

Muchos de sus operados cuentan 70 ú 80 años de edad.

Su estadística de tallas y litotricia pasa de 1.600.

¿Cómo explicar esta escasa mortalidad con relación á las estadísticas francesas?

A mi juicio no se debe á otra causa que á la rapidez adquirida en la especialización.

El Hospital San Pedro, de Londres, está exclusivamente dedicado á las enfermedades del aparato urinario. El movimiento de enfermos entre asilados y los de la consultación externa, ha sido en 1907 de 36.969.

Todos los casos relacionados con la especialidad, que se presentan en la consulta de Cirugía de otros hospitales, son enviados á dicho hospital y aquí, aun dentro de la especialidad hay una nueva división de trabajo, siendo Freyer el cirujano que casi exclusivamente se dedica á la parte inferior del aparato urinario.

Londres 16-9-08.

JESÚS DE ARRESE.

REVISTA EXTRANJERA

Los síndromes patológicos, por el Dr. Marcel Labbé. —La medicina, como todo conocimiento humano sujeto á las reformas impuestas por la observación real y positiva, no ha podido menos de evolucionar saliendo de los estrechos límites que la anatomía patológica le había señalado.

El partir, en todo caso de una lesión primordial para explicar y tratar un trastorno patológico posponiendo á la fisiología anormal representada por un conjunto de síntomas constituyentes de un síndrome, que precede á aquélla, no podía continuar imperando, por su falsedad clínica demostrada.

Aunque realmente los estudios anatomo-patológicos que han precedido á la época médica actual, son causantes de un fecundo pro-

SGCB2021

greso, su carácter absorbente y sistemático ha dado lugar á interminables discusiones sobre las clasificaciones de las enfermedades del hígado y los riñones principalmente.

Si ojeamos un libro de patología, nos encontramos con que las afecciones están clasificadas, según su asiento anatómico, naturaleza y grado de la lesión. Las enfermedades respiratorias se señalan, por ejemplo, con los nombres de laringitis, bronquitis, traqueitis, bronconeumonía y neumonía representantes del punto inflamado en el árbol aéreo.

La sistematización es más intensa al tratar de las enfermedades del hígado, en donde se distinguen las congestiones, cirrosis y tumores. Divídense las cirrosis en atróficas é hipertróficas, según el órgano esté ó no aumentado de volumen. El Dr. Charcot, uno de los más autócratas en medicina, estableció, bajo el punto de vista histológico, una distinción absoluta entre ambas cirrosis, llamándole á la primera, cirrosis anular, multilobular, extralobular, de origen venoso; y á la segunda, cirrosis insular, monglobular, á la vez que extra é intralobular y de origen biliar.

Igual manera de clasificar se observa en las nefritis.

Pero la clínica no ha tardado en dar á conocer, por ejemplo, que la cirrosis de Laennec, con su hígado pequeño, ascitis, ausencia de ictericia, etc., no constituye una enfermedad opuesta á la cirrosis hipertrófica de hígado abultado, sin ascitis é ictericia, como quiera que se han visto cirrosis atróficas acompañadas de ictericia é hipertróficas complicarse con ascitis. El Dr. Dieulafoy ha hecho resaltar estos casos intermedios y demostrado el desacuerdo clínico con el anatómico. Entre los tipos extremos ha tenido ocasión de observar las cirrosis mixtas, constituyendo una prueba más contra las clasificaciones anatomo-patológicas.

La historia de las nefritis ha pasado igual suerte que las afecciones mencionadas.

La discordancia expuesta, es mayor todavía al no poder juzgar por el resultado de las autopsias, porque las lesiones que apreciamos después de la muerte, son muchas veces alteraciones tardías que se han desarrollado en el último período de la enfermedad.

Los síntomas morbosos que marcan el principio de una enfermedad, por muy acentuados que estén, no corresponden á lesión alguna

SGCB2021

que podamos descubrir con los medios de investigación conocidos. Ahora bien: para explicar de alguna manera este desacuerdo, los médicos han inventado los períodos premonitorios de las enfermedades, anteponiendo la sílaba *pre*, á muchas de éstas. Así existen, la precirrosis, pretuberculosis, preataxia y otras, expresiones que parecen indicar una evolución fatal que carece de existencia verdadera.

Nada hay más superficial y engañoso, en general, que las lesiones viscerales, que se aprecian en individuos que sucumben por una enfermedad infecciosa aguda ó son víctimas de una muerte repentina.

¿Es acaso bastante el que se desarrollen algunas finas granulaciones para explicar la muerte por meningitis?

¿Y cómo viven largo tiempo individuos cuyo encéfalo se halla afectado de lesiones profundas y extensas?

Se halla probado que la existencia de trastornos funcionales considerables, intoxicaciones y reacciones intensas que han concluído con la vida del enfermo, no han dejado rastros apreciables sobre los órganos de la economía.

