

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Organo Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XX

Bilbao—Mayo—1914

Núm. 233

Sumario

Estadística Quirúrgica de la Clínica de Niños, por D. Teodoro Aparicio.—*Escoliosis y Método de Abbott*, por M. de Salaverri.—*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*: Sesión celebrada el día 13 de Diciembre de 1913.—Bibliografía.

ESTADÍSTICA QUIRÚRGICA

DE LA

CLÍNICA DE NIÑOS

Á CARGO DEL DOCTOR

D. TEODORO APARICIO

AÑO DE 1913

En años anteriores, la estadística publicada con el deseo de dar á conocer á nuestros colegas la labor hospitalaria que en las enfermedades de la infancia se lleva á cabo en el Santo Hospital Civil de esta villa, comprendía estadísticas parciales de Medicina y de Cirugía, dividiendo cada una de éstas en Médica niños y Médica niñas; en Quirúrgica niños y Quirúrgica niñas.

El objeto que perseguíamos con estas divisiones y subdivisiones era hacer más clara, y si cabe más puntualizada, la labor antedicha. En el presente curso cambiamos de plan suprimiendo la estadística de Medicina (niños y niñas) porque creemos que estas no tienen verdadero interés para el médico en general.

Dada la agudeza de los procesos médicos infantiles y su escasa duración, las madres no se avienen á desprenderse de sus pequeños trayéndolos al Hospital, dando esto un contingente escaso de ingresos; además todo médico goza de la competen-

cia necesaria y ve constantemente niños recién nacidos á quienes aconseja reglas de lactancia, corrige excesos de régimen y trastornos consecutivos, molestias de la dentición, enfermedades infectivas generales, sarampión, escarlata, etc., etc., así como las enfermedades comunes de medicina infantil.

Nada, pues, les diríamos de nuevo en estos casos, escasos en la práctica hospitalaria, y poco también de interés clínico especial de los padecimientos crónicos de la misma índole que constituye nuestra clientela hospitalaria, aun cuando, sino en conjunto, en particulares tengamos todos los años casos curiosos en tratamientos.

Todo lo contrario ocurre con la clínica quirúrgica cuyas exigencias son más propias para ser satisfechas en las clínicas hospitalarias que en la casa particular; pues sin ofender la cultura del médico en general, su competencia en asuntos quirúrgicos es menor (por su propia índole) que en la de los asuntos médicos, y además, más bien en primer término, porque las condiciones de asistencia que exigen los procesos quirúrgicos, encuentran terreno propio en las clínicas generales hospitalarias ó en las clínicas particulares, más difícil, aunque no imposible, en la casa del enfermo.

En la presente estadística, exclusivamente quirúrgica, como hemos dicho, van conglomerados niños y niñas, porque además de no haber por razón de sexo diferencias esenciales entre la cirugía de niños y la de niñas, la división de casos parece que empequeñece la estadística, impidiendo formar deducciones prácticas, por efecto de la escasez de número de en cada una tratados.

LESIONES QUIRURGICAS.—1913

VICIOS DE CONFORMACION	Curados	Muertos	Aliviados
<u>Congénitos</u>			
Fimosis	1		
Hidrocele congénita derecha	1		
Labio leporino simple	2		
Labio leporino complicado	1		
Pie zambo doble, segundo grado	4		
Ectopia testicular	1		
Hernias extranguladas	2		
Hernias inguinales del lado derecho	44		
» » del lado izquierdo	21		
Hernias umbilicales	2	1	
<u>Adquiridos</u>			
Genu-valgun doble	8		
Retracción cicatricial por quemaduras (con fusión del muslo al vientre y otra con aglutinación de gran labio de- recho á la cara interna del muslo)	2	1	
Genu-Varus	6		
Pie plano	2		
LESIONES TRAUMATICAS			
<u>Heridas y contusiones</u>			
Contusiones múltiples (uno con gran he- matoma en la espalda).	3		
Contusión torácica con desgarro pulmo- nar.		1	
Contusión abdominal con hematuria.	1		
Herida contusa región fronto-parietal iz- quierda.	2		
Herida contusa con arrancamiento de la oreja izquierda y piel de la mejilla del mismo lado.	1		
Contusiones de los labios mayores	1		
Heridas por arma de fuego	2		
<i>Suma y sigue</i>	107	3	000

LESIONES QUIRURGICAS.—1913

	Curados	Muertos	Aliviados
<i>Suma anterior</i>	107	3	000
<u>Quemaduras</u>			
Extensas de segundo y tercer grado que se extienden por la cara, torax y extremidades.	7	4	
Quemaduras de la boca por lejía.	1		
Leves.	1		
<u>Fracturas</u>			
Del cráneo con contusiones y conmoción cerebral		1	
De la región frontal	2		
Del cráneo con pérdida de substancia cerebral	1	1	
Del muslo.	15	1	
De la pierna	8		
Del codo	2		
Del antebrazo.	2		
De la mano	2		
Con magullamiento del pie y tercio inferior de la pierna (con tétanos traumáticos) curada	1		
<u>Luxaciones</u>			
Del codo	2		
LESIONES INFLAMATORIAS			
<u>De la piel y tejido celular</u>			
Ulceraciones múltiples en una cicatriz por quemadura extensa			1
Eczema impetiginoso (cara y cuello).	5		
Erpes zona	1		
Omfalitis	1		
<i>Suma y sigue</i>	158	10	1

LESIONES QUIRÚRGICAS.—1913

	Curados	Muertos	Aliviados
<i>Suma anterior.</i>	158	10	1
Linfangitis erisipelatosa.	1		
Tiña favosa	2		
Adenitis múltiples tuberculosas.	4		1
Abscesos retro faríngeos.	2		
Abscesos del muslo	4		
Abscesos latero faríngeo.	2		
Abscesos de la cara	2		
Abscesos de la espalda	2		
Abscesos de la región glútea.	3		
Abscesos del periné	1		
Adenitis tuberculosa del cuello (con hipertrofia)	3		
Sinovitis	2		
Psoitis.	1		
<u>Osteitis</u>			
Del maxilar inferior.	1		
De las costillas	4		
Tuberculosa del pie	3		
De la tibia (con secuestro)	6		
Metatarsianos.	2		
Del tarso	4		
Del cúbito	1		
Del fémur con secuestro.	4		
Oto-mastoiditis con parálisis del facial			1
Idem comunes	10		
Idem con trombosis del seno lateral		1	
Idem con meningitis	1		
Idem con fistula	4		
Osteitis del iliaco.	1		
<u>Osteo-artritis</u>			
Artritis tibo-peroneo-tarsiana			6
<i>Suma y sigue</i>	228	11	9

LESIONES QUIRÚRGICAS.—1913

	Curados	Muertos	Aliviados
<i>Suma anterior</i>	228	11	9
Artritis tuberculosa de la rodilla	9		
Mal de Pott cervical (uno con absceso retro-faríngeo	2	2	
Mal de Pott dorsal	10	1	
Mal de Pott con comunicación rectal		1	14
Coxalgias	2		
Artritis de la mano	6		6
Artritis del codo			
APARATO GÉNITO-URINARIO			
Cálculos vexicales	2		
Cálculos uretrales con infiltración urinosa		1	
Cistitis	1		
Vulvitis gonocócicas	2		
TUMORES			
Absceso cerebral		1	
Tuberculomas cerebrales		1	
Fibro-mioma de la oreja derecha	1		
VARIAS			
Cuerpo extraño laríngeo	1		
Fístula de ano	2		
<i>Sumas totales</i>	265	18	29

Mortalidad por 100: 5,83.

