

# GACETA MÉDICA DEL NORCE

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XXIII

Bilbao - Diciembre - 1917

Núm. 276

## SUMARIO

*La primera operación de Grünert practicada en España*, por el doctor García Hormaeche.

*Estudio clínico del Hidrannios y nuevas orientaciones sobre su Patogenia y tratamiento*. Comunicación presentada á la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, por el Dr. Fontán.

*Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.*

## La primera operación de Grünert practicada en España

POR EL DR. GARCIA HORMAECHE

Tromboflebitis del golfo de la yugular y yugular interna, secundarios á la del seno lateral por otorrea crónica

Gran interés tenía en poder practicar esta operación en vivo, por haberla realizado varias veces en el cadáver y haberla hecho con la imaginación en algún otro caso en que yo hubiera opinado ponerla en práctica, pero que cayendo fuera de mi jurisdicción, no pude en aquella circunstancia realizar aquel mi sueño dorado.

He tratado de inquirir si ha sido realizada en España por alguien, y no conociendo por mi parte ningún caso, he preguntado al ilustre Dr. Botey, notable personalidad de la oto-rino-laringología española, de tantos progresos en esta última década, que bien pudiéramos decir, en lenguaje familiar, que está desconcida.

En amable carta, fecha 10 de Julio del corriente año, satisface mi curiosidad el citado Dr. Botey, en uno de cuyos párrafos dice lo siguiente:

«No creo que en España exista caso alguno de la operación de Grünert, que he hecho yo varias veces en el cadáver, etc.»

El Dr. D. Francisco Rueda, encargado del servicio clínico de oto-rino-laringología y de cirugía de cabeza y cuello del Hospital de la Princesa, escribe en la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas lo que paso á copiar, y que da una idea de la importancia quirúrgica de la operación de Grünert.

Dice así:

»Aunque no constituye una verdadera novedad, voy á dar cuenta á mis lectores de una observación clínica debida al Dr. Justo M. Alonso, de Montevideo, quien ha demostrado, además de su biduría en el diagnóstico, relevantes méritos en la técnica y ayuda quirúrgicas.

»La materia á que se refiere el trabajo del Dr. Alonso, no es nueva para los lectores de esta Revista, ya que á su tiempo, por el año de 1904, cuando apareció la Memoria del Dr. Grünert sobre «Die operative ausrauung des bulbis venae jugularis in follen otogener pyame», di de ella un extracto.

»PERO HASTA LA FECHA no ha llegado hasta mi noticia de que la operación de Grünert *haya sido nunca practicada en los países de idioma español*, por lo que la observación del doctor Alonso, siendo la primera, merece ser difundida.»

Creo, por lo tanto, ser el primero en practicarla, y el haber sido completada con la autopsia por haberse muerto la enferma á las cincuenta y dos horas de operada, debido á la profunda infección que ya tenía antes de serlo y á la conformación anatómica de la yugular interna sana, descrita en la autopsia, es por lo que presento este sencillo trabajo, haciendo primero una ligera historia de la operación, pretendiendo demostrar después, que hoy día es lo más perfecto y racionalmente quirúrgico que tenemos á nuestra disposición para poder detener los accidentes piémicos que fatalmente conducen á la muerte á los enfermos afectos de tromboflebitis del golfo de la yugular, bien sea primitivamente infectado, como sucede á veces, extendiéndose después la infección por continuidad á la yugular interna y al seno lateral, bien sea secundariamente infectado á consecuencia de tromboflebitis primitiva del seno lateral.

**Historia.**—Hace aún pocos años, antes que Arbuthnot Lanc practicase por primera vez la abertura quirúrgica de un seno lateral afecto de tromboflebitis, sentado que era el diagnóstico de tal padecimiento, equivalía á la sentencia de muerte en cuanto al pro-

nóstico. No sucede lo mismo después de ver curar bastantes de estos enfermos en la actualidad, tanto más cuanto que podamos actuar lo más cerca posible del comienzo de los accidentes pié-micos. Las estadísticas de Köerner referentes á la abertura simple del seno, daban ya diez curaciones sobre veinte operados, con la particularidad de que en nueve casos en los que se había practicado la ligadura de la yugular contaba seis curaciones.

No cabe duda que la proporción de éxitos operatorios ha aumentado á medida que la técnica ha ido perfeccionándose, y, sobre todo, que el diagnóstico y la intervención se hacen con más precocidad.