En suma: la anatomía patológica no puede anteponerse á la clínica, ni nos da la explicación de síntomas morbosos. Las investigaciones bacteriológicas que han individualizado definitivamente cierto número de enfermedades, en los entusiasmos desarrollados á primera hora, hicieron creer que toda la medicina iba á fundarse en la bacteriología. Pero pronto se vió, que si bien es indispensable su conocimiento coadyubante para descubrir los índices de afecciones específicas que adulteran los órganos, no son la llave de los citados morbosos y de la terapéutica.

La medicina se orienta hoy día, hacia la fisiología. Los síntomas sólos ó agrupados en síndromes, son el resultado de la abolición ó viciación de una función fisiológica.

Lo que vemos detrás de un síndrome clínico, no es ciertamente la lesión anatómica, sino el trastorno funcional. Así, los accidentes que sobrevienen á los cirróticos y nefríticos, no son la consecuencia de la lesión epitelial ó intersticial del hígado ó el riñón y sí el índice de un trastorno ocurrido en alguna de sus funciones. La ictericia es la consecuencia de una hipersecreción biliar con reabsorción del segregado y lo mismo puede aparecer en un cirrótico que en otro enfermo exento de hepatismo.

SGCB2021

Los accidentes urémicos, en lugar de clasificarse anatómicamente, se definen hoy fisiológicamente: es decir, que á las uremias respiratoria, digestiva ó nerviosa, sustituyen con las hidropigena y seca según haya edemas y derrames serosos ó se manifiesta por un estado de postración cercano del coma. La primera es debida á una insuficiencia de eliminación de los cloruros por el riñón, constituyendo el síndrome de retención, y la segunda, á incompleta eliminación azoada, representada por el síndrome de retención uréica.

Estos síndromes de retención obran por su acción mecánica ó tóxica, y aislados ó asociados, pueden aparecer en las dos formas de nefritis.

El conocimiento de los síndromes nos lleva de la mano á una terapéutica fisiológica. Así, los accidentes urémicos serán tratados, no con el objeto de restaurar el epitelio renal ó de disolver el tejido escleroso, lo cual en el día es imposible, sino de impedir la retención clorurada ó azoada, introduciendo en el organismo el mínimun de cloruros ó de substancias azoadas que el riñón no puede eliminar.

Numerosos ejemplos clínicos pueden exponerse en demostración de cuanto queda dicho, y no lo hacemos por no dar una gran extensión á este artículo y causar el cansancio en nuestros lectores, cuya mayoría se hallan ya al corriente de ellos.

En resumen, se llega á la conclusión de que el síndrome domina la clínica y la terapéutica.

Buscar los síntomas, agruparlos en síndromes que revelen un trastorno fisiológico, elevarse á la lesión anatómica y causa morbosa, son las etapas sucesivas que todo clínico debe recorrer en el conocimiento médico de una enfermedad.

Sin embargo ¡hay muchos casos en que no podemos pasar del síndrome, tales como en el asma, epilepsia, angina de pecho, anemia y otros, en los cuales no llegamos á descubrir la lesión ni la etiología!

Conténtese entonces el médico con reconocer su ignorancia, sin inventar palabras explicativas huecas de sentido, como el denominarlas *enfermedades esenciales*.

La noción del síndrome penetrando el mecanismo fisiológico, suministrará las bases de un tratamiento, mientras que la lesión orgá-

SGCB2021

nica fijará las del pronóstico y en muy reducido número de casos, la etiología podrá indicar la terapéutica aplicable.

La tendencia médica actual es la de agrupar los síntomas en síndromes fisiológicos anormales y buena prueba de ello son las ideas expuestas desde 1881, por el Dr. Landouzy en el Hospital de la Caridad, de París, demostrando que el asma, epilepsia y angina de pecho no son entidades morbosas, sino reacciones funcionales, siempre sintomáticas, de una causa conocida ó desconocida.

El Dr. Grasset ha consagrado dos volúmenes muy interesantes para clasificar las afecciones nerviosas en síndromes, obra facilitada por la sistematización bien definida del aparato nervioso.

El Dr. Gilbert y sus discípulos, han separado de las afecciones hepáticas el síndrome de hipertensión portal, la colemia y los síndromes de hiper é hipopatia.

En las nefritis crónicas, el Dr. León Bernard ha dividido, basándose en la fisiología, en síndromes de impermeabilidad é hiperpermeabilidad renales.

El Sr. Widal ha separado claramente, entre los accidentes de la uremia, los que revelan una retención clorurada de los que acusan otra de carácter urèico.

Los Sres. L. Bernard y Bigart, han distinguido dos estados funcionales opuestos, de las glándulas suprarrenales, denominándolos hiperhepinefria é hipohepinefria y más tarde Váquez y Josué han indicado los accidentes que resultan del exceso de las funciones suprarrenales.

El bócio exoftálmico y el mixedema, considerados hasta hace poco como lesiones opuestas del cuerpo tiroides, son en el día tenidos como síndromes hipertiróideo é hipotiróideo.

El Dr. Marie ha dado á conocer la acromegalia, debida à una lesión del cuerpo pituitario.

Últimamente Thaon y Azam, han tratado de caracterizar, bajo el punto de vista fisiológico, las insuficiencias funcionales de la hipófisis y Renon ha demostrado que el síndrome de ella, toma parte en las enfermedades agudas.