OPERACIONES PRACTICADAS

Curas radicales de hernia (dos umbilicales)	70	
Labio leporino (uno complicado)	2	
Osteo-clasias manuales por incurbaciones raquílicas de las tibias.	14	
Osteo-tomias lineales	5	
Trasplantaciones tendinosas por pie zambo paratítico	2	
Intubaciones laríngeas	2	
Traqueotomias.	2	
Trepanaciones craneales	3	
Trepanaciones mastoideas	14	
Tenotomías del tendón de Aquiles	4	
Secuestrotomias	{ del sacro	1
	{ del fémur	3
	{ del codo.	1
	{ de la tibia	4
Resecciones	{ costales.	3
	{ del tarso	5
	{ exostosis de húmero	1
	{ del codo	1
	{ de los dedos	2
Amputaciones de la pierna	1	
Pleurotomias	5	
Parentesis	3	
Abscesos retro-faríngeos	2	
Amigdalotomía y raspado de vegetaciones	2	
Pólipos del oído	4	
Laparatomía exploradora	2	
Gran fibro-mioma del conducto auditivo externo	1	
Tallas é hipogástricas.	2	
Uretromía externa.	1	
Circuncisiones	2	
Ectopia testicular (operado por el señor Laguna)	1	
Fístula de ano.	1	
Pie zambo doble congénito (modelado)	6	
<i>Total</i>	174	

NOTA.—Punciones aspiratorias, desbridamientos, raspados y abertura de abscesos; punciones lumbares, aspiraciones é inyecciones (TRATAMIENTO DE CALOT EN LAS TUBERCULOSIS LOCALES).—Varias.

Como acabamos de ver por el presente cuadro estadístico, hemos tenido un total de 307 asistidos, de los cuales curaron 260, murieron 18, y salieron aliviados 29, con una mortalidad de un 5,83 por 100.

Vamos á examinar ligeramente cada una de las divisiones de nuestro cuadro.

Entre los vicios congénitos de conformación, dos son las clases de mayor interés, aun cuando todas ellas no lo dejan de tener.

HERNIAS

Es la primera la referente á las HERNIAS, cuyo número ha sido de 68, con un caso desgraciado, no por la operación en sí, que no presentó nada de particular, sino que murió por una complicación bronco-pulmonar, muy poco frecuente, aunque es sabido que en los operados cloroformizados, sea cualquiera la índole de la operación, se presenta alguna vez.

En estos dos últimos años llevamos operadas unas 120 hernias próximamente, sin mortalidad, curando todas por primera intención, siendo dados de alta los niños en general á los 12 ó 15 días de operados, á pesar de que no deja de tener gran dificultad para las prontas cicatrizaciones, la facilidad y la frecuencia con que ensucian con orina y heces fecales sus apósitos.

Hemos notado que se cumple la ley orgánica de ser más frecuente las hernias en los niños que en las niñas; más frecuentes las del lado derecho que las del izquierdo, muy en pequeño número las umbilicales.

Las dificultades operatorias son casi nulas en las hernias inguinales de las niñas, siendo lo contrario en los niños, cuya disección del saco constituye en muchas ocasiones un período largo, difícil y enojoso.

En general, el procedimiento por nosotros seguido ha sido en muchos casos el proceder de Kocher los primeros años de nuestra práctica. Ultimamente empleamos el primitivo procedimiento de Lucas Championniere, sin reconstrucción de la pared posterior y de vez en cuando practicamos el último procedimiento de A. Broca, que consiste en la incisión de la poneuresis del oblicuo mayor; disección del saco, que se parte en dos mitades y se anudan formando varios nudos, que se reducen á la cavidad abdo-

minal obturando el orificio inguinal interno. Las poneurosis del oblicuo mayor es comprendida en un asa de hilo de plata, cuyos extremos salen atravesando la piel á un centímetro ó centímetro y medio del borde interno de la herida, en donde se retuercen alrededor de un pequeño cilindro de gasa esterilizada que ejerce compresión de esta manera sobre el conducto inguinal, y sutura de la piel inguinal continúa con hilo de plata muy delgado.

Tiene la ventaja este procedimiento de ser muy rápido; de no dejar material de cura perdido, y de ser los hilos metálicos, mucho más fácilmente aseptizables.

Las hernias umbilicales las hemos operado por el procedimiento de *Pfaundler*, que consiste en un colgajo semicircular que comprende la piel y tejidos celular subcutáneo, disecando hasta encontrar el saco que se levanta adherido á la cicatriz umbilical. Colocación de una pinza de presión en la base del saco herniario; sección del vértice del saco herniario por encima de la pinza, se dobla el colgajo hacia arriba y se sutura después del saco herniario libre de epiplon y colocación el colgajo semicircular en la posición primitiva.

Tiene este proceder dos ventajas: la primera es que no hay que entrar para nada en la cavidad abdominal; y la segunda, que conservando la cicatriz umbilical, la estética ventral se conserva,

Lo mismo en este año que en años anteriores, hemos observado un mayor estupor post-operatorio en las hernias umbilicales, que en las hernias inguinales, haciendo las primeras más graves; la hernia es ya operación corriente, hasta tal punto, que ya nadie tiene miedo á esta operación, lo mismo en niños que en adultos, habiendo llegado á proscribirse casi la táxis cuando se trata de hernias extranguladas, las cuales ya nadie piensa en reducir, sino operar, cuanto antes mejor.

Encuentro que hay en esto algo de exageración. Yo sigo la práctica siguiente: si la extrangulación es reciente, antes de las 24 horas reduzco bajo acción clorofórmica, consiguiéndolo casi siempre, porque he notado, sobre todo cuando los niños son muy pequeños, dentro de los tres primeros meses, que la operación de herniotomía es más grave que si se opera cuando reducida y pasados los efectos generales y locales de la extrangulación se procede á la cura radical.

El niño más pequeño que he operado este año de hernia inguinal doble tenía cinco meses.

PIES ZAMBOS

Este vicio de conformación congénito es bastante frecuente, no queda año en que no tengamos tres ó cuatro casos, es decir, seis ú ocho pies deformes que modelar, porque el padecimiento, casi siempre es doble, pocas veces es unilateral.

Cuando los niños son pequeños, hacemos el enderezamiento manual forzado con tenotomía del tendón de Aquiles. Algunas veces con tenotomía también de los tibiales anterior y posterior y de la poneurosis plantar.

Cuando son mayores y el esqueleto grandemente deformado, hemos hecho siempre con buen resultado la tarsetomía cuneiforme, y últimamente hemos operado algunos casos haciendo el vaciamiento oxeo del calcaneo; astragalo y cuboides como aconseja Menciens de Reims, operación sencilla y artística.

De los casos de FIMOSIS, LABIOS LEPORINOS, HIDROCELES Y ECTOPIA TESTICULAR, diremos que han sido tratados por las operaciones clásicas.

De los vicios de conformidad adquiridos genu-valgun y genu-varus (incurbación raquílica de las tibias) hemos tenido en junto catorce casos, dobles casi todos ellos. Estas deformidades curan bastante bien, con curación definitiva, durando el tratamiento de mes á mes y medio, y consistiendo en una osteotomía supra condilea para curar el genu-valgun, y en una osteo-clasia manual de las tibias, el genu-varus. A veces hay que hacer osteo-clasia también de los fémures, pero esto en muy raros casos.