Todos los operadores de alguna experiencia estamos acordes en que la operación de la abertura del seno infectado tiene más probabilidades de éxito cuanto más próximo al comienzo de los accidentes tromboflebíticos pueda realizarse y cuanto más completa y radical sea, llegando al límite de las lesiones existentes, disminuyendó, por el contrario, las probabilidades de un buen resultado á medida que nos alejamos del período inicial y proporcionalmente á la extensión de las lesiones, máxime si con los medios que ponemos en práctica no alcanzamos la totalidad de las mismas, dejando algún foco séptico sin atacar.

No obstante lo expuesto, en ciertos casos de lesiones extensas ha llegado á la curación, como lo demuestran las operaciones practicadas con éxito por Parkin, de Londre; Eulenstein, de Francfort; Witing, de Nueva York; Moure, de Burdeos, y M. Alonso, de Montevideo; á pesar de existir en algunos, como en mi caso, trombosis de la yugular hasta el tronco venoso braquiacefálico; de existir, además, metástasis pulmonares (caso de Eleunstein), ó de haber ligado la yugular cerca de su desembocadura en el tronco venoso braquio-cefálico, ocupado ya por la extremidad cruórica del trombo; ó como en el notabilísimo caso del Dr. Alonso, de Montevideo, en el que á pesar de la ligadura de la yugular trombosada por detrás de la clavícula y presentar en el período post-operatorio metástasis pulmonar seguida de derrame líquido turbio y expectoración purulenta, se logró la curación.

Voy á relatar brevemente cuatro casos que he visto en mi práctica, de los cuales tres han terminado por la muerte. En el primera, perteneciente á un notable cirujano, se trataba, como pudo comprobarse en la autopsia, de extensa tromboflebitis séptica, propagada al seno lateral por supuración crónica de la caja y antro-mastoideo, extendida secundariamente al golfo y yugular interna del lado correspondiente. Se intentó operarle, comenzando

la trepanación directamente sobre el seno sin abrir de antemano las cavidades del oído; pero antes de llegar á descubrir el seno hubo de suspenderse la operación debido á la abundante hemorragia de todas las venas próximas afluentes del mismo, que se hallaban ingurgitadas pletóricas de sangre al no poder verter en el seno trombosado, siendo las principales las venas diploicas y la emisaria mastoidea.

El segundo caso, perteneciente á un eximio cirujano especialista, se trataba también de una tromboflebitis séptica comunicada del antro al saco lateral, extendiéndose por continuidad al golfo y á la yugular interna casi con seguridad, pues había en el cuello marcado dolor y cierto grado de empastamiento; se le practicó radical petromastoidea, descubrimiento del seno lateral trombosado, y no saliendo sangre una vez abierto, se terminó la operación para esperar acontecimientos; fué reoperado á los seis días, llegando por arriba y atrás hasta que salió sangre; por abajo hasta cerca del agujero rasgado posterior, *no saliendo sangre. Sobre el cuello no se practicó ninguna maniobra.*

En el tercer caso, intervenido por mí, tuve la suerte de acudir en los comienzos de la tromboflebitis, hallándose ésta muy limitada al seno lateral, y á pesar de «NO HABER ABIERTO EL SENO, COMO DEBIERA HABERLO HECHO», se curó el enfermo (José Guinea, afecto de absceso subdural yustasinusal, con tromboflebitis *limitada* del seno lateral, por oto-antritis crónica; publicado en folleto anterior).

El cuarto caso, que es el objeto de este trabajo, lo describo al final.

**Indicaciones y contraindicaciones.**— Conceptúo únicamente como contraindicaciones absolutas:

1.º La extensión de la tromboflebitis al seno longitudinal superior, reconocible por el signo de Lermoyez, llamado cabeza de Medusa; es debido á la ingurgitación de las venas tegumentarias del cráneo al detenerse la circulación en el seno longitudinal superior y que son tributarias del mismo, bien sea comunicando á través de los agujeros parietales por las venas emisarias de Santorini, ó vertiendo en los lagos próximos por intermedio de las venas diploicas ó de Brechest.

2.º La extensión de la trombosis al seno cavernoso, manifestándose por los trastornos circulatorios del globo ocular, cuyas venas son tributarias de la vena oftálmica y cuya continuación intra-craneal es el seno cavernoso, máxime si por intermedio del si-

no coronario se pasa la trombosis al otro seno cavernoso, entrando, como consecuencia, trastornos circulatorios del globo ocular del lado correspondiente.

