

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIII

Bilbao—Agosto—1907

Núm. 152

## URETROTOMIA INTERNA POR ESTRECHECES BLENORRÁGICAS

—\*—

Las dos observaciones que anotamos, son sencillas y de escasa importancia bajo el punto de vista clínico.

Se trata de pequeñas lesiones del aparato genital con síntomas de infección general cuya verdadera causa pasó desapercibida; por consecuencia, en ambos casos, el diagnóstico se hizo por afinidad á cuadros parecidos y el tratamiento, como es natural, no dió resultado alguno.

El diagnóstico en nuestro caso primero fué de impulsismo, y de infección gripal en el segundo.

En estos casos la mayoría de los falsos diagnósticos, son debidos á la obstinación del enfermo (jóvenes) en callar su pasado genital; otras veces (las menos) hay que culpar al médico, que saliéndose fuera de su verdadero papel, se deja guiar de la honorabilidad del enfermo, y excluye del interrogatorio, todo lo que se relacione con mal llamadas enfermedades *secretas*.

S. G., de 38 años de edad, empleado. En el servicio militar, á los 21 años, contrae su primera y última blenorragia; empleó para su curación las inyecciones uretrales de una solución fenicada, cápsulas de sándalo al interior; las micciones eran normales; al año aumentó su frecuencia, tanto nocturna como diurna; las orinas eran sucias; consultóse con el médico militar que le ordenó los lavados vesicales con sonda uno de los días de cura y después de la misma hubo una hematuria terminal abundante.

Olvidóse nuestro enfermo de la blenorragia y ha dado

escasa importancia á la supuración, que persiste á pesar de su antigüedad

Hace cinco años que aparecieron los primeros desórdenes en la micción, disminución del chorro de orina, retenciones pasajeras que aparecen al menor exceso, y frecuencia nocturna. Aconsejaron que se dilatase de vez en cuando con las sondas cilíndrico-olivares. La dilatación dió de sí todo lo que pudo dar; restableció la permeabilidad uretral á costa de la salud general.

Con la dilatación entra en escena la infección con sus accesos característicos, escalofríos, calor, sudor seguido de aplanamiento general.

En un principio estos accesos se distanciaban el uno del otro, por períodos de seis y siete meses y coincidían con las sesiones de dilatación; (observación del propio enfermo) más tarde eran semanales é independientes del cateterismo; últimamente se sucedieron cada tres días; su estado general iba de mal en peor, pérdida de apetito, disminución notable de peso y cambio de coloración, color amarillo-térreo. El médico que visitó al enfermo, en vista de la sintomatología y dada la obstinación de éste en no hacer relación alguna de su enfermedad, prescribió la quinina sin que diera resultado alguno.

A todo esto los desórdenes locales iban en aumento gradual, las micciones cada vez más frecuentes; llegó á orinar gota á gota tras grandes esfuerzos; hacía tres meses que no se sondaba y le era de todo punto imposible dilastarse con un número 7 que tenía á mano.

El 22 de Marzo presentóse en mi consulta el enfermo, cuya historia acabo de relatar; supliqué orinase y después de larga espera aparecieron las primeras gotas purulentas; continuó la micción gota á gota de unos cincuenta gramos de orina sucia pero transparente: el tacto rectal no dió resultado alguno, así como tampoco la palpación renal; la exploración uretral fué larga, difícil y algo dolorosa; los exploradores olivares Guyón tropiezan todos á la salida de la fosa navicular, tampoco pasa una cilíndrica número 5; tras un tanteo de algunos minutos, llegamos á

franquear la estrechez con una filiforme que para de nuevo en la porción escroto-perineal, la contestura de la estrechez de la primera porción peniana es de tal grado que se adhiere fuertemente sobre el filiforme é impide toda sensación táctil.

Se suspenden por un momento toda maniobra uretral; recurrimos á la inyección de una solución compuesta de cocaína 1 por 100, adrenalina 1 por 1000, partes iguales: 5 c c. La inyección se hace á presión y se le retiene durante diez minutos; intentamos de nuevo pasar una filiforme en bayoneta, que llega por fin á la vejiga, se fija la filiforme al pene y recomendábamos que retenga hasta la visita del siguiente día.

No sabemos el número de estrecheces que existían en aquella uretra, pero se traducían al exterior por zonas esclerojenas esponjosas, una de ellas situada en la primera porción peniana, de un centímetro de extensión redondeada y dura; la segunda de consistencia pétreaa atravesaba toda la región perineal; recuerdo haberlo visto sólo una vez en el Hospital Lariboisiere en el servicio del profesor Hartmann una estrechez análoga en un individuo electrolizado en Viena por dos veces: á esta clase de estrecheces llaman los franceses retrecissement en tuyau de fripe.

Al siguiente día de nuestras exploraciones, pudimos pasar con facilidad relativa una filiforme de mayor calibre, que también quedó en permanencia durante veinticuatro horas.

El día 24 se le hizo la uretrotomía interna con anestesia local por inyección de cocaína 2 por 100. Los resultados operatorios fueron muy buenos; una sonda permanente número 18 funcionó á maravilla, durante 48 horas, gracias al señor Villamor, que salvando dificultades y distancias asistió é hizo los lavados.

El 27 se levantó la sonda permanente; cuatro horas más tarde salía el enfermo á la calle sin novedad alguna.

Posteriormente hemos visto al enfermo, que ha mejorado notablemente, han desaparecido los accesos febriles, pero las orinas no han adquirido la limpidez normal.

Después de tres secciones de dilatación y habiendo llegado al número 24 Charrier y previos consejos sobre la antisepsia de las sondas, hemos confiado los números 16, 17 y 18 para dilatarse dos veces por semana.

#### UN CASO DE SÍFILIS MALIGNA

Juan A., 21 años de edad, alto, rubio, delgado, de constitución delicada; hace seis meses contrajo su primera blenorragia epididimitis del testículo derecho, que curó por completo al cabo de 28 días. Presentóse en mi consulta el 26 de Octubre de 1906; hacía ocho días venía sufriendo de fuertes dolores de cabeza y extremidades inferiores acompañados de elevación de temperatura, que aparecen todas las tardes y llegan á desaparecer hacia la media noche; ha perdido el apetito, la desnutrición es grande y la palidez acentuada; presentaba el muchacho el aspecto de un caquéctico. Llamaron al médico de la familia, que diagnosticó de infección gripal.

En vista de que no mejorara á pesar de las prescripciones facultativas, sospechó el enfermo que su enfermedad pudiese estar relacionada con dos chancros que hacía mes ó mes y medio habían aparecido en el pene. No se atrevió á declarar al médico la existencia de los chancros por miedo á la familia, y la noche del 26, aprovechando la ausencia de casa de su madre que le cuidaba, llegóse como pudo á mi consulta para aclarar las dudas que le atormentaban.

Presentaba dos ulceraciones, una en la cara inferior del pene, parte media pequeña redondeada y la otra en el reborde prepucial, ambas superficiales, rojizas, cubiertas de una serosidad sanguinolenta y de induración apergaminada, infartos ganglionares, uno en cada ingle, duros redondeados, del tamaño de un huevo de paloma, debido á una ligera peri-adenitis dolorosa; la temperatura general de 39,3° con 103 pulsaciones; la auscultación pulmonar negativa; ausencia de fenómenos gastro-intestinales.

No era difícil ver la relación de la sintomatología arriba indicada con la sífilis y aún era más fácil profeti-

zar la desaparición de los desórdenes alarmantes en cuanto hiciera su aparición la roseola. La misma noche se hizo una primera inyección del aceite gris y á los seis días aparece en la región abdomino-lumbar, no la clásica roseola sino una sífilide papulosa confluyente á papulas grandes que se generaliza rápidamente (ocho días) respetando tan sólo las extremidades inferiores y la cara dorsal de las manos. A excepción de los brazos donde la sífilide era eritematosa, afectaba la dermatosis en las demás regiones el tipo indicado, en el cuero cabelludo la papulos eran pequeñas y costrosas, gigantes y en número reducido (4) en la región frontal. Participaron y con antelación en el ciclo, de aparición de los accidentes secundarios, las mucosas. Se ven numerosas placas en el velo del paladar pilares anteriores comisuras labiales y hay dos ó tres en las márgenes del ano.

Ha seguido nuestro enfermo un tratamiento combinado, uno tónico y el otro mercurial (inyecciones semanales de aceite gris al 40 por 100).

A pesar del tratamiento bien dirigido (pues se han hecho 14 inyecciones) la erupción persiste todavía en el dorso y regiones lumbares, siendo numerosas las placas que ha presentado en el transcurso de estos seis meses.