Las consecuencias operatorias son nulas; el resultado operatorio se obtiene siempre con apósito de férulas cuando los niños son pequeños y se mean en las camas, y con apósito de yeso cuando son mayorcitos.

Son procedimientos de elección cuando se trata de acelerar el período de curación ó cuando la clientela es pobre, resultando así mucho más económica.

RETRACCIONES CICATRIZALES POR QUE- MADURAS

Estas intervenciones son necesarias muchas veces, pero in-

gratas siempre, porque operar en tejido cicatricial es desesperarse antes de obtener la curación.

TRAUMATISMO

Como se ve en el cuadro correspondiente, la gama es completa. CONTUSIONES, HERIDAS. ARRANCAMIENTOS, HERIDAS POR ARMA DE FUEGO, QUEMADURAS EXTENSAS, FRACTURAS Y LUXACIONES.

Los niños se defienden bastante bien de los traumatismos, como no sea de aquellos que matan por necesidad. El más grave casi de todos ellos es la quemadura extensa, que mata en pocas horas por agotamiento nervioso. Igual ocurre con los magullamientos producidos por carros, tranvías, automóviles, etc., etc.; sin embargo, en estos se obtienen curaciones con reintegración orgánica y funcional que llaman la atención.

Las fracturas del cráneo curan, á pesar de su gravedad, en un tanto por ciento bastante considerable, aún perdiendo en algunos casos cierta cantidad de substancia cerebral.

Cuando hay hundimiento con gran apoplejía cerebral, fenómenos focales, etc., etc., practicamos la trepanación que el caso requiere.

En cuanto á fracturas de las extremidades, tanto superiores como inferiores, los resultados son completamente satisfactorios. Sólo en algunas fracturas del codo, tan frecuentes, variadas y graves en los niños, se registran á veces ciertas dificultades funcionales á su salida del HOSPITAL, habiendo podido comprobar que estas limitaciones desaparecen casi por completo al cabo de algún tiempo.

El tratamiento consiste en el clásico apósito de tablillas almohadillas para brazo, antebrazo y pierna, y la extensión continúa con peso para las fracturas del fémur.

Son frecuentes en los grandes magullamientos de las extremidades, cuyas heridas se ensucian con el polvo de las calles y de los caminos, los casos de tétanos traumáticos.

Este año hemos tenido un caso en una niña, que había sido atropellada por una vagoneta, triturándola el pie y dedos del lado derecho. Se presentó el tétanos á los siete días, hicimos la amputación de la pierna, y se trató después por las inyecciones antitetánicas, intrarraquídeas con suero antitetánico, y con una di-

solución de sulfato de magnesio al 25 por 100, empleando además el ácido fénico, el cloral y los bromuros, teniendo la fortuna de verla curada al cabo de 25 días.

LUXACIONES

Las del codo son las más frecuentes, generalmente luxación hacia adelante de los condilos humerales. Su reducción es fácil, y su curación casi segura.

INFLAMACIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR

No ofrece nada de particular en general. Diremos sólo que los eczemas impetiginosos son frecuentes en los niños, y de una curación difícil, resistiendo por bastante tiempo á la terapéutica más variada.

Entre los casos notables, tenemos un absceso retrofaringeo sintomático, de un tumor blanco (Mal de Pott) de la tercera vértebra cervical. Estos abscesos son los únicos que no deben abrirse por la cavidad bucal, porque su abertura acarrea la muerte del paciente.

En todo absceso retro ó latero-faríngeo, lo primero que debe venir á nuestra imaginación, lo primero que debemos procurar diagnosticar, en su origen: si es *idiopático*, debe abrirse por la cavidad bucal con un instrumento como cualquiera; lo único que debe exigirse es que sea aséptico.

Si es sintomático de una *osteitis tuberculosa*, lo abrimos, es decir, lo puncionamos por la cara lateral del cuello, aspirando é inyectando después los líquidos modificadores (aceite creosotado y yodofórmico).

De ahí pasamos á las

OSTEO-ARTRITIS TUBERCULOSAS

Esta sección es la parte verdaderamente obscura de nuestra clínica, y seguirá siéndolo hasta que todos los médicos se convengan de que las lesiones tuberculosas externas ó quirúrgicas son el verdadero *Noli-Me-Tangere* de la patología externa.

De todas las partes y de todas las manos salen niños con lesiones tuberculosas que van á parar á nuestras salas hospitalarias. Los ven unos y otros; van de la ceca á la meca; quien pro-

voca la supuración, quien desbrida, otros puncionan, aspiran é infectan, y de todas partes, repetimos, vienen lesiones tuberculosas abiertas é infectadas á nuestra clínica de niños.

El tratamiento está bien esquematizado: 1.º Diagnóstico. 2.º Reposo. 3.º Tratamiento general dietético y farmacológico. 4.º Vendajes de yeso. 5.º Punciones y aspiraciones; y 6.º No abrir y procurar que no se abra.

No puede ni debe faltarse á los preceptos antedichos, en la seguridad de que es la única manera con que puede obtenerse bastante número de curaciones. Hay que luchar constantemente contra el deseo de operar, y las mismas punciones y aspiraciones deben ser objeto de una minuciosidad extrema, y sinó no hacerlas, pues en muchas ocasiones por la misma naturaleza del enfermo y de la lesión, al mejor clínico se le abren estas lesiones, y una vez abiertas, el 95 por 100 se infectan y matan, ó se hacen interminables.

Hoy constituye el desconocimiento de estos preceptos una falta grave, difícil de ser perdonada.

Con arreglo á estos principios, hemos obtenido mejorías y curaciones notables en las dos lesiones tuberculosas más graves de esta sección, ó sea en las coxalgias y en el mal vertebral de Pott; igual buen efecto hemos conseguido en la artritis tuberculosa de la rodilla; sin embargo registramos dos casos de muerte por mal cervical de Pott, otro por uno dorsal y otro sacro con comunicación rectal. Todos estos ingresaron con fístulas infectadas, muriendo en estado de verdadera septicemia.

Como se vé en el cuadro, los resultados favorables nos compensan con creces.

Sistemáticamente colocamos en reposo á nuestros enfermos, enyesando las regiones afectas. Si la tendencia á la curación es manifiesta, continuamos con la inmovilidad, la alimentación nutritiva y los tónicos generales; si la tendencia á la supuración se manifiesta, hacemos uso de inyecciones esclerosantes, y si se presenta la supuración, hacemos punciones aspiradoras é inyecciones clásicas.

Aquí como en todos los padecimientos, no siempre el resultado sigue á la aplicación del remedio; en ocasiones, y esto constituye la maldad del caso, ni la quietud ni los tónicos ni las in-

yecciones, ni últimamente las intervenciones sangrientas más ó menos radicales, consiguen la curación que se les pide.

De *helioterapia* diré sólo que algo hacemos en nuestro Hospital, sin participar de los entusiasmos que ha despertado esta rama del tratatamiento higiénico en la terapéutica antituberculosa. Lo mismo decimos de la atmósfera marina; creemos que son buenos coadyuvantes, pero en modo alguno remedios heroicos anti-causales, como creen muchos.

Por lo que valga, diré que constantemente tengo niños en mis clínicas procedentes de Portugalete, Algorta, Plencia, Bermeo, Lequeitio y Ondárroa, afectos de adenitis, osteo-artritis del codo, de la columna vertebral, de las caderas, rodillas, etc., etcétera, no en menos proporción que de los pueblos del interior.