3.º Un estado general muy malo, comatoso, por edema cerebral ó caquético por los progresos de la séptico-piemia.

4.º Meningitis purulenta confirmada.

**Etiología y Patogenia.**—De ordinario la tromboflebitis sinuso bulbo yugular, es consecutiva á supuración aguda ó crónica de las cavidades óticas. La tromboflebitis PRIMITIVA del golfo es casi siempre debida á procesos agudos de la caja ó del laberinto, cosa que se explica, teniendo en cuenta que las venillas de la cara inferior de la caja, llamada recesus hipotimpánicus, vierten directamente en el golfo.

Estando el golfo en relación directa con la pared inferior de la caja, hasta el punto de levantarla haciendo prominencia en la misma, puede herirse el golfo al realizar una paracentesis del tímpano en malas condiciones, siendo este mecanismo en algunas circunstancias generador de la flebitis primitiva del bulbo yugular. Otro modo de realizarse la contaminación primitiva del golfo, parece ser la transmisión de la infección por las venillas laberínticas que vierten directamente en el seno petroso inferior, el cual une el seno cavernoso con el origen de la yugular, vertiendo en ésta en el punto mismo de su nacimiento el golfo.

Es más frecuente la tromboflebitis primitiva del golfo en la infancia y en la adolescencia, por hallarse más desarrolladas proporcionalmente que en posteriores edades las venas que realizan las comunicaciones venosas que he detallado. Entre las causas que favorecen la coagulación de la sangre y la pululación de gérmenes en el golfo, están la disminución de velocidad de la misma y remanso consiguiente, hasta el punto de existir un sitio limitado que se halla en el centro en que la sangre está casi parada, llamado «punto muerto».

A pesar de que, como acabo de decir, la tromboflebitis primitiva del golfo es casi siempre consecutiva á procesos agudos de la caja ó laberinto, puede suceder en los crónicos, que existiendo un proceso de osteitis fungosa del recesus hipotimpánicus, se propague la infección directamente por contacto á la pared del golfo primero (periflebitis) y á su interior después (endoflebitis), sobre todo si existen condiciones anatómicas especiales, verbi gracia: delgadez exagerada, dehiscencias congénitas ó disposición lacunar del suelo de la caja.

Pero de ordinario en los procesos crónicos la tromboflebitis del golfo es secundaria á la del seno lateral, y el mecanismo es el siguiente: debido á oto-antritis crónica, suele haber osteitis de la pared posterior del antro que está en relación directa con el seno lateral, desarrollándose periflebitis primero y endo-flebitis después, que determina una trombosis parietal al comienzo, luego obliterante y por consiguiente se propaga en dirección central y periférica con todas sus complicaciones.

**Síntomas y tratamiento.**— Es frecuente que no haya síntomas claros y precisos, patognomónicos de la tromboflebitis del seno lateral ó del golfo de la yugular; pero un conjunto de datos recogidos, combinados y comparados, nos llevarán como de la mano á una presunción que justificará una intervención operatoria, y durante ella descubrir el seno para interrogarle directamente. Por eso trataré conjuntamente del diagnóstico y tratamiento de las lesiones que nos ocupan, procediendo de lo más sencillo á lo más complicado, para demostrar por último que con la operación de Grünert se ha alcanzado todo el radicalismo necesario en el tratamiento de la tromboflebitis del seno lateral cuando se ha extendido al golfo de la yugular, ó cuando esta lesión es primitiva estando el seno indemne ó estando infectado secundariamente.

El comienzo, de ordinario, es brusco, mucho más en las formas agudas, estallando accidentes séptico-piémicos tan bien caracterizados, por diversos síntomas, siendo el más característico la forma de la fiebre; debe entonces presentarse al espíritu observador del médico la hipótesis de un comlenzo de fiebre sinusal, máxime si van acompañados de fenómenos inflamatorios retroauriculares, ó aun cuando no exista inflamación aparente, si se aprecia dolor á la presión, á nivel del antro, en la punta ó á nivel del seno.

Puede tratarse en algunos casos de simple coincidencia de lesiones óticas, con otras enfermedades que presenten la misma modalidad febril, por ejemplo: paludismo, erisipela, en cuyo caso hay que descartar dichas enfermedades.