Llama la atención la aparición frecuente de las placas mucosas, puesto que el muchacho, á más de esmerarse en el cuidado de su boca, no es fumador y posee una hermosa dentadura.

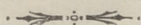
En suma, una sífilis que comienza por manifestaciones generales inquietantes, seguidos de accidentes secundarios generalizados, que persisten y resisten al tratamiento, bien puede calificarse de maligna.

Y como conclusión final se deduce una muy lógica: que el médico ha de completar sus observaciones con el examen del aparato genital y no será rara (y sobre todo tratándose de muchachos jóvenes) se encuentre con lesiones inesperadas que aclaren un diagnóstico dudoso.

JESÚS DE ARRESE.

Mayo 1907

## REVISTA EXTRANJERA



**El aire de los hospitales, por el Dr. Thompson.**—Aunque es sobradamente conocida la deficiencia ventilatoria de que adolecen la mayor parte de los hospitales, es el caso que se transige con ella, bien por falta de medios para su mejoramiento, bien por considerarla de importancia secundaria ó por un indiferentismo rutinario, no adoptando disposiciones que hagan menos malo el aire que se respira.

Pero reconocida en estos tiempos la importancia de la terapéutica del aire puro en el tratamiento de las enfermedades en general y de las infecciosas, respiratorias y circulatorias en particular, llama desde luego la atención el ver dentro de una sala hospitalaria acumulados enfermos distintos que necesitan condiciones de aereación diferentes. Así el neumónico, cuya fiebre sube á 40° ó más, que le conviene aire fresco y puro, es vecino de un urémico cuya temperatura está por debajo de la normal, necesitando un aire caliente y cubiertas templadas; el tifoideo se encuentra al lado del anémico y el neurasténico con el delirante.

Y es que se cree que se hace lo bastante con mantener la temperatura de la sala alrededor de 20°, de Octubre á Mayo, noche y día, sin tener en cuenta el grado higrométrico del aire, su ácido carbónico y la contaminación que sufre por varios conceptos.

En estas condiciones, el aire sujeto á un calor continuo, si bien no mata, al menos en nada favorece á la convalecencia y curación de la enfermedad.

Las diversas experiencias hechas con el objeto de estudiar las impurezas del aire en las salas de los hospitales, han sido confirmadas por el Dr. Thompson, de Nueva-York, dando los resultados siguientes:

El aire atmosférico que ordinariamente contiene en 10.000 volúmenes 4 de ácido carbónico, es considerado como impuro desde que pasa de esta cifra y se convierte en dañoso en extremo si llega á 5 por 10.000 y absolutamente irrespirable con la cifra 6. En las salas en tiempo ordinario la proporción fué de 4,71 por 10.000, cuya cifra se elevó á 5,13 después que permanecieron una hora en ella veinte estudiantes y cuatro enfermos. Llegado este momento, se

ordenó la apertura de las ventanas durante diez minutos, bajando á 4,30 el ácido carbónico y un grado la temperatura.

Pero al ácido carbónico en exceso hay que añadirle el polvo y los diferentes microbios y esporos que se suspenden en el aire, con los barridos hechos sin previsión alguna y el movimiento de las gentes.

El Dr. Thompson ha observado hechos muy interesantes bajo el punto de vista clínico. Encargado á la vez de dos salas en dos distintos hospitales, el uno antiguo, desprovisto de sistema de calefacción perfeccionado y de ventanas de buen cierre y el otro moderno con calefacción y ventilación consideradas hasta el día como perfectas, los enfermos de este último hospital no respiraban jamás un aire que no fuera previamente calentado. Los que ocupaban el antiguo asilo curaron incomparablemente más pronto, ventilando las salas dos veces al día, con las debidas precauciones al abrir las ventanas, que los del hospital moderno.

Asímismo como consecuencia de estos hechos, ordenó las instalaciones de cuartos particulares, en los que estaban siempre abiertas las ventanas, para colocar en ellos ciertos enfermos en los que puede instituirse esta prescripción terapéutica, obteniendo resultados satisfactorios.

¿Cuáles son estas clases de enfermos? En primer lugar se hallan los neumónicos lobulares agudos. Durante el año de 1906 han sido tratados en el hospital presbiteriano de Nueva-York, 128 casos de neumonía aguda: de éstos, 47 no tomaron medicamento alguno, á excepción de algún laxante que estuvo indicado; ni estimulantes, calmantes, inhalaciones y expectorantes se emplearon al objeto. Todos estuvieron expuestos al aire continuamente, bien abrigados, sin que ninguno se quejara: antes bien, manifestaron su gran alivio desde los primeros momentos que respiraron el aire fresco.

Los alcohólicos delirantes, sobre todo si se hallan cianosados, deben ser expuestos al aire libre, pues la cianosis y la excitación se atenúan más rápidamente que dándoles el oxígeno en inhalaciones. Los medicamentos calmantes y estimulantes pueden disminuirse en su cantidad.

La meningitis cerebro-espinal, las infecciones crónicas, la anemia en sus variadas formas, el tifus, la fiebre tifoidea y la erisipela, curan en grandes proporciones, cuando á los enfermos se les expone al aire.

En prueba de ello, durante una epidemia fuerte que reinó en Nueva-York, á consecuencia de la fiebre tifoidea y tifus, los hospitales se llenaron en tales términos, que hubo necesidad de colocar á

los enfermos en tiendas de campaña. La mortalidad que se apreció en estas fué de 1 por 17, mientras que dentro del asilo alcanzó la proporción de 1 por 6.

De todo lo cual deduce Thompson que debe tomarse con más cariño la aereación continua que se ha hecho hasta el presente, desechando prejuicios de peligro para el enfermo. Las ventanas de las salas debieran abrirse sobre terrazas cubiertas, (verandahs) donde se colocaran los enfermos que necesiten del aire libre, fresco en abundancia.

Como medida general, el médico de sala debe ordenar la apertura de las ventanas de la misma, por lo menos dos veces al día y si fuera preciso, tres, durante un cuarto de hora, teniendo cuidado de evitar las corrientes de aire con las puertas de acceso á ella y abrigando cuidadosamente á los enfermos antes de abrirlas con el fin de impedir todo enfriamiento.

No debe fiarse el médico en la alabada bondad de la calefacción combinada con la ventilación moderna, pues no está resuelto por desgracia ese problema y el aire continúa siendo caliente pero impuro. Después de todo, cuando la apertura de las ventanas tiene lugar en tiempos fríos, no se prolongará más de diez minutos en cada sesión, á fin de que no baje la temperatura de la sala más de dos grados.

¡Desgraciadamente en la práctica, se observa que en los hospitales por no tener un inspector constante que dirija tanto la limpieza como la calefacción y ventilación, estos servicios dejan mucho que desear posponiéndolos á otros medios terapéuticos! En cambio, ¡qué de discusiones bizantinas!

En cuanto á la aplicación del aire puro y fresco á los enfermos que lo necesiten, los prejuicios antiguos y la carencia de salas apropiadas, ya que parezcan exageradas las *verandahs inglesas*, no pensamos verlas en nuestros días.

**Las úlceras varicosas.**—Esta afección cuyo asiento ordinario tiene lugar en las piernas de los trabajadores, alcohólicos y esclero-artríticos, se halla caracterizada por una solución de continuidad crónica acompañada de gangrena molecular lenta, dominando en ella tres lesiones: una, las varicis y flebitis; otra, la neuritis, y en último término el ateroma arterial.

La ulceración se manifiesta en general, cuando la piel está surcada de venillas superficiales ó existen varices profundas, y muy rara vez, cuando las dilataciones venosas son muchas y enormes, afectando la forma de la cabeza de Meduza, que como es sabido estaba llena de gruesas serpientes.



En efecto, las varices de las venillas se encuentran profundamente situadas en los troncos nerviosos, dando lugar á trastornos nutritivos de los elementos anatómicos, los cuales se acentúan más si sobreviene la flebitis.

La neuritis es la consecuencia de estas alteraciones venosas por dilatación de los *vasa nervorum* que provoca una esclerosis intra y extra fasciculares.

El ateroma arterial se halla probado en los casos de gangrena senil coincidente con una úlcera.

Estas lesiones por un encadenamiento fatal de la arteria á la vena, de esta al nervio, de este al hueso, y de él á la piel, proceden de la misma causa, es decir, del artritisismo. Así es que el médico encargado de tratar una úlcera varicosa, deberá estar prevenido para proceder á un examen serio antes de tomar resolución alguna.