Mastoiditis consecutivas á otitis medias supuradas

De estas lesiones pudiéramos decir cuanto hemos dicho de las sesiones tuberculosas.

Llevamos operadas más be ciento veinte mastoiditis, contándose entre ellas un 60 por 100 fistulizadas y con secuestro, y todas ellas consecutivas á otitis medias malamente tratadas.

El vulgo tiene ideas muy erróneas respecto á supuraciones del oído, y los médicos en general, no pueden convencer á las madres de que toda supuración del oído puede dar lugar á complicaciones graves y hasta mortales.

Pasean los niños á su otitis meses y años, y cuando menos se piensa, estalla la mastoiditis que agrava el pronóstico de aquélla, añadiendo un nuevo elemento al ya existente. Aún así, á pesar de los dolores, de la fiebre y de la tumefacción retro-auricular, las madres siguen empleando cuantos remedios caseros les aconsejan, y así pasa el tiempo, hasta que un sano consejo atentamente oído las hace ingresar en nuestras Salas.

En tales condiciones las curaciones son difíciles, largas y enojosas. La caja está llena de fungosidades y la cadena de huesecillos destruída en general. El antro y las células mastoideas llenas de pus, comunicando muchas veces con el seno lateral y con la fosa cerebral media, donde á menudo se forman verdaderos abscesos. Muchas veces estas lesiones son tuberculosas, otras son estreptocócicas ó estafilocócicas, semejandose en su duración y

en su curso á las osteo-mielitis, dando lugar como éstas á procesos de supuración larguísimos.

Practicamos la trepanación de la mastoide clásica, completándola con la operación de Stacke. Como todas son antiguas é infectadas, no hacemos nunca sutura completa de la incisión retro auricular, esperando una cicatrización por segunda intención.

Aparato génito-urinario

Tres casos de cálculos: dos vexicales y uno uretral. Los dos primeros curados por talla hipogástrica, y el tercero había formado un abscesito á su alrededor en la fosa navicular, y una infiltración de orina tan extensa y tan intensa cuando ingresó en el Hospital, que los desbridamientos profundos del periné, escroto á ingle no pudieron detener la muerte.

Tumores

Sin fenómenos focales que guiasen nuestras manos, vimos cómo terminaban estos casos, uno de absceso cerebral y otro de tuberculomas múltiples, situados el primero en la fosa cerebral media, y los otros en la substancia blanca de ambos emisferios.

Nada de particular ofrecen los casos restantes de nuestro cuadro.

En cuanto á las operaciones practicadas, su numeración basta, puesto que el resultado se consigna en el cuadro, y la descripción de todas ellas las creo innecesarias.

En resumen: la cirugía infantil goza hoy de todos los beneficios aplicables á la cirugía de adultos, con las limitaciones que impone la naturaleza del niño.

Es, si cabe, más brillante en la traumatología y en los vicios de conformación, siendo verdaderamente grave y constituyendo casi rama especial los procesos ganglionares y osteo-articulares tuberculosos; mucho más curables hoy que antaño, pero no tanto como lo serán cuando el acuerdo sobre su terapéutica sea unánime.

Escoliosis y Método de Abbott

Por M. SALAVERRI

(Terminación).

El cuarto lazo tira del hombro del lado convexo hacia abajo, y por fin, el quinto lazo corrector es el que desempeña principal papel, la corrección de la desviación lateral vertebral y la detorsión de la columna vertebral.

Para ello empleamos también una venda de tres cabos.

Una vez alcanzada una posición que se acerque á la correc-

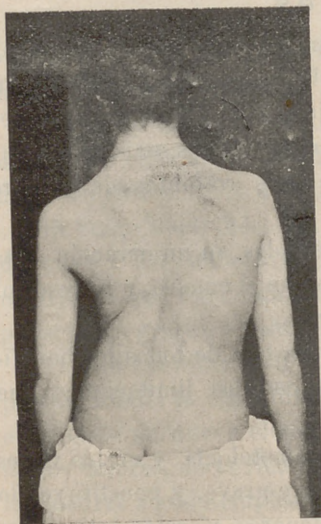


Fig. 12

C. E.—Escoliosis dextro-convexo-dorsal.

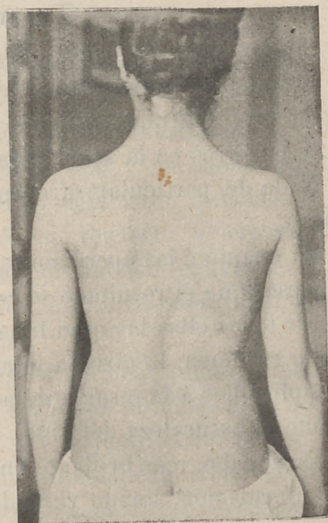


Fig. 13

C. E.—La misma á los dos meses con un vendaje Abbott.

ción total de la escoliosis en sus distintos componentes (desviación lateral y rotación) ó mejor todavía, si llegamos á la hipercorrección de los mismos, se fijará esta posición con un vendaje enyesado bien fuerte (un cm. de grueso por lo menos), y cuando se haya endurecido, se cortan los lazos correctores y la hamaca y se saca al paciente del aparato, y echado sobre una mesa se re-

corta el vendaje lo más cómodamente posible y se practican en el mismo unas ventanas para la introducción de los fieltros que han de obrar sobre la rotación vertebral. Estas ventanas son: Una oval posterior muy grande, correspondiente al lado cóncavo de la escoliosis. Una rectangular lateral, algo posterior en el lado convexo de la escoliosis, y otra también rectangular anterior para la introducción de los fieltros de compresión que han de obrar sobre la convexidad costal anterior, y que al mismo tiempo contribuirán á la detorsión del raquis. Por la ventana rectangular lateral posterior, se introducen los fieltros de compresión de la convexidad posterior escoliótica. La introducción de los fieltros de compresión debe de hacerse cada ocho días, hasta que se haya logrado la hipercorrección que se desea.

En este intervalo los pacientes deben practicar varias veces al día ejercicios de inspiración prolongada, con objeto de que la expansión pulmonar que así se provoca, ayude á la detorsión de la columna vertebral. Se observa bien cómo los arcos costales que fuera del vendaje Abbott forma-



Fig. 14
M. G.—15 años



Fig. 15
M. G.—La misma mostrando la prominencia costal de la convexidad.

ban la concavidad de la escoliosis, son empujados en cada movimiento de inspiración por la ventana practicada en el vendaje formando una superficie convexa.

En algunos casos la hipercorrección es ya tan grande al mes de aplicación del vendaje, que conviene reformar éste, acentuan-

tuando la posición de flexión ó hipercorrección recortando el vendaje en la pelvis y bajo la axila en el lado correspondiente á la convexidad escoli6tica introduciendo varias capas de fieltro bajo

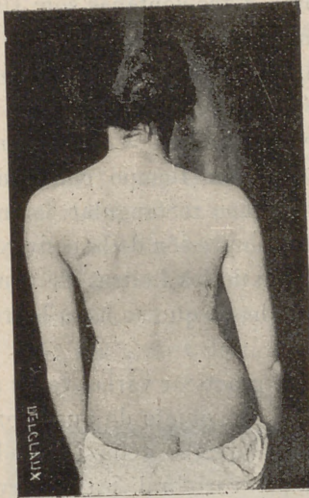


Fig. 16
La misma después de dos meses de vendaje Abbott.



Fig. 17
La misma mostrando la corrección de la rotación

el vendaje y sobre la pelvis en el lado cóncavo, y manteniendo esta nueva posición con un par de vendas enyesadas.