Pero no siempre la flebitis sinusal se anuncia con escalofríos, fiebre alta, remisión característica, pudiendo, por el contrario, presentarse con fiebre confinua acompañada de trastornos digestivos, y un estado de estupor con cefalea intensa, que puede simular una fiebre tifoidea, cosa que acontece generalmente en los niños y alguna vez en los adultos. La sero-reacción de Vidal y el hemocultivo eliminarán ó afirmarán el diagnóstico de infección Eberthiana. Después de eliminadas tales enfermedades ó una fleg-

masía aguda del aparato pleuro-pulmonar, el vaciamiento petromastoideo con descubrimiento del seno está indicado. Si descubierto en una extensión de tres centímetros presenta latidos claros y tiene color obscuro ó amarillento (de hoja seca), no se puede dudar que está enfermo y debe abrirse. Puede suceder que lata debilmente y que tenga relativamente buen color; se hace entonces con la asepsia de rigor punción exploradora; cuando es negativa nos aclarará perfectamente la duda: el seno está trombosado; pero puede suceder que siendo positiva exista endoflebitis parietal sin haber llegado á la obliteración completa; en tal caso, aquí habrá terminado nuestra intervención, dejando al enfermo en expectación de lo que pueda ocurrir y es, que á veces regresan los accidentes después de la trepanación amplia y vaciamiento petromastoideo que hemos realizado, y otras veces el proceso avanza, haciéndose la endoflebitis obliterante, obligando á la abertura del seno que se dejó para vigilar.

Supongamos una tromboflebitis primitiva del golfo, consecutiva á otorrea aguda ó crónica, que se ha formado, como he dicho, en la patogenia, y al hacer la trepanación descubriendo el seno, por haber existido síntomas flebíticos aparece sano á la vista, siendo las punciones exploradoras positivas. Hay un signo, llamado de Witing, para poner de manifiesto la existencia de la obliteración del golfo, que consiste en lo siguiente: descubierto el seno lateral en una extensión suficiente, se comprime en un punto situado todo lo más próximo del golfo que sea posible, rechazando por presión retrógrada la sangre que contiene hacia la prensa de Herófilo; si el seno se llena por la sangre que refluye del golfo, es señal de que éste es permeable; pero si queda plegado en estado de vacuidad, es que el golfo de la yugular está trombosado.

En el caso de sospechar la tromboflebitis PRIMITIVA del golfo por los síntomas febriles, cefalea, vómitos, dolor especialmente acentuado á la presión en la pared inferior del conducto auditivo externo en su porción ósea, etc., que acompaña á un proceso supurado óptico, es el síntoma de Witing, investigado en el curso de la operación, el que refrenda y asegura el supuesto diagnóstico.

#### **Itinerario á seguir y magnitud de la operación.-**

Si en el curso de una otomastoiditis aguda se presentan los síntomas precitados que puedan hacer sospechar la existencia de tromboflebitis, es necesario practicar una sencilla pero amplia trepanación mastoidea, poniendo al descubierto el seno lateral; si presenta aspecto normal se hace una punción exploradora; si es ne-

gativa se abre el seno, limpiando los coágulos, hasta que saliendo sangre hayamos alcanzado ambas extremidades del trombo.

Si la punción es positiva, investigar el signo de Witing, que nos ilustrará sobre el estado de permeabilidad ó de oclusión del golfo.

Si está permeable damos por terminada la intervención; en caso contrario el golfo está trombosado y habrá que proceder á su abertura, cosa que sólo se consigue con la operación de Grünert.

Si tenemos el caso de una otorrea crónica, en el curso de la cual se presentan las manifestaciones febriles, etc., anteriormente citadas, inmediatamente debemos practicar una radical petromastoidea amplia, siendo los tiempos siguientes como en el caso anterior.

Después de haber discutido mucho sobre la conveniencia ó no conveniencia de ligar la yugular interna en los casos que se presentaba trombosado el seno lateral, muchos autores son partidarios de la ligadura sistemática cuando el seno lateral está trombosado.

Por el contrario, opino de la misma manera de Brieger, de Breslau; Bouget, de Toulouse; Luc, de París, que no debe ligarse cuando se pueda alcanzar por la brecha craneal toda la extensión del trombo situado en el seno lateral, porque en caso de ligarla, la parte de la vena que se inutiliza por la ligadura, pudiera subvenir á las necesidades de la circulación de retorno.

Ahora bien: cuando la extensión del trombo infectado llega al golfo, todos los medios que hasta ahora se empleaban y con los cuales se obtienen, á no dudar, cierto número de curaciones, son incompletos, no habiendo alcanzado el radicalismo necesario como con la operación de Grünert, que ha de satisfacer los anhelos de la cirugía moderna, á saber: desinfección amplia, dando desagüe al exterior á todo el foco infectado.