Los Sres. Chauffard y Widal, distinguen las ictericias por retención debida á una afección biliar, de las de origen hemolítico y familiar.

SGCB2021

Por mi parte he demostrado con P. Bezançon, que la clorosis, anemia perniciosa y púrpura, no son entidades morbosas, sino síndromes clínicos debidos á ciertas lesiones de la sangre. La hemofilia se halla ligada á menudo á una insuficiencia del plasma sanguíneo.

Aplicando el mismo criterio á los trastornos nutritivos, considero á la diabetes como un síndrome determinado por el estado de hiperglicemia é hiperglicistia.

Por lo tanto, ante los hechos contradictorios expuestos, ya no cabe, como en tiempo de Laennec, de llamar *antorcha de la clínica á la anatomía patológica*, sino que también la fisiología la guía, no tan en absoluto como debiera, pues en el estado actual de la ciencia biológica, no puede pretenderse el explicar completamente la patología por la fisiología.

La electrolisis en los angiomas y especialmente de

Fig 1.

los situados en la región parotidea, por el Dr. P. Redard.

—Los progresos verificados en las aplicaciones eléctricas, han pro-

SGCB2021

porcionado á la terapéutica un refuerzo incontestable, gracias á su sencillez é inocuidad.

Por sus efectos locales, trátanse los carcinomas superficiales, por la fulguración, y los angiomas á beneficio de corrientes progresivas de 10,20 á 30 miliamperios.

Hemos tratado por la electrolisis numerosos angiomas pulsátiles graves de la órbita, lengua, región y parotidea y cara, habiendo observado su acción rápida y exenta de accidentes.

Ved aquí representada una de nuestras últimas conquistas clínicas:

Una niña de once meses, se nos presenta con un enorme tumor parotideo derecho, ocupando la región temporal y el carrillo (fig. 1.) y cuya aparición data de la edad de dos meses.

La piel no presenta nada particular distinto del abultamiento y estiramiento sufridos por el tamaño del tumor. Al tacto se percibía una sensación de blandura y falsa fluctuación en ciertos puntos.

Por la compresión, disminuye bastante de volumen. Los gritos y los esfuerzos producen una enorme hinchazón y endurecimiento.

A simple vista se notan una expansión y latidos isócronos con el sístole cardíaco: por palpación, auscultación simple ó con estetoscopio, se percibe un ruído de *thrill*, de soplo sobre todo, marcado durante el sístole cordial.

Se trataba, sin duda alguna, de un angioma pulsátil, difuso y arterial de marcha rápida é invasora.

Comenzamos el tratamiento con la introducción profunda de seis agujas positivas en la periferia del tumor fig. 4.

Se hace pasar una corriente de 40 miliamperes durante tres minutos.

Las agujas se retiran con las precauciones que luego se señalarán. Algunas gotas de sangre aparecen en las picaduras. Al cabo de algunos minutos, cuando toda salida de sangre ha cesado, se lava el sitio con alcohol y se hace una cura de oclusión con una tela impermeable y adhesol. El todo se cubre con algodón aséptico y se mantiene por medio de una venda.

Sin reacción alguna, á los pocos días el tumor aumenta de volumen endureciéndose á la vez, y las pulsaciones disminuyeron.

A los quince días se practicó otra sesión electrolítica igual á la anterior y la niña se fué á su provincia con la familia.

SGCB2021

En este momento, el angioma se transformó en una masa dura, desapareciendo los latidos y el ruido de *thrill*.

Cada tres meses se ejecutaron dos series de picaduras electrolíticas con algunos días de intervalo. En las últimas sesiones se practicaron algunas picaduras en el centro del angioma.

El tumor disminuyó rápidamente de volumen, sin tener que lamentar accidente alguno, y desapareció completamente al cabo de cinco sesiones.

En el sitio por él ocupado, se percibieron nudosidades fibrosas muy duras. La piel no presentó cicatriz alguna, quedando lisa, blanca y normal.

Examinada la niña 18 meses después de cesado el tratamiento, quedó curada (fig. 2.)

Fig. 2

Iguales resultados hemos visto en angiomas graves de la lengua, párpados, órbita y en los casos complicados de vegetaciones de la piel.

SGCB2021

En los seis casos de angiomas de la región parotidea, el nervio facial, cuidadosamente defendido de las agujas, no ha sufrido lesión alguna. El tejido tumoral, bajo la influencia de la electrolisis, se retrajo, esclerosándose, obliterando los vasos y lagos sanguíneos.

No hay intervención quirúrgica, en nuestra opinión, que pueda compararse en eficacia é inocuidad á la electropuntura y en particular en estos últimos, por su gravedad, fundada en sus relaciones con el nervio facial y los vasos carotideos.

La ligadura de la carótida empleada sola ó combinada con la inyección del licor de Piazza, es un medio peligroso poco recomendable.