Ahora bien: ¿debe curarse toda úlcera varicosa? La escuela de Viena opina que á todo trance debe intentarse la curación á la mayor brevedad posible: pero la francesa menos absoluta, prescribe un tratamiento paliativo, cuando á la vez existan una insuficiencia renal del hígado ú otra lesión visceral antigua que pueda comprometer la vida, pues considera á la úlcera como un emunctorio necesario.

El tratamiento puede ser paliativo, curativo y profiláctico.

Cuando exista alguna contraindicación para curar totalmente la úlcera, se prescribirá lociones diarias calientes que deterjan y calmen su superficie y tejidos ambientes; á continuación se empleará una solución antiséptica débil, como la siguiente:

D <sup>pe</sup> . Bicarbonato sódico . . . . .	5 gramos
Salicilato sódico , . . . .	20 »
Agua destilada . . . . .	1000 »

D<sup>ve</sup>.

Después de practicado lo que antecede, se expolvoreará la úlcera con subcarbonato de hierro ó aristol, cubriéndola de uata, sostenida por una venda, quedándose el enfermo en la cama ó sentado con el miembro sostenido horizontalmente por una silla.

Si se propone la curación del mal, ante todo hay que hacer desaparecer toda inflamación por medio de uata cataplasmas mojadas en agua caliente hervida, renovadas varias veces al día. Desaparecida aquélla, se procede á la cura napolitana perfeccionada por el Doctor Lucas Championier, ó el del Dr. Unna, que no exigen el reposo en cama.

La cura de Championiere consiste en cubrir la úlcera con tortas de hilas, que se las sumerje en agua templada que contenga 2 por

100 de ácido fénico y que previamente haya sido sometida á la ebullición.

Encima de ellas se coloca una capa de la siguiente mezcla:

D <sup>pe</sup> . Pomada alcanforada. . . . .	} a a 10 gramos
Jabón medicinal. . . . .	
Ungüento napolitano . . . . .	

D<sup>ve</sup>.

Luego se cubre el todo por medio de un tafetán y se venda.

Esta cura se renueva cada cinco días; per sino limpiar el fondo de la úlcera.

El procedimiento del Dr. Unna consiste: 1.º en un baño jabonoso templado que dure de 15 á 20 minutos con el fin de limpiar bien la región; 2.º de desinfección por el sublimado al milésimo y taponar la úlcera; 3.º aplicación alrededor de la úlcera y sobre la región eczematosa la pasta del Dr. Lassar:

D <sup>pe</sup> . Almidón . . . . .	} a a 20 gramos
Óxido de zinc . . . . .	
Vaselina . . . . .	

M<sup>e</sup>

4.º Expolvoreo de la úlcera con el iodoformo, aristol ó dermatol, cubriéndola con uata: 5.º por medio de un pincel, se embadurna la pierna y las partes cubiertas por la pasta de Lassar, con la cola líquida al baño-maría, siguiente:

D <sup>pe</sup> . Gelatina . . . . .	} a a 30 gramos
Oxido de zinc . . . . .	
Agua . . . . .	} a a 80 gramos
Glicerina. . . . .	

Fúndase al baño-maría.

6.º Aplicar una venda de tarlatana almidonada templada de dos globos iguales. El trozo medio que une los dos globos se coloca en el punto opuesto á la úlcera, y viniendo á cruzarse delante de la úlcera: después se los lleva atrás para ser entrecruzados y así sucesivamente. Cúbrase el todo con una ancha venda de protección.

Este tratamiento deberá renovarse cuando la secreción de la úlcera atraviese la venda ó sea á los 2 ó 4 días, hasta la curación.

No olvidarse nunca de que para levantar todo apósito que se tema esté adherido á los tejidos, es preciso no cansarse de mojarlo con agua caliente aséptica á fin de evitar arrancamientos.

La cirugía intervendrá en los casos rebeldes y extensos por medio

de inertos epidérmicos, ó dermo-epidérmicos, incisiones circulares y ligaduras.

Finalmente; curada una úlcera varicosa por cualquiera de los medios aconsejados, hay que vigilar con cuidado para evitar su recidiva y del eczema concomitante, continuando durante muchas semanas con la aplicación de la pasta Lassar. Se usarán medias elásticas; se prescribirán algunos purgantes para restablecer el equilibrio en la depuración de la masa sanguínea en los casos en que haya servido de exutorio la úlcera. Los alcalinos y el ioduro potásico unidos á un régimen alimenticio suave, serán el tratamiento de fondo contra el artrismo.

**El procedimiento de Deventer-Müller en las presentaciones obstétricas de nalgas.**—La carencia de signos suficientes para poder asegurar si la mitad superior del cuerpo de un feto, se desprenderá ó no de una manera natural al verificarse un parto por nalgas, suele dar lugar á una intervención manual con alguna frecuencia.

Cualquiera que sea el momento en que ésta tenga lugar, debe ejecutarse en las mejores condiciones posibles á fin de evitar daños que pueden causarse á la madre y al niño.

Desde luego será fácil el desprendimiento de los hombros, cuando los brazos conservan su posición normal, es decir, cruzados sobre el pecho, á condición de no tirar demasiado pronto de la parte inferior del feto ó sea antes de que la punta del omóplato se haya desprendido. De no proceder con esta oportunidad, la mortalidad fetal es grande.

Una vez conseguida la salida del ángulo inferior del omóplato ¿qué conducta debe seguirse? Varios y diversos procedimientos más ó menos complicados se indican para desprender los brazos; pero el de Müller, que consiste en no tratar de desprenderlos parece más sencillo y suave. Esta idea, que nada tiene de nueva, pues en los siglos XVIII y XIX, los especialistas en partos Drs. Hoorn y Deventer eran adversarios de sacar los brazos previamente y en cambio aconsejaron que simultáneamente con la cabeza debieran ser extraídos con el objeto de evitar á ésta su estrangulación por el cuello uterino.

En efecto, al Dr. Müller se debe el haber precisado la técnica y las indicaciones del procedimiento, así como también el demostrar que aún cuando los brazos no se hallen en flexión, es inútil el tratar de desprenderlos desde el primer momento.

He aquí su técnica:

Cuando la parte inferior del tronco del feto se ha desprendido

espontáneamente hasta el nivel de la punta de los omóplatos se cojen estas extremidades con ambas manos y se tira fuertemente de ellas hacia abajo y atrás con el objeto de hacer resbalar el hombro anterior á lo largo de la cara posterior de la sínfisis y desprenderlo por debajo de la cara pubiana. La extremidad inferior del tronco del feto se la dirige fuertemente, en este momento, en sentido opuesto, es decir, hacia adelante y arriba, (vientre de la madre) maniobra que hace resbalar el hombro posterior á lo largo de la pared posterior pelviana, para franquear el estrecho inferior. Durante ella, los brazos se desprenden de un modo espontáneo en su totalidad ó por lo menos el antebrazo aparece en la vulva y entonces es fácil cojerlo para sacar el resto del miembro.

Las ventajas principales del procedimiento del Dr. Müller son las siguientes:

- 1.<sup>a</sup> La supresión del desprendimiento preliminar de los brazos hace ganar tiempo en provecho del niño y la madre.
- 2.<sup>a</sup> Los peligros de fracturas del húmero ó clavícula son nulos.
- 3.<sup>a</sup> Los riesgos de infección disminuyen al no tener necesidad de introducir profundamente las manos del partero en los órganos genitales.
- 4.<sup>a</sup> La sencillez de la maniobra es tal, que puede ser encomendada á una partera poco expérta.

Este procedimiento fracasa en los casos de deformidades pelvianas acentuadas. Para ellas, el Dr. Müller aconseja una maniobra particular que la titula *tracción forzada* y que necesita el empleo de una fuerza considerable, pero expone á la fractura de la clavícula, por lo cual no debe recomendarse en manera alguna.

Las estadísticas alemanas son favorables al citado procedimiento, como quiera que bajo todos puntos de vista, presenta ventajas incontestables.

DR. IGNOTUS.

---

## SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

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

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

POR EL PROFESOR B. KRONIG.

Traducción directa del alemán

POR EL DR. CARMELO GIL É IBARGÜENGOITIA (1)

DE LA REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS

(Conclusión.)

Las causas que á juicio de Lieremberger produjeron la muerte en los casos de craneotomía son:

Cuatro casos ya explorados ya fuera de la clínica; fallecieron de sepsis.

En cuatro casos se practicaron fuera de la clínica operaciones destinadas á poner en salvo la vida del producto; de ellos murieron tres en la clínica, de sepsis, y uno por rotura uterina.

En tres casos se practicaron las craneotomías en la clínica; murieron de hemorragias.

En seis casos las causas fueron enfermedades de la madre: cuatro eclampsias, un carcinoma y miomo mortificado.