El tiempo que debe mantenerse esta posición hasta haberse conseguido la corrección, depende del grado de la deformidad.

De los primeros trabajos de Abbott parecía deducirse que toda escoliosis de cualquier grado que fuera podía corre-

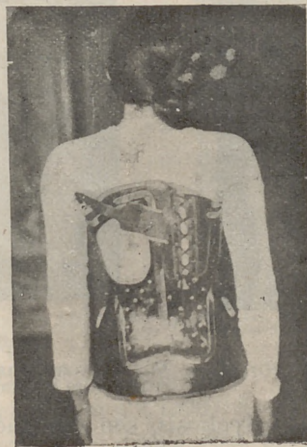


Fig. 18
La misma con nuestro corsé ortopédico final del tratamiento.

girse en un lapso de tiempo de dos ó tres meses con la aplicación de uno ó dos vendajes; pero hay que confesar que á pesar de la bondad del método, tales optimismos eran muy exagerados, y así lo ha conocido el propio Abbott, que en el «Zeitschrift-

für Orthopädische Chirurgie» xxxiii Band de Diciembre último.

que es su último trabajo, se expresa en estos términos: «Me parece que debemos emplear en el tratamiento de la escoliosis más tiempo del que yo había dispuesto antes», y á continuación muestra fotografías de un caso de una escoliosis de segundo grado que ha llevado un vendaje durante ocho meses, logrando, eso sí, la hipercorrección de su deformidad.

En general, en una escoliosis moderada hay que colocar tres ó cuatro vendajes, que deben estar aplicados de dos ó tres meses cada uno.

No termina el tratamiento de Abbott con la aplicación de un número mayor ó menor de vendajes en hipercorrección, sino que lograda ésta hay que proseguir el tratamiento con la aplicación de un aparato amovible en celuloide que tienda á conservar la hipercorrección durante unos 6 ú 8 meses por lo menos, aparato que, según consejo de Abbott, debe llevarse día y noche, y otro tanto tiempo llevándolo alternativamente bien de día ó durante la noche, variando.

Al mismo tiempo se emprenderá un enérgico tratamiento mecanoterápico para fortalecer la musculatura dorsal, en parte atrofiada por una inactividad tan prolongada.

Hasta aquí me he permitido esquematizar el tratamiento de Abbott tal como he venido practicándolo, siguiendo estrictamente las instrucciones de su autor y de quienes han ensayado el método y han escrito algunos trabajos sobre este asunto, como Vulpius, Calot, Böhm y Calvé.

Ahora voy á exponer el resultado obtenido en algunos casos en que he empleado el método, para exponer á continuación el juicio que me merece el tratamiento Abbott en relación con el tratamiento que hasta ahora venía empleando en las escoliosis.

Después del caso ya relatado con que inicié en mis enfermos este tratamiento, he aplicado el vendaje Abbott en los siguientes casos:

II.—C. U.—Niña de once años, Mundaca. Escoliosis dorso convexa dorsal fija y muy exagerada con gran rotación vertebral. Aplicación del primer vendaje Abbott el 23 de Abril 1913. Tiempo de aplicación del vendaje: mes y medio. Al salir del primer vendaje, se comprobó una corrección casi total de la desviación lateral escoliótica. La rotación vertebral había sido asimismo notablemente corregida, pero persistía todavía un buen

grado de rotación vertebral, y por consiguiente de convexidad costal posterior. Se aplicó un segundo vendaje Abbott para corregir esta rotación vertebral, y al mes y medio se levantó el vendaje, comprobándose la persistencia de la rotación aproximadamente en el mismo grado, por lo que fué sustituido el vendaje enyesado por un corsé ortopédico, con el que continúa.

III.—Ana M.—Joven de 16 años. Escoliosis dorsal convexi-



Fig. 19.
15 años.—Escoliosis congénita



Fig. 20
La misma á los tres meses de vendaje Abbott.

dad izquierda; primer vendaje, el 23 de Mayo; tiempo de aplicación, dos meses, al cabo de los cuales se apreció notable corrección de la desviación lateral y de la rotación vertebral. Por ser de fuera y no poder proseguir el tratamiento con nuevos vendajes, se aplicó un corsé ortopédico para mantener la corrección alcanzada.

IV.—Cancepción Z.—Niña de ocho años. Escoliosis dextroconvexa dorsal fija, muy exagerada. Aplicación del primer vendaje, el 27 de Mayo. Se levantó el vendaje al mes y medio, comprobándose una gran corrección de la desviación lateral y rotación vertebral. Se aplicó un segundo vendaje, acentuándose la corrección, que ha sido conservada con la aplicación de un corsé ortopédico, con el que continúa.

V.—Pedro A.—18 años. Escoliosis dorsal convexidad derecha y lumbar convexidad izquierda. Escoliosis fija bastante exagerada, pero en estas escoliosis de curvas compensadoras lo esencial en la deformación es la rotación vertebral, causa de las prominencias convexas y hundimientos cóncavos que presenta la superficie posterior del tronco. Se aplicó un vendaje Abbott sin conseguir en absoluto modificación de la rotación vertebral, por lo que se prosigue el tratamiento con mecanoterapia y corsé ortopédico.

VI. Eladio F., 18 años. Escoliosis dorsal convexa derecha-fija. Dos vendajes Abbott, con los que se obtiene bastante corrección, pero como la escoliosis no era muy exagerada, el paciente no quiere seguir sometándose á nuevos vendajes, y prefiere un corsé ortopédico, acompañando al tratamiento ejercicios de gimnasia sueca en su casa.

VII.—María U., 16 años.—Escoliosis antigua dorso-cervical convexidad derecha y dorso-lumbar convexidad izquierda. De estas escoliosis altas no habla nada Abbott, y como Calot ha ensayado la aplicación del mismo método prolongando el corsé hasta la cabeza, y asegura haber logrado de este modo alguna corrección, ensayamos también nosotros el tratamiento con un corsé-collar ámpliamente fenestrado en la porción cóncava dorsal, dejando el hombro izquierdo en su parte posterior completamente libre. Se prosiguió con las compresiones semanales por piezas de fieltro, y al mes y medio se levantó el vendaje, comprobándose una corrección visible de la deformidad, pero solamente á expensas del segmento lumbo-dorsal por compensación. El segmento dorso-cervical, que era la escoliosis primaria y primordial, había sido poco modificado, ni en su desviación lateral ni en la rotación vertebral. Se aplicó un segundo vendaje en la misma forma, sin mejor resultado.

VIII.—Nicolás U., 10 años.—Escoliosis dorsal, convexidad muy desarrollada lado derecho (Fig. 2). Aplicación de un vendaje Abbott (Figs. 3 y 4) que fué levantado á los dos meses, colocándose inmediatamente un nuevo vendaje, que llevó aplicado durante tres meses. Como la corrección de su deformidad fué ya lograda con el primer vendaje, y el segundo vendaje apenas logró otra cosa que sostener la corrección alcanzada (Fig. 5) se aplicó un corsé ortopédico para proseguir el tratamiento con mecanoterapia y masaje.

IX.—Jerónima M., 14 años.—Escoliosis dorsal convexidad derecha muy acentuada. (Fig. 6). Aplicación de un vendaje Abbott que fué levantado á los dos meses. Se comprobó una gran corrección y se aplicó un segundo vendaje, que volvió á levantarse á los dos meses, lográndose la corrección que muestra la fig. 7, y como esta corrección era con ligera variación, la misma que se había observado al levantar el primer vendaje, se aplicó un tercer vendaje en suspensión, practicándose también en el mismo las ventanas correspondientes para la introducción de los fieltros de compresión, mientras se prepara un aparato ortopédico para el tratamiento ulterior.