Técnica.—Deben aproximarse los polos á fin de poder emplear altas tensiones, sin corrientes derivadas ni dolores vivos. Hay necesidad de obtener coágulos duros, adherentes, que obliteren rápidamente los vasos además de la acción esclerógena sobre los tejidos vecinos. Se debe obrar al mismo tiempo, sobre muchos puntos del angioma, empezando por su periferia, de forma que se vayan suprimiendo todos los vasos que alimentan el tumor. Estos son, pues, los fundamentos del tratamiento eléctrico.

Esta técnica perfeccionada descarta algunos de los inconvenientes que se le han imputado á la electrolisis, particularmente el dolor y la derivación durante el paso de la corriente, alargando el tratamiento.

Desde el año 1890 empleamos la electropuntura unipolar positiva, que da coágulos duros adherentes y esclerosa los tejidos muy pronto.

Los hilos conductores son lijeros, flexibles, bien aislados, algunas veces divididos en la extremidad que se pone en contacto con las agujas, en dos, cuatro, ú ocho, fig. 4. Así puede actuarse con varias agujas sobre zonas extensas.

Dichos hilos se unen, por un lado, á una pila de corriente conti-

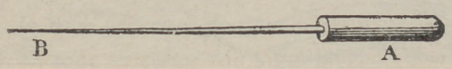

Fig. 3

nua provista de un galvanómetro sensible y de otro, el hilo del electrodo positivo, en general dividido, á las agujas: el negativo, á dos placas ó anillos de forma diferente, según los casos.

Nuestas agujas, (fig. 3.), de oro ó platino, finas, agudas, y bas-

SGCB2021

tante resistentes, de un diámetro de medio milímetro, poco más ó menos, y de una longitud de 5 á 10 centímetrss, son desnudas y carecen de todo barníz protector. No lesionan la piel, si la corriente no pasa más que en algunos minutos y no hemos encontrado hasta el presente ningún medio práctico de aislamiento.

Las placas y los anillos están constituídos por una lámina de metal, zinc ó estaño, delgada, flexible, recubierta de una piel de gamuza y que se adapta bien á las regiones operadas. Son lo más anchas posible, de forma que se pueda obtener una gran superficie de contacto, lo cual disminuye notablemente los dolores ocasionados por la corriente.

Así mismo, aproximamos mucho la placa negativa á las agujas positivas hundidas en el angioma, realizando una electrolisis local.

La disposición concéntrica de los polos, es muy útil para el tratamiento para la electropuntura de los angiomas del cráneo, cara y región parotídea.

La placa negativa (fig. 4) perforada en el centro, toma la forma de

Fig. 4

anillo con bordes aplanados y anchos. Recubierta de piel de gamuza, puede ser sujetada por dos cintas. Las agujas positivas se clavan cerca del borde interno ó en el centro.

La electrolisis local evita las difusiones dañosas de la corriente hacia los centros ó los gruesos troncos nerviosos: suprime, en parte, el dolor y no impide el utilizar altas tensiones para actuar con energía y precisión.

SGCB2021

Las placas y anillos tienen diversas formas y disposiciones, según la región que se opere.

La forma en media luna, conviene en los angiomas de los párpados y cavidad orbitaria (fig. 5).

En los labios, lengua, boca y regiones vecinas usamos la forma de placa representada en la (fig. 6).

Fig. 5

Fig. 6

Los angiomas de los párpados necesitan el dispositivo indicado en la (fig. 7).

Una espátula de cuerno introducida debajo del párpado lo levanta y aleja del globo ocular.

Cuando el angioma es voluminoso y ocupa una gran extensión, preferiremos lo indicado en la (fig. 8).

Una pinza de Snellen, recubierta de un barníz protector, sujeta el párpado entre sus dos ramas y le separa del ojo evitando toda derivación de la corriente sobre el nervio óptico. Una placa negativa se aplica sobre la región supraorbitaria y las agujas se introducen en el angioma.

La presión con la pinza citada permite operar sin miedo al derrame sanguíneo.

La misma disposición es muy útil para la electrolisis de los angiomas profundos de la cavidad orbitaria. Gracias á la pinza de Snellen los párpados quedan separados, las agujas rectas ó curvas se clavan

SGCB2021

fácilmente siguiendo la curva esclerotical huyendo de los nervios y vasos importantes.

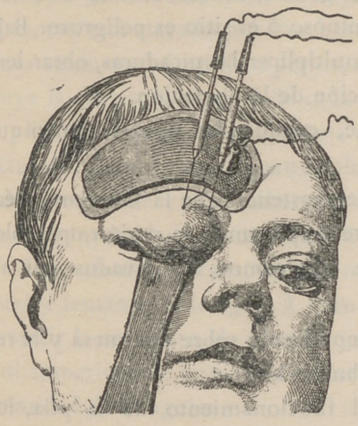

Fig. 7

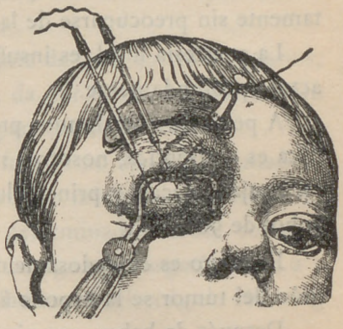

Fig. 8

Para los angiomas de la lengua y cavidad bucal, hemos adoptado en varios casos el plan representado en la (fig. 9).