Mieremberger deduce de esto que solamente un caso está en directa relación con la intervención, y como consecuencia, la mortalidad materna de la craneotomía en la clínica de Chrobak queda reducida al 0,5 por 100.

Si reunimos enfrente de ésta las causas de muerte en las operaciones cesáreas llevadas á cabo en la misma clínica, vemos que solamente 2 de los 11 casos desgraciados están en directa relación con la intervención.

Caso 1, muerte de eclampsia.

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

Casos 2, 3 y 4, resultas de roturas uterinas fuera de la clínica (las mujeres ingresaron en un estado desesperado).

Caso 5, carcinoma de la porción vaginal; además sufrió la mujer varios ataques de eclampsia antes de la intervención.

En los casos 6, 7 y 8 se practicaron maniobras fuera de la clínica, antes de la cesárea; de ellas, dos murieron de infección; una, de hemorragia.

Caso 9, intentos de operación fuera de la clínica (aplicación alta de forceps en la clínica).

Caso 10, se intentó una aplicación alta de forceps.

Caso 11, atonía uterina en el segundo día; relaparotomía; muerte por peritonitis.

Se puede, á lo sumo, de estos 11 casos, sólo los 2 últimos ponerlos en relación directa con la operación; y acaso sólo uno, pues del segundo faltan detalles necesarios para formar juicio en las historias clínicas de Lieremberger. Según lo expuesto, se puede hacer una reducción de casos y admitir que en 67 cesáreas sólo hubo un caso de muerte.

Pudiéramos ampliar con nuevas estadísticas las anteriores; pero sólo como ejemplo citaré la de Leipzig, que debemos agradecer á Bretschneider. Este autor entresaca una mortalidad materna en la craneotomía de 7 por 100, y reduciendo queda una de 0 por 100.

En el mismo espacio de tiempo se hicieron 42 cesáreas con un solo caso de muerte, y precisamente falta la historia clínica detallada del mismo; de modo que no podemos estudiar si en realidad este caso de muerte tenía ó no relación directa con la intervención.

Una cosa parecida ocurre con la sinfisiotomía. En la clínica de Pinard se practicaron en el espacio de tiempo de 1882-1899, 81 craneoclasias, con 9 casos de muerte de la madre=11,5 por 100. En la misma clínica practicó Pinard 86 sinfisiotomías, con 10 casos de muerte=11,6 por 100. Esta mortalidad tan grande de la sinfisiotomía se debe á que Pinard ha practicado la operación aun en mujeres que habían sido exploradas varias veces fuera de la clínica, ó en las que se había ya intervenido con el objeto de intentar salvar la vida del feto.

Yo creo que, según esto, debemos exponer la siguiente conclusión:

*Con buena técnica y buena asepsia, cuando la mujer se presenta á ma-*

*nos del tocólogo poseyendo aun un canal genital aséptico, el pronóstico de la sinfisiotomía y de la operación cesárea, en relación á la mortalidad materna, es apenas desfavorable comparada con el de la craneotomía.*

Para llegar á conclusiones definitivas no basta, como hasta ahora hemos hecho, establecer las cifras de mortalidad, sino que es preciso hacer lo propio con la *morbilidad*.

Tambièn desde este punto de vista se juzga de ordinario como más favorable á la craneotomía. En los casos de craneotomía reunidos por Lieremberger en la clínica de Chrobak, se describen las siguientes complicaciones que sufrieron las mujeres que vivieron, y que no dejan de tener influencia en la marcha de la convalecencia: una rotura completa del periné, 11 rasgaduras del cuello, 6 lesiones de importancia en los labios del cuello, 2 roturas completas del útero y una fistula vèsico-vaginal.

El tiempo que permanecieron en la clínica fuè, en 16 casos, más de tres semanas. Se debe aún hacer notar que son distintas las condiciones del puerperio en las sinfisiotomizadas y cesareadas que aquellas en que se intervino practicando la craneotomía del feto vivo.

La aptitud para dedicarse á sus trabajos habituales no la recupera la mujer á quien se ha dilatado la pelvis ó se ha practicado la operación cesárea, por término medio, hasta algunas semanas más tarde que aquellas á quienes se hizo la craneotomía.

No obstante, creo yo que en el estado actual de la técnica estamos autorizados en casos en que el canal genital se mantiene aséptico, y solamente obrando por interés del feto, sustituir la craneotomía en todos los casos, bien por la operación cesárea, bien por las operaciones que destruyen de un modo momentáneo la integridad de la pelvis ósea. Precisamente en Alemania garantiza la legislación social á la puérpera tan importantes socorros, que nosotros, hasta en las clases más pobres del pueblo podemos practicar estas operaciones en lugar de la craneotomía; si son casadas ó solteras, ricas ó pobres, no lo debemos tener en cuenta al plantear las indicaciones.

No puedo menos precisamente, al llegar á este punto, de hacer notar ciertas inconsecuencias que existen en la manera de apreciar estas cuestiones en obstetricia. Ciertos tocólogos protestan con toda energia contra la provocación artificial del aborto en los casos de

tisis, aun en aquellos en que se nota de una manera clara y evidente que se acentúan las lesiones destructoras del pulmón con la marcha del embarazo, y pretenden que quede la mujer recluida largos meses durante el embarazo sometida á cuidados especiales en sanatorios ó clínicas, solamente con objeto de eludirlo.

En una de estas clínicas se observa, sin embargo, que se establecen indicaciones en casos de estrecheces pélvicas sin dar interés ni importancia á la vida del feto; así, copio de una de ellas el siguiente dato: «Dado que la mujer no quería permanecer más que diez días en la clínica, fuè preciso, en lugar de la operación cesárea intentada, llevar á cabo la perforación del niño vivo». Es decir, que por un lado debe la madre, en favor de un hijo cuyas condiciones de vida son aún muy discutibles, permanecer en una clínica meses enteros sometida á tratamientos especiales, y se la deja que su embarazo comprometa gravemente su vida, mientras que de otro lado en favor de un feto en completo desarrollo no puede permanecer la mujer tres semanas más sometida á tratamiento en una clínica.

Al estudio comparativo que hemos hecho entre la sinfisiotomía y operación cesárea con la perforación, debemos añadir que se ha intentado por muchos tocólogos intervenir en los casos de estrecheces pélvicas con operaciones que no representan un traumatismo para la madre de la importancia del de la sinfisiotomía y del de la operación cesárea; y que aunque no se llega con ellos á obtener los mismos buenos resultados para el feto, disminuyen sin embargo en algo el tanto por ciento de mortalidad fetal. Estas operaciones son la versión profiláctica y la provocación prematura del parto. De la aplicación alta del forceps en pelvis estrechadas no necesito hablar aquí, pues apenas si podemos considerarla como una intervención capaz de hacer algo positivo por la vida del feto.

Me llevaría demasiado lejos el establecer en estos momentos un estudio comparativo de estas dos operaciones, versión profiláctica y parto provocado prematuramente en los casos de estrecheces pélvicas. Creo, fundándome en las nuevas estadísticas, que no debo modificar mi opinión de que en ambas operaciones no representan en realidad de verdad ninguna positiva medida para conseguir aminorar lo mortalidad fetal en estos casos. Voy á referirme en pocas palabras al parto provocado prematuramente, y del que de nuevo se habla, dándole gran importancia en buen número de publicaciones.



Creo poder demostrar, en los casos en que nos describen de un modo exacto las medidas pélvicas, que apesar de los adelantos en la técnica, no podemos considerar el parto prematuro como una operación capaz de poner en salvo la vida del feto. Para pensar así claro es que no podemos estar de acuerdo con la idea de Dohrn, según la cual debemos considerar toda intervención tocológica como salvadora de la vida fetal.

Una mujer con un pequeño grado de estrechez pélvica ha dado á luz varias veces fetos muertos, y consigo yo por medio de la provocación prematura del parto el que para un niño vivo; sería una conclusión equivocada el suponer yo en este caso que la vida la debía este último feto al método empleado, pues no me es posible afirmar si los fetos anteriores la perdieron en realidad por la pequeña estrechez pelviana existente. Cuán equivocada puede ser esta suposición lo vemos en muchos casos en que al tercer embarazo se procedió á la provocación prematura del parto en vista de que los dos primeros niños nacieron muertos; y sin embargo, esta misma mujer pare posteriormente de un modo espontáneo dos ó tres niños más de todo término y con vida. Solamente comparando estadísticas de clínicas, en las que para determinado grado de estrechez pélvica sistemáticamente se deciden por provocar el parto prematuro, con otras en las que también en estos mismos grados sistemáticamente se prescinde de ella, podremos reunir material demostrativo. Con este fin deseo hacer un paralelo entre dos grandes estadísticas.