X.—Felisa Z., 12 años.—Escoliosis dorsal convexidad derecha muy desarrollada y fija (Figs. 8 á 11). Dos vendajes, el primero dos meses de aplicación y el segundo tres meses. Las figuras 10 y 11 muestran la corrección obtenida, tanto de la inflexión como de la rotación vertebral. La enorme prominencia costal que muestra la fig. 9 correspondiente á la convexidad escoliótica, se ha corregido casi en su totalidad, como se aprecia en la figura 11.

XI.—Consuelo E., 15 años.—Escoliosis dorsal convexidad derecha bastante desarrollada (Fig. 12). Aplicación del vendaje Abbott que fué levantado á los dos meses, alcanzándose corrección casi completa. (Fig. 13). Se aplicó un segundo vendaje, con el que continúa.

XII.—María G., 14 años.—Escoliosis dorsal convexidad derecha (Fig. 14). Aplicación del primer vendaje Abbott, que lo ha llevado dos meses, notándose al salir del mismo la corrección que muestran las figs. 16 y 17. Se aplicó un segundo vendaje en ligera hipercorrección, que tuvo aplicado durante un mes, siguiendo á éste la aplicación de nuestro corsé ortopédico para escoliosis (Fig. 18) y ejercicios de gimnasia ortopédica como tratamiento final.

XIII.—María P., 15 años.—Escoliosis dorsal dextro convexa fija muy exagerada (Fig. 19) en una niña afecta de una luxación congénita doble. El primer vendaje lo ha llevado aplicado tres meses, observándose al salir del mismo la corrección que muestra la fig. 22. Se aplicó un segundo vendaje en hipercorrección, en el que continúa.

Con estos casos y algunos más que tengo en la actualidad en

tratamiento, creo haber llegado á formar mi criterio sobre el valor real del método y de sus verdaderas indicaciones, que voy á exponer para terminar este trabajo.

El tratamiento de Abbott en las escoliosis, del que se han ocupado en el corto tiempo en que su autor lo ha dado á conocer desde las revistas médicas más completas hasta las revistas de

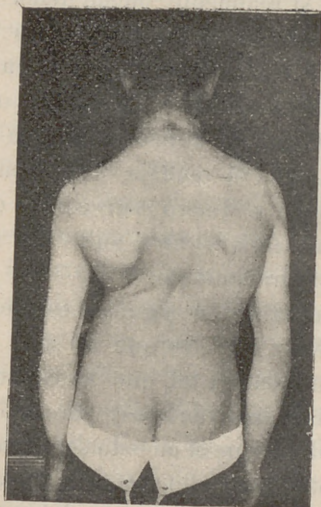


Fig. 21
T. M.—Escoliosis dentro-con-
xa.—17 años

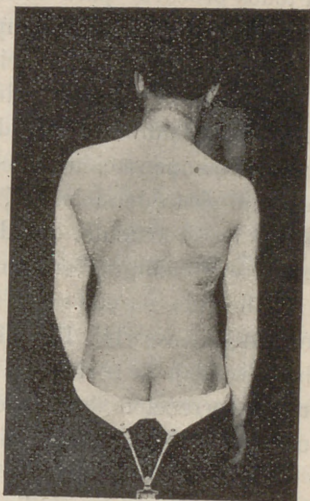


Fig. 22
T. M.—El mismo al salir del pri-
mer vendaje

propaganda de específicos y hasta la prensa diaria haciendo de él un reclamo enorme, es, sin embargo de haber dado la vuelta al mundo en pocos días y ser conocida ya su existencia en el último rincón un tratamiento sobre cuyo valor real no se ha dicho todavía una palabra y sus indicaciones no las ha precisado todavía ni el autor del método.

Los primeros trabajos que se han ocupado del Método de Abbott en Europa, se deben á la pluma de Vulpius, Calot Calvé y Böhm, y á juzgar por los mismos, era ya problema resuelto el tratamiento de la escoliosis. Pero sin duda han debido apresurarse á exponer un juicio que no habían tenido tiempo de formar, y que ahora resulta mal ajustado á la verdad. Vulpius, que en el número 15 del «Deutsche Medizinische Wochenschrift» del día 10 de Abril de 1913 escribió un interesante artículo dando á conocer el Método de Abbott en la escoliosis, describiendo comple-

tamente su técnica que él había aprendido del propio Edville Gerhardt Abbott en Partand (Estados Unidos), y con el que creía poder combatir y curar las escoliosis más graves, acaba de escribir un artículo en el número 38 del «Berliner Klinische Wochenschrift», del año pasado, en el que ya no se expresa tan favorablemente respecto al método de Abbott, aun cuando aconseja á todos probarlo para estudiar si realmente puede tener un valor duradero. El largo tiempo que deben estar aplicados los vendajes (en algunos casos ocho meses), su pequeña acción en los casos graves con curvas escolióticas secundarias, la atrofia osea que el tratamiento origina indudablemente, el hecho de que las curvas de compensación se acentúen en el vendaje, y finalmente el gran gasto de molestias, tiempo y dinero son cosas, dice Vulpius en su artículo, que deben meditarse bien antes de emprender con cualquier enfermo este tratamiento.

Yo he sido, en efecto, el sorprendido en algunas escoliosis como en los casos III, IV, VIII, XI y XIV, en que al salir del primer vendaje la corrección alcanzada era tal, que hacía suponer una corrección absoluta en ulteriores vendajes; pero no ha ocurrido así, sin que esto quiera decir que el método sea incapaz de conducirnos á la corrección total, pero ello sería sin duda al cabo de mucho tiempo después de aplicar muchos vendajes, y en suma, como dice Vulpius, que ha sido bien ingenuo, á expensas de grandes molestias, de mucho tiempo y no poco dinero.

Era verdaderamente extraño que mientras en Europa se hacía un reclamo estupendo del Método de Abbott, los americanos se ocuparan sin embargo bien poco del mismo.

En América, casi al mismo tiempo que Abbott publicaba Mackenzie Forbes su método del tratamiento de la escoliosis por rotación.

Lo mismo que Abbott, Forbes aplica sus vendajes correctores echado el paciente sobre una hamaca, y produce la detorsión del raquis por lazos correctores, que es á lo que Forbes concede más importancia, sin preocuparse de la posición en flexión forzada de Abbott, que es la característica de éste. Lo mismo que Abbott, también Mackenzie Forbes practica amplias ventanas en la parte correspondiente á las concavidades escolióticas.

Los autores americanos, al referirse al tratamiento de la escoliosis, tanto emplean el método de Forbes como el de Abbott, pe-

ro sin excederse en elogios, y el gran investigador de la escoliosis Robert Lowett, en un reciente trabajo sobre «Historia de la Escoliosis» en el «American Journal of Orthopedic Surgery», ni siquiera cita á Abbott.

No ha faltado tampoco en Europa quien haya combatido el Método de Abbott. Grisel en la «Revue d' Orthopédie», Schanz en el «Berliner Klinirsche Wochenschrift» dan un toque de atención, y desmienten en absoluto que con el Método de Abbott se obtengan correcciones de ningún género.

El resultado práctico que he visto en mis casos, no es seguramente para inclinarse á los exagerados optimismos de algunos, pero tampoco hacia el desdén de los otros.