Un cono de madera con hendiduras, colocado entre los dientes del lado opuesto al tumor, mantiene la boca abierta: una pinza coge la lengua y se tira de ella para descubrir bien el tumor: una placa

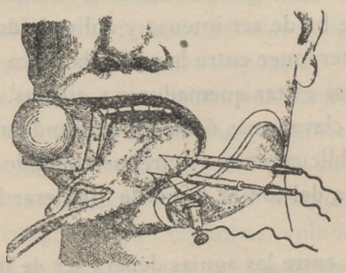

Fig. 9

ancha que rodea la región maxilar inferior y suprahiodea, constituye el polo negativo. Las agujas positivas se clavan según costumbre y reglas establecidas.

Para la electrolisis de los angiomas del labio superior, la placa negativa tiene una forma alargada y lijeramente acanalada y se aplica en toda la superficie sana del labio.

SGCB2021

En los angiomas de la frente y raíz de la nariz, el electrodo negativo adopta la forma de media luna, análoga á la de la fig. 7.

Manual operatorio.—La anestesia general es útil cuando el enfermo es indócil, el angioma es voluminoso ó el sitio es peligroso. Bajo la acción clorofórmica, se pueden multiplicar las picaduras, obrar lentamente sin preocuparse de la duración de la operación.

La anestesia local es insuficiente, cuando las agujas tienen que actuar profundamente.

A pesar de que algunos pretenden sostener que la corriente eléctrica es antiséptica, nosotros siempre aseptizamos la región operable, las agujas, placas y principalmente empleamos los lavados con alcohol de 90°.

El sujeto es cuidadosamente inmovilizado sobre una mesa y la región del tumor se la expone á una buena luz.

Después de haber examinado el funcionamiento de la pila, los hilos se fijan sólidamente á los dos polos y después á las agujas y placas.

La placa, préviamente metida en agua caliente salada, se la fija en la inmediación del tumor ó á su alrrededor lo más cerca posible del mismo y fuera de los nervios y de las regiones sensibles. Se la sujeta exactamente por dos tiras ó lazos ó un ayudante que debe hacer presión moderada é igual, evitando toda dislocación.

Si la corriente ha de ser intensa y aplicada durante cierto tiempo, es prudente el interponer entre la piel y la placa una ó dos capas de yezca mojada, para evitar quemaduras y escaras.

Las agujas se clavan más ó menos profundamente, según los casos, en general oblícuamente y circunscribiendo en las primeras sesiones la periferia del tumor, á fin de obliterar los principales vasos que le nutren.

La separación entre las agujas deberá ser de tres milímetros, poco más ó menos, cuidando que se mantengan paralelas las unas á las otras, no debiendo jamás tocarse por sus puntas. Se las sostiene é inmoviliza aislándolas por medio de bolas de algodón.

La punción con la aguja debe hacerse con gran atención y guiada por los conocimientos anatómicos de la región para no herir vasos y nervios importantes.

Clavadas las agujas en el tumor, el electrodo negativo inmovili-

SGCB2021

zado y bien sujeto sin presión exagerada sobre la región elegida, se pone en marcha el manipulador con gran lentitud, hasta alcanzar 10, 20, 30 ó 40 miliamperios, de cuya última cifra no se debe pasar. Si el tumor está atacado por muchas agujas á la vez, la corriente debe llevarse de 30 á 60 miliamperios, en razón á la división que disminuye la corriente al nivel de cada aguja.

De nuestras experiencias, una corriente de 30 á 40 miliamperios, actuando durante tres á cuatro minutos, da por resultado un coágulo duro, resistente y muy adherente á las paredes de los vasos.

Las intensidades más débiles ó más fuertes no dan ese resultado.

Después de un transcurso de tres ó cuatro minutos, en general, se vuelve lentamente la aguja á cero. En determinados casos, solemos invertir la corriente, de manera que se obtenga una negativa de 4 á 5 miliamperios que impide la excesiva adherencia del coágulo á la extremidad de la aguja.

Esta práctica que nos ha sido criticada por peligrosa y expuesta al síncope, jamás nos ha dado accidente alguno que lamentar.

Las agujas las retiramos suavemente imprimiéndolas un movimiento de rotación con los dedos. Si salen algunas gotas de sangre por los orificios de las agujas, se ejerce una compresión con una bola de algodón.

Lavada luego la región con alcohol, se hace una cura oclusiva con badrucha engomada, recubierta de adhesol y algodón.

Es inútil la compresión circular del angioma.

Las sesiones de electrolisis no deben ser cercanas. Después de obtenida la detención circulatoria y el endurecimiento del tumor en las primeras sesiones, no se interviene más que cada quince días ó un mes, guiándose para ellas por los efectos obtenidos.

Hemos obtenido curaciones de angiomas voluminosos en tres ó cuatro sesiones, desde que empleamos muchas agujas que actúen en la periferia del tumor atajando la circulación rápidamente.