Herff, Küstner y Baumm han reunido precioso material que nos permite hacer un estudio del asunto. Pfannenstiel publica, por medio de Kroemer, una buena estadística, pero que no podemos utilizarla por faltar datos exactos sobre el tamaño de la pelvis. Con la de Baumm ocurre que no expone siempre con detalle el peso del niño; de manera que tampoco nos puede ser muy útil; y quedan las únicas que son en todo completas, y que á continuación expongo, debidas á Herff y Küstner:

### Pelvis estrechadas en general y planas.

#### MULTÍPARAS

Conj. diag. 76 - 85 Herff. o	Conj. diag. 86 - 95 Herff. 7 casos; de ellos, 5 muertos, 2 vivos	Conj. diag. 96 - 105 Herff. 75 casos; de ellos, 24 muertos, 51 vivos; de ellos, 19 vivos con menos de 2,500 g.	Conj. diag. 106 - 115 Herff. 12 casos; de ellos, 1 muerto, 11 vivos.
---------------------------------------	---	---	---

Küstner. (Hannes.) o	Küstner. (Hannes.) 5 casos; de ellos, 3 muertos, 2 vivos	Küstner (Hannes.) 43 casos; de ellos, 16 muertos. 27 vivos; de ellos, 11 vivos con menos de 2,500 g.	Küstner. (Hannes.) 6 casos; de ellos, 3 muertos. 3 vivos.
Suma: o	12 casos; de ellos, 8 muertos=66 %	118 casos; de ellos, 40 muertos=34 %	18 casos; de ellos, 4 muertos=22 %

Los resultados para el niño en la clínica de Zweifel son:

### Pelvis estrechadas en general y planas.

#### MULTÍPARAS

Conj. diag. 76 - 85	Conj. diag. 86 - 95	Conj. diag. 96 - 105	Conj. diag. 106 - 115
8 casos. 1 niño muerto =12,5 %	31 casos. 8 niños muertos =25,8 %	160 casos. 20 niños muertos =12,5 %	240 casos. 10 niños muertos =4,1 %

Juntamente se practicaron en beneficio del niño:

Síntesis, 1. o niños muertos Operaciones cesá- reas, 6. o niños muertos.	Síntesis, 6. 1 niño muerto. Operaciones cesá- reas, 8. 1 niño muerto.	Síntesis, 12 1 niño muerto. Operaciones cesá- reas, 8 o niños muertos.	Síntesis, 1 o niños muertos. Operaciones cesá- reas, o.
--	---	--	--

Cuando comparamos unas con otras estas cifras, se ve claro:

1.º Que no se pueden comparar los resultados que se obtienen para el feto por medio del parto provocado artificialmente, con los que obtenemos por medio de la sínfisiotomía y la operación cesárea.

2.º Que, por lo menos, no queda probado si la provocación prematura del parto puede considerarse como una operación que puede mejorar la mortalidad fetal en las estrecheces pelvianas.

El que la provocación prematura del parto no se lleva á cabo sin comprometer en algo la vida de la madre—en toda estadística resulta cerca de 1 á 2 por 100 de mortalidad materna—me autoriza á pensar que debemos prescindir de un modo definitivo de ella, para, por interés fetal, llevarla á cabo en los casos de estrecheces pélvicas.

Lo mismo que del parto prematuro, podemos decir de la versión profiláctica. Estamos hoy autorizados, en vista de los resultados que arrojan las estadísticas, á prescindir de ella en los casos de estrecheces pélvicas, por el final desastroso que trae para la vida del feto. Aunque estas operaciones representan cierta mejora para la madre comparándolas con el método expectante, sin embargo, dan las otras intervenciones resultados tan positivos para el feto y peligros tan pequeños para la madre, que hace que aquéllas debamos borrarlas

de la terapéutica de las estrecheces pélvicas cuando queramos defender los derechos del niño.

Aunque damos gran importancia y empleo á las operaciones destinadas á proporcionar un aumento momentáneo en los diámetros pelvianos y á la cesárea en su indicación relativa, llevándolas á cabo en beneficio de los intereses del feto, hemos de hacer la observación de que lo hacemos así, contando con que la madre viene á nosotros en condiciones que podamos asegurar la asepsia del canal genital. No podemos tasar los intereses del feto tan altos, que aun en los casos de sepsia de la madre nos decidamos á no practicar la perforación del feto. La operación cesárea en casos de madre infectada, y según la técnica con que se lleva hoy á cabo, representa una intervención casi seguramente mortal para la madre. Nos queda, pues, ó prescindir de ella en estos casos, ó modificar su técnica de modo y manera que podamos evitar seguramente la infección de la cavidad peritoneal.

La cesárea, en casos de infección del líquido amniótico, se puede solamente pretender intentar:

1.º Cuando se trata de una primeriza próxima á la menopausia, en la cual casi se pueda asegurar que no quedará de nuevo embarazada, y exista por su parte un vehemente deseo de conseguir familia.

2.º En mujeres con carcinoma uterino inoperable, cuya muerte se puede de un modo seguro y en corto tiempo esperar.

En ambos casos se debe practicar, no la operación cesárea conservadora, sino la operación de Porro con tratamiento extraperitoneal del pedículo.

Como demuestra la Estadística de Pinard, los resultados de la sinfisiotomía en mujeres cuyo líquido amniótico se encuentra infectado son muy desastrosos, y nosotros creemos que lo mismo ocurre con la hebotomía, aun cuando todavía no existen casos suficientes para formar juicio.

Vemos, por todo lo dicho, que hoy vamos mucho más allá en lo de intervenir sobre la madre para defender la vida del feto; sin embargo, el que hoy se pretenda prescindir en absoluto de las operaciones mutiladoras del feto, como muchos tocólogos piensan, no deja de ser más que un buen deseo, dado nuestra técnica actual. Pero desde luego podemos afirmar que no debemos ya decir: primero la madre, después el niño, sino sólo la madre, sino también el niño.

Para terminar, séame permitido presentar algunas estadísticas para demostrar qué resultados podemos conseguir para la madre y el niño, ateniéndonos en nuestra conducta al anterior principio.

He aquí la estadística del año 1905, desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre:

Para hacer posible una comparación con las estadísticas anteriores, elimino todos los casos en que el feto nació putrefacto ó murió antes del ingreso de la embarazada en la clínica; además, prescindo de todos los partos prematuros espontáneos de niños que pesaban menos de 2.500 gramos.

En la clínica de Friburgo, en el año 1905, nacieron 440 niños con un peso mayor de 2.500 gramos. Murieron, de resultas del traumatismo que sufrieron en el acto del parto, 11

De estos once niños murieron cuatro de resultas de placenta previa, y hago notar que en dos de estos casos se practicó la versión combinada de Braxton Hicks. La hysteromia se empleó por primera vez en el curso de este año.

En otro caso se trataba de una embarazada con placenta previa y embarazo gemelar; se perforó la parte de placenta que se presentaba, y se colocó un balón. El primer gemelo murió de hemorragia después de colocado el balón; el segundo estaba ya muerto antes de la expulsión del primero.

Un niño murió por prolapso del cordón. Se practicó la versión y extracción estando el cuello por completo dilatado. El niño nació asfíctico y no fué posible volverlo á la vida.

Un niño murió en el período de dilatación, estando el cuello dilatado, del tamaño de medio duro, por causa desconocida, que se manifestó en el feto por rápida alteración de los latidos cardíacos y expulsión del meconio. Se hicieron los preparativos para la hysterotomía. Poco antes de intervenir se percibían aún los latidos cardíacos. Se extrajo rápida y fácilmente al niño después de la hysterotomía en estado de asfixia, que no fué posible vencer.

En dos casos fué la larga duración del período expulsivo la causa de la muerte. En uno de ellos se extrajo el feto con el forceps estando la cabeza en el estrecho inferior, y en el otro el parto terminó espontáneamente; en éste se debió, quizá, la muerte del feto á falta de observación de los latidos cardíacos.

En dos casos de moderado grado de estrechez pélvica, fuertes

contracciones dieron lugar á la expulsión de los fetos. Los dos niños nacieron en estado de asfixia grave, y murieron un día después á consecuencia de la compresión del cerebro. La autopsia demostró la existencia de derrames sanguíneos subdurales.

Finalmente, un niño, muerto por colapso de la madre, producido por anestesia lumbar.