A mi juicio, el método que Abbott ha dado á conocer, representa un gran paso en el tratamiento de la escoliosis, y si no llega á corregir todas las escoliosis, hace sin embargo de ellas, como dice Calvet, cuerpos bien presentables.

Ahora bien: ante un tratamiento como este que exige tanta molestia por parte del paciente, debemos antes de instituir este método predecir el resultado que de él puede esperarse, es decir, debemos aquilatar bien sus indicaciones y escoger los casos, y de lo que yo he podido comprobar, desde luego debe aconsejarse este método en todas las escoliosis simples, es decir, de una sola curvatura, aunque la escoliosis sea muy acentuada, y en aquellos casos de escoliosis doble en que la curva de compensación no se halle bien establecida y la asimetría del cuerpo sea bien aparente. En estos casos se consigue á la vez que disminuir la inflexión y rotación de la curva escoliótica primaria, establecer una definitiva compensación de la inflexión mayor ó menor que no hayamos logrado corregir.

Los casos de escoliosis doble, si la compensación lumbar ha logrado restablecer la asimetría del tronco, no deben ser á mi juicio tratados por el método de Abbott, porque la corrección de una curva tiene consigo aparejada la exageración de la curvatura de compensación, y al pretender corregir ésta, caemos en el extremo opuesto, dejando las cosas en la misma forma que al comenzar el tratamiento.

En vista del fracaso del método de Abbott en estos casos de escoliosis simétricas, que pudiéramos llamarlas aunque algo impropia- mente, me he decidido á seguir empleando el método clá-

sico de Wullstein; ahora bien, practicando las ventanas de decompresión costal en las regiones cóncavas, y empleando también las capas de fieltro de compresión gradual de las concavidades costales, y por lo menos si la corrección de la rotación vertebral no es tan completa como deseáramos al salir del vendaje, no producen la penosa impresión de haber destruído la simetría del tronco, empeorando aparentemente la situación, como ocurre con los tratados por el método de Abbott.

En cuanto á la región en que asienta la escoliosis como indicación para el tratamiento de Abbott, no puedo decir otra cosa sino que las dificultades que se presentan para la corrección de las escoliosis altas dorso-cervicales con el método de Wulstein, se presentan igualmente frente al método de Abbott, y los casos en que mejores éxitos podemos obtener con el método de Wullstein, que son las escoliosis dorsales, cuyo vértice convexo se halla desde la séptima dorsal hacia abajo, ó las dorso-lumbares, son también más fáciles de corregir con el método de Abbott. ¿Dónde está pues la diferencia respecto á este punto? En la rapidez de consecución de la corrección sobre todo, y también en el grado de corrección alcanzada, que están á favor del método de Abbott. He oído decir á alguien á quien yo indicara que cierta escoliosis no alcanzaría gran cosa del método de Abbott. «Pues si el método de Abbott no ha de servir para esto, no sirve para nada, porque para corregir una escoliosis simple dorso-lumbar, no hacía falta que se hubiera inventado el Abbott»; pero no hay que dejarse llevar de estos juicios, porque como digo, el método de Abbott puede corregir estas escoliosis en dos ó tres meses, para lo que acaso necesitamos emplear dos años por otros medios. Digámoslo pues en dos palabras: la corrección total de las escoliosis no se obtiene con el método de Abbott, pero en cambio nos ofrece este método garantías de mayor corrección que los métodos seguidos hasta la fecha y en plazo relativamente breve, lo que significa de todos modos, un gran avance en la deformidad, que á pesar de lo que dice Calot, sigue siendo el oprobio de la Ortopedia.

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Sesión celebrada el día 13 de Diciembre de 1913

Preside el Sr. Zuazagoitia

Sr. Aparicio.—Necesito hacer una aclaración en lo que atañe á la epidemia de Sestao. Como individuo que soy de la Junta Provincial de Sanidad, estoy enterado de todo lo que se relaciona con este asunto.

Desde un principio se probó que la causa de la epidemia se hallaba en las aguas que abastecen á la población de Sestao, pero no dejó de llamar la atención que, poblaciones como Portugalete, Desierto, etc., que se surten de las mismas aguas, no dieran contingente ninguno de enfermos; analizadas las aguas con mucha escrupulosidad, no se encontró en ellas nada anormal, y esto explicaba la falta de difusión de la dolencia á otras poblaciones que Sestao; luego aquí, en algo privativo á esta localidad estaba la causa.

En un periódico de Bilbao apareció una carta firmada por un antiguo director de una de las fábricas de Sestao, en la que hablaba de otra epidemia anterior, cuya causa residió en cierto manantial y cuyas aguas contaminadas por deyecciones humanas y de animales, propagaban la epidemia de entonces; bastó cerrar aquel manantial para desaparecer la causa de aquellas enfermedades; quizás ahora pudiera ocurrir otro tanto.

En la actualidad la Junta Provincial de Sanidad se ocupa en analizar esas aguas, y ya se sabrá lo que de ello resulte.

Por lo demás, se trata de una fiebre tifoidea, al parecer con mortalidad muy escasa y limitada exclusivamente á la región aquella.

Sr. Zuazagoitia.—Dá las gracias al señor Aparicio, cuyas explicaciones vienen á esclarecer las dudas que pudieran haber existido.

Sr. Aparicio.—*Sífilis hereditaria y tratamiento.*—Hace tiempo que tenía ganas de hablar de este asunto, pero por no haber tenido oportunidad para ello, lo he ido difiriendo hasta ahora.

Algún tiempo hace que llevaron al Hospital un niño de un mes de edad en plena eflorescencia sifilítica, con completas manifestaciones externas características, y en un estado de depresión tan acentuado, que parecía iba á morir. Abandonado á su suerte,

era de esperar un fallecimiento inminente, y pensé emplear un tratamiento antisifilítico eficaz y rápido, echando para ello mano del 606, pues el mercurio lo conceptuaba de acción lenta, no dando tiempo su absorción á que produjera efecto.

Con arreglo al peso del niño, próximamente de tres kilogramos, inyecta tres centigramos de salvarsan, empleando la vía intramuscular, pues la vía intravenosa, es de aplicación difficilísima en los niños, cuyas venas tienen un calibre estrechísimo. El estado de postración se acentuó, se elevó la fiebre y se presentó una dispnea intensa acompañada de estertores bronquiales diseminados y de algunos fenómenos pulmonares; al cuarto día falleció el enfermito con trastornos sespiratorios, y sin que la inyección de salvarsan hubiera producido modificación alguna ni en el estado general ni aún en el local; le quedó una verdadera impresión fotográfica del caso aquel, que le demostró la ineficacia del salvarsan entonces. Hace poco tiempo he tenido ocasión de visitar un niño heredo-sifilítico también, y cuyas particularidades pasa á describir.

Estando embarazada la madre, que ya había abortado varias veces, sin conseguir un niño vivo, la visitó el doctor Aparicio, tratándola una sífilis mediante el Jarabe de Gibert; nació un niño vivo, de tiempo y sin manifestación sifilítica ninguna; á los siete días de nacer se le propinaron unas uncciones mercuriales por el procedimiento clásico, pero cinco días después el niño sufrió unos violentos ataques de eclampsia, con una rigidez completa, estando el enfermo en una situación gravísima.