Cuando la piel se halle invadida y conserva una coloración roja al fin del tratamiento, se hacen picaduras superficiales, múltiples y cercanas con una aguja negativa y una corriente de 10 á 12 miliamperios.

La psicoterapia gráfica en las abulias y psiconeurosis, par el Dr. Berillon.—Las abulias son el resultado de una asociación de estados de conciencia variados. Sobresalen entre ellos

SGCB2021

la indecisión, sensación de impotencia para cualquiera acción y sobre todo, la dificultad de fijar la atención en una cosa determinada.

A dichos síntomas, difíciles de analizar y apreciar, suelen añadirse otros de comprobación más precisa, como por ejemplo: la desaparición del gusto para la lectura y la disgrafía.

Desde hace años vengo observando que los verdaderos abúlicos tienen ambas manifestaciones y por tanto, á enfermos de ese género, debe siempre preguntárseles, si tales alteraciones padecen.

Cuando el sujeto gusta en leer y escribir, el pronóstico es favorable; pero si aborrece el leer y especialmente el escribir, el caso es grave, porque empeora y nada se consigue. En cambio, la vuelta progresiva de las aptitudes señaladas, son los mejores anuncios de curación.

Por lo tanto, hay que fomentar en lo posible el gusto de leer y escribir.

Los ejercicios á los que debe sujetarse al abúlico serán progresivos y constan.

1.º Ejercicios de escribir al dictado.
2.º » » » copiado.
3.º » » voluntariamente.

Hay que exigir la mayor aplicación á estos ejercicios. Trátase, en efecto, de poner en movimiento todo el mecanismo mascular y esencialmente motor de la atención dirigida y aplicada.

Las frases destinadas á ser dictadas ó copiadas, representan un papel importante: el médico deberá, por tanto, escojer modelos adecuados á las necesidades del enfermo. Lás máximas y pensamientos, tendrán conexión con ideas relativas á conservación de la voluntad, educación del carácter, coraje, fuerza moral, alegría, etc., para suscitar en el espíritu doliente una idea derivativa capaz de desviarlo de las habituales preocupaciones.

Son tales los resultados obtenidos con los ejercicios de escritura aplicada sistemáticamente ejecutados para auxiliar el tratamiento de las abulias, ideas fijas, obsesiones y aún preocupaciones hipocondríacas, que no titubeo en reclamar la instalación de una sala de escritura en todas las casas de salud dedicadas á enfermedades nerviosas y asilos de alienados.

La demostración de los progresos realizados en el estado mental

SGCB2021

del enfermo, se halla en los cuadernos. A medida que desaparecen los desórdenes nerviosos, vuelve la escrittra más firme y sostenida.

Tratamiento de los acnés, por el Dr. Jeanselme.—*Tratamiento general.*—Laxantes, carbón, magnesia. *Nada de antisépticos intestinales.* Alimentación: carnes sin salsas ni condimentos; hortalizas; frutos cocidos ó muy maduros. Bebidas: agua pura ó té. Alimentos prohibidos: grasa de puerco, grasa de ganso, peces del mar, carnes conservadas, caza y quesos fermentados.

A los sujetos linfáticos: hidroterapia, baños salados, aceite de bacalao, preparaciones arsenicales.

A los anémicos: ferruginosos.

A los artríticos: preparaciones alcalinas.

Tratamiento local.—Por la noche aplícase la siguiente pomada:

Azufre precipitado	1 á 3 gramos
Manteca de puerco ó cold-cream .	80 »

ó la siguiente loción:

Azufre precipitado	5 á 20 gramos
Glicerina neutra	10 »
Alcohol alcanforado.	30 »
Agua	50 »

Al día siguiente, lávase con agua caliente.

Si la irritación producida por los tónicos azufrados está muy fuerte, puede espaciarse la aplicación, alternando con el siguiente producto:

Óxido de zinc	10 gramos
Talco	10 »
Vaselina.	10 »

Tratamiento de varias formas de acné.—*Acné puntuado:* extraer el *comedón* apresurándolo con las uñas; limpiar con jabón de sosa ó jabón negro, con cautela.

Acné pustuloso: Una cucharadita de levadura de cerveza antes de comer; pulverizaciones de agua hervida por la mañana y por la noche, durante 20 minutos. Si dicho tratamiento no proporciona resultados satisfactorios, hay que abrir las pústulas por medio de un escarificador chamuscado ó con la punta fina de galvanocauterio.

Acné hipertrófico: hay que echar mano del tratamiento quirúrgico, siendo necesario descortezar los tejidos enfermos.

SGCB2021

Acné queloidiano: El tratamiento está incierto. Las escarificaciones en *cuadrillaje* son á veces salutares, pero cuando el mejoramiento está lento, hay que suspender el tratamiento.

A veces las queloides reabsórvense espontáneamente, cuando no están muy irritadas; basta entonces protegerlas con un emplasto de óxido de zinc, exclusión de los de Vigo y de Vidal por ser muy irritantes.

DR. IGNOTUS.