Aunque la mortalidad fetal, como vemos, ha disminuído, sin embargo, el estudio de las causas que produjeron los casos de muerte nos enseña que quizá se pueda hacerla descender aún más; así, podemos afirmar que en dos de los casos se hubiera podido *seguramente* salvarles la vida, si se hubiera observado con atención las modificaciones de los ruidos cardíacos fetales; *probablemente* se pudiera haber salvado también la vida de los fetos que la perdieron á consecuencia de la larga duración del parto, en los dos casos de estrecheces pélvicas no muy acentuadas. Ellos nos enseñan, que por interés materno, se prescindió de practicar una operación sobre la pelvis ósea. Hasta qué punto pudiéramos haber conseguido defender la vida del feto en los cuatro casos de placenta previa practicando, en vez de la maniobra de Braxton Hicks y el empleo del balón, otras intervenciones, por ejemplo, la histerotomía, es cosa que el tiempo nos enseñará.

En las intervenciones que se hicieron atendiendo al feto se murió una madre, como consecuencia de una cesárea. Se intervino en este caso de modo contrario al que hemos considerado como esencial para nuestra norma de conducta. La mujer ingresó en la clínica con infección del líquido amniótico y fiebre, presentando una estrechez pélvica muy acentuada. No se hizo la operación de Porro, como anteriormente hemos aconsejado para estos casos, por haber pretendido ensayar la incisión del útero y dejar su sutura extraperitoneal. La operación se llevó á cabo del modo siguiente:

Incisión que comenzó dos traveses de dedo por encima del ombligo y se extendió hasta el ancho de la mano por debajo del mismo; á continuación se suturó la serosa que recubre el útero á la serosa de la pared abdominal, en toda la extensión de la incisión de la pared practicada. Después que por este procedimiento quedó cerrada la cavidad peritoneal, se abrió el útero y se extrajo el feto.

Se suturaron las paredes del útero, se colocó drenaje en la herida y se cerró la fascia y piel, dejando de hacerlo exclusivamente en el punto en donde quedó colocado el drenaje. La mujer murió cinco días después por peritonitis.

La autopsia demostró que las adherencias del útero á la pared del abdomen se habían desgarrado por completo, y que la infección del endometrio produjo la peritonitis mortal.

Porque se pudieran hacer reproches á esta nueva dirección que toma la obstetricia, y se pudiera pensar el que se ha ido demasiado lejos en las cosas, deseo hacer constar aún que en 440 partos se llevaron á cabo las siguientes operaciones:

Operaciones en partos en que los fetos tenían un peso superior á 2.500 gramos, practicadas desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 1905, en la clínica de Friburgo:

### Operaciones.

Versión interna combinada en placentas previas . . .	3
»    cefálica por maniobras externas en presentaciones transversales . . . . .	2
»    sobre la extremidad podálica y extracción..	8
Extracción sola . . . . .	4
Versión cefálica interna y forceps . . . . .	2
Cesárea abdominal. . . . .	5
»    vaginal ó histerotomía. . . . .	6
Hebotomía, dejando el parto terminar de un modo espontáneo. . . . .	5
»    y aplicación del forceps en el estrecho inferior . . . . .	1
Forceps. . . . .	51

Estas cifras no representan una mayor frecuencia en las intervenciones, comparándolas con las de otras clínicas. Precisamente de la conducta que se siga, en los casos de estrecheces pélvicas dependen muchos, pues cuando, en vista de lo inseguro de los resultados que dan la versión profiláctica y la provocación artificial del parto, si en estos casos se prescinde de ella y se sigue un método puramente expectante, es cuando, como es natural, disminuye la frecuencia en las intervenciones en una clínica.

Como prueba, anoto aquí la estadística presentada por Baisch en el Congreso de Kiel, que nos demuestra cómo en las clínicas, por ejemplo, de Leipzig y Tubinga, en donde no se practican ni la ver-

sión profiláctica ni la provocación prematura del parto en los casos de pélvis estrechas, disminuye la frecuencia de operaciones, y, sobre todo, aparece, junto á una pequeña mortalidad fetal, también una pequeña mortalidad materna.

TERAPÉUTICA		Partos espontáneos	Frecuencia de las intervenciones	Forceps alto	Versión profiláctica	Provocación prematura del parto
Activ.	Viena, Braun-Herzfel . . . . .	36,7	63,2	10,5	6,0	12,1
	Viena, Chrobak-Ludwig . . . . .	54,5	45,5	4,5	2,5	3,8
	Bonn, Fritsch-Reifferscheid . . . . .	63,2	36,7	2,5	5,5	6,8
	Leipzig, Zweifel Kronig . . . . .	78,4	21,6	2,1	2,5	0,5
	Tubinga, Doderlein . . . . .	80,0	20,6	1,0	0,6	0,6
Frecuente empleo de	<i>Forceps alto.</i> —Budapest, Tauffer-Toth . . . . .	53,5	46,4	15,0	2,0	0
	<i>Versión profiláctica.</i> —Konigsberg, Winter-Magnus . . . . .	88,6	11,4	0,9	10,0	0
	<i>Provocación prematura del parto</i>					
	— Berlín, Wolff . . . . .	33,7	66,2	5,6	11,7	0
— Tubinga, Saxinger . . . . .	81,4	18,5	0,1	0	10,0	

Un grado de pelvis plana y estrechas en conjunto.

En el empleo de métodos con objeto de mejorar la alta mortalidad fetal en el acto del parto, comprometiendo lo menos posible la salud y vida de la madre, ha conseguido la moderna obstetricia resultados por demás positivos.

Suma de operaciones preventivas	Perforaciones del feto vivo	Sinfisiotomía, Hebotomía	Operación cesárea	Suma de grandes intervenciones	Mortalidad fetal				Mortalidad materna
					En conjunto	I II	II	II Multi- paras	
28,6	1,5	0	1,3	1,3	24,3	—	36,6	—	2,5
10,8	4,2	0,4	0,6	1,0	18,2	17,4	31,0	36,5	2,6
14,8	2,5	0,4	5,5	5,9	13,2	11,2	14,0	—	1,3
5,1	2,4	4,8	3,7	8,5	9,9	9,1	14,6	13,1	0,1
2,2	0,6	2,1	4,0	6,1	6,5	5,2	8,5	7,1	0,1
17,3	—	0,8	8,7	9,5	22,8	22,8	24,4	—	2,6
10,9	2,5	0	0	0	14,0	—	—	11,3	0,9
									Las aplicaciones de forceps típicas, las hemos considerado como partos espontáneos (solamente presentaciones cefálicas).
17,3	10,0	0	0	0	25,5	—	—	—	1,8
									Material de la policlínica (solamente presentaciones cefálicas).
10,1	0,8	0	0	0	11,0	9,4	17,2	14,1	0,5

Diag. I, 11,5-10,6; II, 10,5-9,6; III, 9,5-8,5.

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 24 de Mayo de 1907.

Preside el Señor Camiruaga

Con la asistencia de los Académicos Sres. Landín, Gil y Gorroño, Gil é Ibarguengoitia, Alonso, Saralegui, Lotero y Otaola, se dió comienzo á la sesión, presentando el

**Sr. Landín.**—Unos casos de *traumatismos craneales*.

Expresa antes de entrar en detalles, que el pronóstico de los traumatismos craneales no se hallan siempre en relación con los destro-



zos aparentes que el agente vulnerante haya podido producir, explicándose de esa manera el hecho de que aún en destrozos considerables, no solamente del cráneo, sino á veces del cerebro y de las meninges, el enfermo puede curar perfectamente.

A este respecto cita dos casos: uno de ellos, de un muchacho atropellado por un tranvía y que sufrió una herida del frontal, con hundimiento del hueso que se hallaba fracturado en distintos puntos dejando percibir á través de la fractura las meninges heridas y la masa encefálica al descubierto. Este muchacho, cuya herida llegó cuando le transportaron al Hospital manchada de tierra y sucia con el barro de la carretera, presentaba un cuadro desesperado, no obstante lo cual y apesar de un pronóstico gravísimo, curó al cabo de algún tiempo, no habiéndose empleado más que un tratamiento antiséptico después de la consiguiente limpieza de la herida.

El otro caso se refiere á un individuo que recibió en la frente el disparo de una escopeta, ocasionándole un destrozo grande en aquella región con la consiguiente fractura conminuta del frontal, hemorragia y enorme compresión cerebral. Tuvo necesidad de ir quitando poco á poco y una á una las numerosas esquirlas que había y empleó después la cura antiséptica, resultando no obstante la enormidad de la lesión que el traumatizado fué mejorando paulatinamente, hasta que casi súbitamente empeoró, teniendo necesidad de practicar una punción en pleno cerebro para vaciar una colección purulenta.

Actualmente este enfermo, que ha sufrido nueva punción por otro absceso, se halla mejor.

Señala el interesante hecho de que puesto el cerebro al descubierto en este individuo no se apreciaban los latidos cerebrales, que fueron reapareciendo conforme se evacuaba el pus.