Quedó asombrado el Dr. Aparicio por semejante estado de cosas, pues no podía explicarse cómo una madre aparentemente sana, ó muy aliviada, tanto que le permitió dar á luz un feto vivo y sano, también en apariencia, después de un buen tratamiento antisifilítico. Estando éste en pleno tratamiento mercurial, no sabía cómo salir de este apuro, pues el enfermito reclamaba un tratamiento rapidísimo, en consonancia con la urgencia del caso.

No se decidía por el salvarsan, recordando el caso anterior, y por no haber unanimidad de pareceres entre los autores respecto de la eficacia de este preparado en tales casos, pues, y queriendo obrar de prisa, se debía utilizar la vía venosa, de insuperables dificultades en los niños, ó la vía rectal, recomendada últimamente, pero de la cual carece de experiencia, ni hay unanimidad de pareceres, ya que la vía intramuscular no le dió resultado en el

caso que él cita. Por todo esto se decidió por los preparados mercuriales, y entre ellos echó mano del licor de Wan Soieteneta, del que administró, por vía subcutánea, un gramo, es decir, un miligramo de principio activo. Cuando se decidió por este medicamento, el enfermito presentaba un edema generalizado, de procedencia infecciosa, indudablemente; pues bien, desde la segunda inyección se vieron palpablemente los efectos; el niño se comprobó que estaba mejor; desaparecieron paulatinamente los ataques, el edema cedía muy rápidamente, tanto que, á la sexta inyección el niño estaba ya sin edemas y sin convulsiones; á la décima inyección el chico está curado.

Transecurrido un mes, parece como que quiere retoñar en el enfermo algo de lo pasado, y en su vista, el Dr. Aparicio piensa recurrir á las fricciones mercuriales.

Consecuencias que pueden desprenderse de estos hechos.

Que en los casos de heredo-sífilis no debe desecharse el tratamiento mercurial clásico.

Que el salvarsan en el único caso en que lo fué empleado no le dió resultado alguno satisfactorio, sin que esto quiera decir ni mucho menos, que no sea eficaz, en contra de la opinión de muchos autores que lo conceptúan excelente.

Que dada la dificultad del empleo del salvarsan por vía intravenosa en los niños, debe desecharse, y respecto de la vía rectal, no están muy acordes los autores, por no existir suficiente número de casos para decidirse en ese sentido.

Y que por último, y como demostrativo de la bondad del mercurio empleado como se debe, fué citado y expuesto este último caso.

Sr. Mendaza.—Felicitá muy cordialmente al Dr. Aparicio por la exposición de los dos casos, y se congratula muy de veras haberle oído, pues dice ha aportado sus extensos conocimientos á este asunto y dilucidado la cuestión del tratamiento de la heredo-sífilis, hoy un poco desquiciado á causa de las nuevas ideas y de los nuevos tratamientos, que no parecen haber aportado grandes ventajas sobre los antiguos y muy acreditados procedimientos de curación de la sífilis.

Habla de un caso que á él le ocurrió visitar y qué, sin un diagnóstico etiológico exacto, sino de lesión, hubo de tratarlo como sífilítico por los componentes mercuriales, y que terminó por la curación.

El Secretario General

C. MEMDAZA.

BIBLIOGRAFIA

Los síntomas y su interpretación, por James Mackenzie.

«Traducción española de la segunda edición inglesa, por el Doctor *Luis Sayé*, Profesor auxiliar numerario de Patología general.»

Esta obra es de lo más original que hemos leído, y siendo como es esta cualidad una de las más raras, basta esto para hacer comprender que la obra de que se trata es de lo más curioso que hemos visto nunca.

Es imposible condensar en un sencillo juicio crítico el plan general de la obra; para el autor el *dolor* no sólo es el más importante de los padecimientos, sino que es el signo diagnóstico más instructivo, ya que el estudio del mecanismo que lo determina dá la clave muchas veces para emplear los medios más eficaces para aliviar al enfermo. Alrededor de esta concepción, de esta idea, gira todo el plan de la obra.

Así, pues, luego de haber definido el dolor en sí, habla del dolor visceral, del reflejo visceromotor, con las leyes que determinan la naturaleza de los síntomas reflejos y el mecanismo de producción del *dolor directo* y del *dolor referido*; pasa luego á describir las afecciones de los aparatos digestivos, urinario, genital y respiratorio, así como las enfermedades del sistema nervioso, fijándose de una manera especial, aunque no exclusiva, en el susodicho síntoma *dolor*, en todas ó en casi todas las enfermedades, con particularidades muy curiosas y muy dignas de tenerse en cuenta en cada caso especial.

Desde luego que no es el dolor el único síntoma en que se fija para establecer el diagnóstico, fundamentar el pronóstico ó formular un tratamiento, pero es el síntoma primordial, el más culminante y en algunas ocasiones el único que facilita al médico su camino, y que pone en guardia al paciente, haciéndole saber que está enfermo. Por eso, pues, está muy justificado el predominio que sobre los otros síntomas asigna el Dr. Mackenzie al dolor.

Avaloran la obra 18 grabados, muy curiosos también, como lo demostraré, simplemente el enunciado de uno de ellos, cualquiera, cogido al azar. «Diagrama que demuestra el mecanismo por que se produce el dolor, los reflejos víscero-motores, y los reflejos orgánicos en las enfermedades viscerales».

Después de recomendar la adquisición de esta obra, que juzgamos de positiva utilidad, terminaremos copiando un párrafo de la «Introducción» del traductor, y que dice así: «Los resultados á que ha llegado Mackenzie, son el mejor estímulo para los médicos que cuentan con pocos medios de trabajo, sin la organización de un hospital, ó el material de laboratorio, pues demuestran cuánto puede conseguirse únicamente *pensando ante el enfermo*, no obrando rutinariamente. Mackenzie ha llegado á conclusiones fisiológicas fundamentales, *sólo observando enfermos*, sin contar con las que ha aportado definitivamente al arte del diagnóstico».

Manual práctico de Farmacia por el Dr. P. E. Alesseandri, profesor de Bromatología y Química Farmacéutica en la Real Universidad de Pavía.

Traducido de la cuarta edición por el Dr. José López Capdepón, catedrático de Química inorgánica en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona.

El editor, D. Gustavo Gili, merece plácemes por la publicación de este importantísimo libro, porque ha prestado un gran servicio, tanto á los médicos como á los farmacéuticos con su publicación.

Forma un volúmen de 646 páginas, de 54 por 24 ctms, con 109 grabados y 185 tablas.

Su contenido es verdaderamente inmenso, que interesa saber lo mismo al médico que al farmacéutico, droguista, químico, etcétera, etc.

Como hoy nos falta espacio para hacer un juicio crítico tal como el libro lo exige, sólo nos limitaremos á enumerar los títulos de las materias tratadas en él, á saber:

Cuerpos simples y compuestos, inorgánicos y orgánicos, usados en Medicina.

Vegetales y animales, sus partes y sus productos inmediatos usados en Medicina.

Farmacia galénica y técnica-farmacéutica.

Preparados officinales y magistrales.

Pasología para uso interno y para uso hipodérmico.

Toxicología.

Suplemento, (Nuevos compuestos químicos).

Por lo que antecede, se vé claramente la importancia de este tratado, y no dudamos en afirmar que prestará grandes servicios á los profesionales, por constituir su enorme contenido una biblioteca completa.

La traducción está hecha admirablemente por el distinguid y docto catedrático de Química inorgánica de la Facultad de Farmacia de la Universidad catalana, es decir, por persona competentísima, cosa que, por la general, no sucede con la mayor parte de nuestras traducciones.

C. DE Z.