Crónica Médica Mundial

Alemania.—La primera reunión de los Médicos Miembros del Congreso Esperantista de Dresden, tuvo lugar ayer, (19 de Agosto) acudiendo á ella muchas y distinguidas personalidades médicas que hablan correctamente el idioma internacional auxiliar. El Dr. Dor de Lion, Delegado oficial del Congreso de Oftalmología, que se celebró en Madrid el año 1903, es elegido Presidente, y Secretario el Dr. León Zamenhof hermano del inventor del «Esperanto».

El Dr. Krukowski, de Varsovia, se ocupa del importante órgano de la profesión «La Voz de los Médicos» haciendo atinadas observaciones sobre el gran servicio que presta y ha de prestar á la Ciencia, como lo prueba el número de suscripciones que á diario hace de Médicos Polacos, Franceses, Rusos, Ingleses, Alemanes, Americanos, Españoles, etc. Varios de los presentes hablan sobre el número de ejemplares que anualmente debe publicar «La Voz de los Médicos» y después de algunos trabajos preparatorios, entre ellos la creación de una Sociedad Universal de Médicos esperantistas propuesta por el Doctor León Zamenhof, se levanta la sesión después de leído el Reglamento provisional por el que ha de regirse dicha Asociación.

DR. BRIQUET

Austria.—Con respecto á la segunda reunión que se celebró el 21, el Dr. Skalkowski nos da algunos detalles por teléfono, entre ellos la aprobación del Reglamento de la Unión

SGCB2021

Universal de Médicos cuyo órgano será nuestra revista. En el número próximo seremos más extensos.—La Redacción de «La Voz de los Médicos, Lwov.

Polonia rusa.—Organización de los Médicos esperantistas.—Esta organización es muy necesaria, pero ante todo, conviene formar grupos nacionales para después fundar la Asociación Universal de Médicos, la cual ha de reportarles algún beneficio si procuramos que las relaciones entre los profesores de todo el mundo sean un hecho y de este modo conseguiremos, poco á poco que triunfe nuestro ideal, esto es, la adopción del «Esperanto» en los Congresos Médicos.

DR. ROBIN.—Varsovia.

Australia—Soy esperantista desde poco ha; sin embargo desearía leer obras de Medicina escritas en el idioma inventado por el Médico Zamenhof y entablar correspondencia con Médicos de otras naciones.

DR. HOWLE PAMBULO.

Congresos Médicos para el mes de Octubre.—Del 7 al 11, Congreso internacional para la asistencia á los alienados.—Viena. Del 3 al 4, Congreso internacional de la Sociedad de Urología.—París. Congreso internacional para el seguro del obrero.—Roma.

JORGE S. HITA.

La Arboleda, Septiembre, 1908.

BIBLIOGRAFÍA

Tratado de Anatomía Topográfica, con aplicaciones médico-quirúrgicas, por L. Testut y O. Jacob, traducido por J. Gongora y R. Zariquey.—Esta excelente obra editada en Barcelona, por la casa Salvat y C.ª, es uno de los más excelentes tratados que el médico y el cirujano deben tener en su biblioteca.

Comprende este tratado, siete libros, dedicados: el primero, á la *Cabeza*; el segundo, al *Raquio*; el tercero, al *Cuello*; el cuarto, al *Torax*; el quinto, al *Abdomen*; el sexto, á la *Pelvis*, y el

séptimo, á los *Miembvos*. El primer volumen comprende los cuatro primeros libros y los tres últimos forman el segundo. Todos estos libros están ilustrados con gran número de figuras. Solamente el primero tiene más de 553, en colores.

La Anatomía topográfica es sin duda una de las más importantes ramas de las Ciencias Médicas, pues al mismo tiempo que estudia las relaciones recíprocas de las funciones y órganos que describe, demuestra el interés que el conocimiento de estas relaciones encierra, desde el punto de vista de la Patología interna, de la Patología externa y de la Medicina Operatoria. La Anatomía topográfica, es pues, una Anatomía aplicada, utilizada por el médico y el cirujano y que por eso se conoce también con el nombre de *médico-quirúrgica*.

Los excelentes grabados del original que la casa Salvat ha sabido trasladar fielmente á su edición, ilustran profusamente esta importante obra; y aunque la Anatomía topográfica como la descriptiva, deben estudiarse en el anfiteatro, hay que reconocer la gran utilidad de las figuras, sobre todo cuando éstas son tan perfectas como las que se ven en esta Anatomía. Además, los autores han tenido la buena idea de intercalar las consideraciones médico-quirúrgicas que se desprenden del estudio de cada región, diseminándolas en el curso de la descripción. Este procedimiento suaviza extraordinariamente la aridez propia de esta clase de obras, dando mayor amenidad al estudio.

Siendo esta obra—como dicen los autores en el prefacio—destinada especialmente á los estudiantes, se han multiplicado mucho las divisiones, aplicando á cada región el mismo método de estudio. Definen sucintamente la región, fijando sus límites superficiales y profundos, estudiando después uno por uno, los distintos planos, desde la superficie á la profundidad, describiendo aparte los vasos y los nervios.