Asimismo hace observar que la punción del cerebro era indolora.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Frente á los hechos relatados por el señor Landín, pone de manifiesto los casos diametralmente opuestos, en que, traumatismos craneales de ligera importancia exterior, al principio, la tienen muy grande de una manera secundaria.

Relata dos casos que él ha visto: uno, referente á un individuo que sufrió un puñetazo en la cabeza y al que no se le concedió importancia, y que falleció 7 días después á consecuencia de una meningitis, y otro en el que, y á consecuencia de un ladrillazo que recibió en la frente, con una pequeña herida de unos 3 centímetros de extensión de arriba abajo, con depresión del frontal y en el que aparentemente al menos, existía en buen estado general: pero 3 días después en que se presentaron síntomas que denotaban una lesión en

el cerebro, se intervino practicando una trepanación sin resultado, pues el enfermo sucumbió con una meningitis.

Dice que presenta estos casos para que se vea la enorme diferencia que puede haber entre los distintos traumatismos craneales, y para poner de manifiesto la conveniencia de reservar el pronóstico.

**Sr. Landín.**—Después de agradecer al Sr. Gil su intervención en el asunto, manifiesta que no existe más que una contradicción aparente en todo lo dicho por él y lo que dice el Sr. Gil. Los traumatismos craneales ocasionan lesiones cerebrales que pasan desapercibidas muchas veces al principio: una contusión sencilla, ocasiona á veces una fractura que, careciendo de lesión exterior no dá lugar al principio á trastorno alguno; esta lesión luego se complica acarreado consecuencias de importancia; pero á veces, y es en lo que se fija más, destrozos grandes no acarrearán estos trastornos.

Desde la época antiséptica, es indudable que esta clase de traumatismos se curan mucho mejor.

### Esterilización de los Materiales de curación

**Sr. Saralegui.**—Manifiesta que no tuvo el gusto de oír al señor Landín en la sesión en que se ocupó de dicha cuestión y tampoco ha llegado á tiempo en esta última para oír la lectura del acta: dice que se referirá solo á la esterilización del catgut, cuestión capital de la cirugía moderna, aunque haciendo resaltar la importancia que en la práctica quirúrgica tiene la esterilización de todo el material de cura, como son, campos operatorios, gasas, algodones, instrumental y material de sutura, ligadura, cateterismo, drenage, etc., etc.: se muestra partidario de que ya que no en este curso por estar ya en sus postrimerías debe discutirse en el próximo, constituyendo uno de los temas teóricos.

Describe la naturaleza protésica del catgut como producto de la fibra musculosa del intestino delgado del cordero cuya naturaleza hace que se peptonifique al contacto de los tegidos adyacentes, asimilándose á ellos y reabsorbiéndose en su totalidad en el organismo; por lo cual es de indiscutible utilidad en las suturas profundas llamadas suturas perdidas.

Dado su origen eminentemente séptico, su esterilización ha de ser extraordinariamente rigurosa: el catgut, por razón de su origen está siempre infectado por una flora bacteriana sumamente rica, predominando los gérmenes patógenos, como el del carbunco, el subtilis y el del tétano, cuya presencia es casi constante en el intestino

de los herviboros: los esporos de estas bacterias son extraordinariamente resistentes, dificultando esto la perfecta esterilización del catgut.

Dice que hay que procurar además que dentro de una perfecta esterilización, conserve el catgut íntegras sus condiciones de flexibilidad y de resistencia sin las cuales es impropio para el uso quirúrgico.

Los dos medios más seguros para lograr una asepsia absoluta son, el calor seco alcanzando temperaturas superiores á 160° y el vapor de agua á presión, á 125° ó 130°.

Manifiesta que ninguno de ellos tiene aplicación en este caso, pues por el calor seco el catgut se endurece, se carboniza y se rompe enseguida al doblarlo para hacer los nudos: por el vapor de agua ó cualquier otro líquido que sea hidratado, el catgut se gelatiniza, se disladera y no soporta la menor reacción: el Sr. Arístegui os presentó unas muestras de catgut esterilizado en estas dos formas y pudisteis comprobar la verdad de lo que manifiesto.

Descartados estos dos medios y descartada la esterilización por los agentes químicos, probadamente insuficiente, no ya para un producto tan séptico como el catgut, sino para cualquier otro producto de cuya asepsia se quiera tener una garantía absoluta, resta solo la esterilización por los vapores de un líquido anhidro.

De todos ellos el que ha quedado como clásico siendo incluido como tal en la última edición del Codex, es el alcohol absoluto ó procedimiento de Repin.

Describe éste detalladamente, manifestando que fué considerado durante bastante tiempo, como el que proporcionaba una asepsia más completa: tenía sin embargo el inconveniente de que endurecía extraordinariamente el catgut, siendo preciso sumergirlo en agua antes de emplearlo para restituir la flexibilidad perdida durante la esterilización; pero con esta manipulación posterior á la esterilización había ya un peligro de contaminación, además de que era difícil buscar un término medio á esta hidratación para que no fuera insuficiente ni demasiado prolongado, de modo que se gelatinizara el catgut.

Este problema lo resolvió la casa Robert y Carriere, preparando un catgut (del cual presenta á la Academia una muestra) en forma muy ingeniosa. Está preparado en forma tal, que el agua necesaria para la hidratación del alcohol, va contenida en una ampollita de vidrio muy fino, que se esteriliza al mismo tiempo que el catgut y colocada en el interior del tubo que contiene á este: después de la esterilización y por un simple choque se mezclan los dos líquidos

conservándose el catgut perfectamente esteril y con todas sus propiedades de flexibilidad y resistencia.

Dice que este medio ha sido también objeto de discusión y que se ha visto por repetidas experiencias hechas con alcohol teñido de materias colorantes (verde malaquita, eosina, etc.) que el interior del catgut no se tiñe sino solo su superficie, pues sucede que endureciéndose la superficie del catgut por la acción del alcohol absoluto, éste no penetra en el interior del mismo: lo mismo sucede con otros líquidos anhidros, acetona, benzol, etc.

Demuestra que en vista de estos resultados, queda como único medio absolutamente seguro la tyndalización, pero no á baja temperatura lo que está reconocido como insuficiente y solamente aplicable á aquellos casos en que la elevación de temperatura altera ó descompone la naturaleza de la substancia que se desea esterilizar sino la tyndalización á 120° ó 130° en líquido anhidro.

Dice que el alcohol tiene el inconveniente de hacer perder en cada esterilización, de un 5 á un 20 % de su resistencia al catgut: en cambio la benzina cristalizante no presenta este inconveniente: puede calentarse diez veces consecutivas el catgut á 130° en la benzina cristalizante sin que pierda el hilo ni aun el 1 % de su fuerza.

Presenta otra muestra de catgut esterilizado por este medio ó sea esterilización por la benzina cristalizante á 120° ó 130° una hora durante cinco días consecutivos, preparados por la casa Robert y Carriere y en la que el catgut ha conservado perfectamente íntegras su flexibilidad y su resistencia.

Cree que este es el procedimiento ideal y el más perfeccionado hasta la fecha.

Habla á continuación de la esterilización del catgut por los medios de que puede disponer ordinariamente un Farmacéutico, aconsejando se practique en un tubo de ensayo suficientemente resistente: se introduce el catgut y una pequeña cantidad de alcohol absoluto ó benzina cristalizante, llevando el tubo á la llama de un pico de Bunsen y llevándolo á un autoclave que se calienta á 120° ó 130° durante 40 ó 50 minutos.

Termina haciendo una crítica de la forma en que se verifica esta esterilización en algunos Hospitales como el de Bilbao, tachándola de defectuosa é insuficiente, además de proporcionar un catgut poco resistente y muy frágil.

**Sr. Landín.**—Procurará tomar nota de lo que dice el señor Saralegui.

El ha hecho experiencias acerca de este asunto en el Hospital y

manifiesta que tanto el catgut como la seda experimentada le han dado muy buen resultado en punto á la esterilización.

El catgut del Hospital es poco elástico, pero cree que lo sería más, si desde el autoclave se le sumergiera en agua esterilizada.

El Secretario general,  
C. MENDAZA.

---

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

---

Hemos tenido ocasión de leer la Memoria que titulada «Apuntes sobre Helioterapia», ha publicado el Dr. D. Eduardo Masip Budesca, dedicada á la Real Academia de Medicina. En ella se aprecia los trabajos que dicho señor ha publicado para demostrar los efectos que los rayos solares producen en el organismo humano, tanto en el estado fisiológico como para el tratamiento de algunas enfermedades.