En las regiones viscerales, varían el método, encontrando más racional estudiar la víscera. 1.º, aislada; 2.º, supuesta en su sitio; 3.º, desde el punto de vista de su composición anatómica, y 4.º, en el concepto de su circulación ó inervación.

Hay además en la obra atinadas indicaciones acerca de la explicación clínica de cada una de las regiones, tanto en el enfermo como en la mesa de operaciones en el curso de una intervención.

SGCB2021

Por todos conceptos resulta, pues, excelente este Tratado de Anatomía topográfica, que la conocida y recomendable casa de Salvat y C.ª, de Barcelona, acaba de editar en castellano.

Tratado de Anatomía humana, por L. Testut, Catedrático en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lyón.—Editada también, como la anterior, por la casa Salvat y C.ª, se ha publicado recientemente esta obra de grandísima importancia, traducida al castellano por los Doctores J. Corominas y Sabater.

L. Testut se ha propuesto con esta obra poner en mano de los estudiantes un tratado de Anatomía humana, que sin dejar de ser elemental, refleje el estado de esta ciencia en los momentos presentes.

El autor, en este tratado, da la importancia que es necesaria á la Anatomía comparada y á la embriología, cosas que considera indispensables para dar de un órgano idea completa.

A la ontogenia y á la filogenia dá también Testut gran importancia para el estudio de las anomalías, considerando á aquellas ciencias como la base de la Anatomía humana.

Comprende esta obra once libros, repartidos en cuatro volúmenes. El tomo primero contiene la *Osteología*, la *Artrología* y la *Miología*; el tomo segundo la *Angiología* y el Sistema nervioso central; el tomo tercero el *Sistema nervioso periférico*, los *Órganos de los sentidos* y el Aparato de la respiración y de la fonación; el tomo cuarto y último, comprende el *Aparato de la digestión, Uro genital y la Embriología.*

Dentro de este cuadro comprende la obra la Anatomía descriptiva, la microscópica y la embriológica, dando gran importancia á las cuestiones de estructura y desarrollo antes tan menospreciadas.

Ilustran esta magnífica obra más de 2.000 grabados, la mayor parte impresos en colores. Nada pues han omitido los editores para una ejecución material irreprochable, y á fin de no aumentar extraordinariamente las dimensiones de esta obra y para separar claramente los puntos esenciales, de aquellos que tienen para el estudiante una importancia secundaria, los autores han adoptado para la impresión los mejores tipos de letra. Todo lo impreso en caracteres mayores, forma un todo com-

SGCB2021

pleto, el que puedan limitarse los principiantes, pues en ello encontrarán contestado cuanto contienen los progresos universitarios; y en los caracteres pequeños se encontrarán más ampliamente desarrollados los conocimientos complementarios relativos á la Anatomía comparada, á la normal y á la antropología.

SECCION PROFESIONAL

La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya, en unión de los Sres. Subdelegados de Farmacia de la provincia, celebraron una reunión el día 20 de Agosto último, acordando dirigirse á todos los Farmacénticos y Droguëros de la provincia recordándoles el cumplimiento de la R. O. del Ministerio de la Gobernación del día 6 de Agosto, que publicamos en nuestro número anterior, sobre prohibición de la venta de productos venenosos en las Farmacias sin prescripción facultativa y de productos Farmacéuticos en las Droguerías, según lo prescripto en las Ordenanzas de Farmacia de 1860.

Acompaña á la circular, copia de la citada R. O., los artículos de las Ordenanzas referentes á este asunto y un catálogo de los productos cuya venta sólo está autorizada á los Farmacéuticos legalmente establecidos.

Sabemos que tanto por parte del Colegio como por los Sres. Subdelegados va á emprenderse una activísima campaña de represión de abusos.

La Junta de Caridad del Santo Hospital Civil ha provisto la plaza de nuevo Farmacéutico, sacada á concurso recientemente.

El nombramiento ha recaído á favor de D. Joaquín de Echave Sustaeta, ilustrado Farmaéutico vascongado, cuya brillante hoja de estudios es una garantía para su futura gestión profesional.

Nuestra enhorabuena al nuevo profesor.

En la primera decena del mes de Noviembre próximo, tendrá lugar la inauguración del nuevo y grandioso Hospital Civil, construído en Basurto. Para solemnizar acto tan trascendental en la historia médica de Bilbao, la Academia de Ciencias Médicas, invitada al efecto, asistirá en corporación á dicha inauguración.

La GACETA MÉDICA DEL NORTE, asociándose también á tan fausto acontecimiento, y para que de él quede recuerdo estable, publicará con tal motivo un número extraordinario en magnífico papel *couché* y con abundantes grabados, dedicado por completo al nuevo Hospital.

Ha fallecido en la vecina anteiglesia de Deusto, después de larga y penosa dolencia, el antiguo y conocido Médico de esta villa, D. Ricardo de Arregui.

El finado fué Médico de Sala del Hospital Civil y uno de los profesores que más simpatías supo conquistarse en su larga y laboriosa vida profesional.

Descanse en paz el infortunado compañero y reciba su apreciable familia la expresión de nuestro sincero pésame.

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

SGCB2021