Comienza haciendo la historia de este tratamiento, demostrando no ser nuevo, sino que se conocía ya en la antigüedad citando á Herodoto, quien habla en sus obras de los baños de sol y del modo de tratar á los enfermos con este procedimiento; á Antillus, Actino, Cicerón, Plinio, Galeno, Avicenta y otros: cita las costumbres de los griegos de solearse sobre las azoteas de sus casas, edificando después departamentos adecuados, anejos á las mismas, donde se esponían largo tiempo á los rayos del sol, vestidos ó desnudos sobre cojines, ó en el suelo, denominándose esta práctica *heliosis*; demuestra la influencia que la luz ejerce sobre el reino vegetal y el poder microbicida de la luz solar á la que por su valor científico hace que ocupe una categoría muy preeminente, debida á las innumerables aplicaciones dirigidas á conservar la salud y duración de las enfermedades, naciendo así una rama de la terapéutica del porvenir á que se llama *Helioterapia*, manifestando que aunque es naciente, se emplea en Inglaterra por Bleyer; en Suiza por Rikle; en Austria por Lahmann; en Alemania por Mhel y Platen; en Norte-América por Barnes y Thayer; en Dinamarca por Fuisen; en Francia por Grinda, Mal-

gat y Hamesse, y en España por Farinós, García Hurtado, Forns y Martínez Vargas. Hace mención en dicha obra, del Instituto Helioclimatoterápico «La Mantega» donde es aplicada la Helioterapia por los Dres. Hamasse, Malgat y otros, científicamente, demostrando los buenos efectos sobre la tuberculosis con este tratamiento por el método Malgat; después se ocupa del método del suizo Arnoldo Rikli, á quien considera iniciador del tratamiento helioterápico en toda su pureza, en la aldea de Veldes, situada á 1000 pies sobre el nivel del mar entre las ondulaciones de los Alpes Lulianos, donde el suizo Rikli experimentó en sí mismo los efectos de la luz solar, curándose una afección pulmonar que padecía: exponiendo con claridad el método curativo de dicho señor y las teorías en que se funda, refiriendo después casos prácticos citados por Maximiliano Mehl, que padecía en lupus vulgaris y que en la actualidad es propietario de un sanatorio helioterápico en Oramenburg, cerca de Berlín, el cual, con este tratamiento se curó de dicha enfermedad después de haber empleado otros inútilmente, tales como el cauterio por la piedra infernal y el alambre enrojecido, citando curaciones de un pastor de almas llamado Burmester y la señorita Ida Lunge, atacados también de lupus disseminatus y ulceraus, lo cual, visto por el citado Mehl, hizo extensivo dicho tratamiento á otras enfermedades, tal como un tumor hemático en la mucosa del labio inferior, un tumor gris, verrugas, tumores carnosos y otras anomalías anatómo-patológicas, como escrecencias en las uñas, condilomas, etc., etc., consignando que la helioterapia de Mehl ha encontrado el apoyo de los médicos, cooperando á los desvelos de Mehl el Emperador Guillermo y la Emperatriz, pagando de su peculio particular las curas de enfermos pobres en el sanatorio de Mehl: hace presente los peligros que ofrece la práctica de la helioterapia, cuando el cauterio solar no se aplica hábilmente sobre la piel enferma dando lugar á que la sangre sufra también su acción produciendo al paciente dolores inútiles y cicatrices duraderas, destruyendo parte del cuerpo papilar y á veces hasta el corión: en esa misma memoria escribe el autor un artículo sobre dispersión de la luz solar muy importante, haciendo una lijera re-

seña de lo que para ciertos autores supone la influencia ejercida por los colores sobre la sensibilidad del organismo humano, citando para ello ejemplos, artículos de periódicos científicos y opiniones de médicos eminentes, demostrando dicha influencia.

No hay duda que es una Memoria digna de ser leída por nuestros comprofesores, porque en ella se trata de demostrar los beneficios de un tratamiento para algunas enfermedades, que si bien no es nuevo, como lo demuestra el autor en la misma, ha sido hasta ahora tan poco empleado, que conviene se estudie y practique para ver de lograr la curación de las enfermedades en las que el médico encuentre conveniente el empleo de la Helioterapia.

Bástanos felicitar al Dr. Masip Budesca por su importante memoria «Apuntes sobre Helioterapia», la cual recomendamos á nuestros comprofesores.

---

## SECCION PROFESIONAL

---

En el pasado mes de Julio se efectuó en el Colegio de Farmacéuticos la elección de la nueva Junta Directiva, resultando elegidos por mayoría de votos; para Presidente, Don Nicolás Rivero; Vice-Presidente, D. Manuel Más y Más; Vocales, el Sr. Goñi, Sastre y Aguirrezabala; Tesorero, el Sr. Orive (D. Julio), y Secretario, D. Eladio de Madaleno. El día 4 de Julio tomaron posesión de sus nuevos cargos y á continuación se celebró en «El Amparo» un espléndido banquete, en el que tomaron parte la nueva Junta Directiva y la saliente, presidiendo la mesa el nuevo Presidente Sr. Rivero y el saliente Sr. Celada; reinó en todo el banquete el buen humor y al descorcharse el Champagne, se hicieron votos por la prosperidad de la clase Farmacéutica. A las seis de la tarde terminaba el alegre acto, abogando todos por su repetición.

La nueva Junta pasó á saludar al Sr. Gobernador Civil, siendo recibida ésta, con la amabilidad propia en el Sr. Aresti, que ofreció incondicionalmente á la clase; de agradecer son las buenas intenciones del Sr. Aresti, y más en los tiempos que corremos.

El 18 de este mes se celebró sesión por la Junta Directiva, asistiendo el Presidente Sr. Rivero y los Sres. Orive, Sastre, Aguirrezabala, Goñi y Madaleno, en cuya Junta se acordó celebrar junta los segundos jueves de cada mes y se trazó el plan de campaña que se irá desarrollando en juntas sucesivas.

# ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD

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

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

CAUSAS DE LAS DEFUNCIONES	De 0 á 1 año		De 1 á 4 años		De 5 á 19 años		De 20 á 39 años		De 40 á 59 años		De 60 en adelante		Resumen		
	Nomenclatura internacional abreviada		V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	Total
			V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	V.	H.	Total
Fiebre tifoidea (tifus abdominal)							2	1					2	1	3
Tifus exantemático															
Fiebres intermitentes y caquexia palúdica															
Viruela				1										1	1
Sarampión	1		2	2										3	2
Escarlatina			1	1										1	1
Coqueluche			1	1										1	1
Difteria y crup						1									1
Grippe															
Cólera asiático															
Cólera nostras															
Otras enfermedades epidémicas															
Tuberculosis pulmonar			1		1	2	5	3	5	2	3	2	15	9	24
Tuberculosis de las meninges	1	2	2							1			4	2	2
Otras tuberculosis						2							1	2	3
Sífilis	1	2							2	2	1	1	3	3	6
Cáncer y otros tumores malignos									2	2	1	1	3	3	6
Meningitis simple	2	2	3	2		2							5	6	11
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebral					1					3			4		4
Enfermedades orgánicas del corazón						1	1		2	4			5	3	8
Bronquitis aguda															1
Bronquitis crónica							1						1		1
Pneumonia		2	2				3	1	2	2	3	3	10	8	18
Otras enfermedades del aparato respiratorio			1	2					1				2	2	4
Afecciones del estómago (menos cáncer)											1		1	2	3
Diarrea y enteritis				1					1		1		8	7	15
Diarrea en menores de dos años	7	6	1	1									1		1
Hernias, obstrucciones intestinales										1			1		1
Cirrosis del hígado													1		1
Nefritis y mal de Bright							1						1		1
Otras enfermedades de los riñones, de la vejiga y de sus anexos									1					1	1
Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer															
Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, fiebris puerperal)															
Otros accidentes puerperales															
Debilidad congénita y vicios de conformación			3											3	3
Debilidad senil											1			1	1
Suicidios															
Muertes violentas					3		2	1	3			1	9	1	10
Otras enfermedades	3	3	1	1	1		3	1	1	4	4	2	13	11	24
Enfermedades desconocidas ó mal definidas															
TOTALES POR SEXOS	15	20	16	11	6	8	18	7	14	14	22	9	1	92	69
TOTALES POR EDADES	35		27		14		25		28		31		1	161	

## DEMOGRAFÍA

NACIMIENTOS					NACIDOS MUERTOS					DEFUNCIONES
LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	LEGÍTIMOS		ILEGÍTIMOS		TOTAL	
V.	H.	V.	H.		V.	H.	V.	H.		
97	85	20	21	233	7	9	1	4	21	161