Expondré sucesivamente todos los procedimientos operatorios, y en seguida resultará la notable diferencia que tienen con el método de Grünert.

**Procedimiento del lavado.**—Era racional y hasta cierto punto práctico; ha dado éxitos á más de un operador; pero resulta, con frecuencia, ineficaz. Se le han hecho dos fuertes objeciones: 1.<sup>a</sup> Ejecutado con fuerza moderada, será generalmente impotente para disgregar y expulsar las porciones parietales del trombo, que son precisamente en las que predominan los gérmenes infecciosos; y 2.<sup>a</sup> Si por el contrario el líquido lavador es pro-

yectado con fuerza, existe peligro de penetrar y transportar á las ramas colaterales, hasta entonces respetadas, las partículas de trombo infectantes.

**Raspado.**—No está exento de peligro, dada la dificultad de dirigir bien un instrumento en un trayecto de lo más tortuoso, rodeado de partes blandas y posibilidad consiguiente de producir falsas vías; además el raspado resulta muy limitado, teniendo en cuenta la disposición sumamente sinuosa de golfo.

**Drenage.**—Representa en comparación con los métodos precedentes un gran progreso, debido á la iniciativa del Dr. Alexander; consiste en descubrir la yugular y ligarla por debajo del trombo; reabrir el cabo superior ligado y marsupiarizarlo por puntos de sutura á la extremidad superior de la incisión cutánea del cuello; luego drenarlo como un absceso. Objeción: la fuente de pus no se ha suprimido y subsiste el peligro de la extensión de la flebitis á las venas colaterales.

**Operación de Grünert.**—La técnica de Grünert ha experimentado ligeras variaciones, con objeto de garantizarse mejor contra una lesión del facial y facilitar la ejecución de la operación que es larga y sumamente delicada. Se deben estos perfeccionamientos á Paul Laurens y á Lombard.

Copio la técnica de la operación, tal y como la describen Claoue y Vendenbeossche, en su tratado de *Chirurgie des maladies de l'orcille du nez, du pharynx du larynx*. A dicha técnica me circunscribí al realizar la indicada operación, en el caso cuya historia clínica resumida expondré para terminar.

•PRIMER TIEMPO.—Mastoido sinusal.—Incisión de las partes blandas en el pliegue retroauricular, ganando la parte media del cuello á lo largo del borde anterior del externo-cleioide-mastoideo. La trepanación simple ó el vaciamiento petro-mastoideo será hecho, según el caso, lo más ampliamente posible. Perpendicularmente á la primera incisión practicada, una segunda incisión hacia atrás á fin de poder despegar los tegumentos. Esta incisión debe llegar hasta el hueso y seguir la dirección de la línea curva occipital superior que va desde la mastoides hasta la protuberancia occipital externa. Legrar despegando hacia abajo las fibras del externo, del complejo menor, todos los músculos de la nuca, de modo que se descubra bien, no solamente la cara postero-inferior

de la mastoides, sino también la cara inferior del occipital. Resecad la punta de la mastoides, pero tened cuidado de conservar una pequeña porción de su borde anterior, como referencia con relación al facial.

Quitada la punta mastoidea, aparece el vientre posterior del digástrico. Id en busca del seno lateral si no ha sido puesto al descubierto por una intervención anterior y denudarlo por detrás y por arriba hasta que su pared aparezca sana por delante, y abajo todo lo lejos que sea posible. El vientre posterior del digástrico que dificulta el camino es despegado con la legra. Sobre la cara externa de este músculo, reconocer las venas occipitales que van á verter en la vena yugular externa; la arteria occipital está situada más hacia atrás, siguiendo el borde inferior del músculo, pasa entre él y la apófisis transversa del atlas.

Se pinzan los vasos subyacentes al vientre posterior del digástrico y se toca á la apófisis citada, recubierta por los fascículos musculares del esplenio. Este es el momento, según Laurens, de ligar la yugular interna.

SEGUNDO TIEMPO.—Descubrimiento y ligadura de la yugular: cabeza en ligera rotación.—A nivel de la porción cervical de la incisión colocad al descubierto el borde anterior del externo; si se encuentra la yugular externa, se reclina ó secciona entre dos ligaduras. Bajo la hoja profunda de la vaina del externo aparece la yugular interna; diséquese con cuidado. Si la vena parece sana, la ligáis de preferencia por encima del abocamiento del tronco tiro-linguofacial, con el fin de facilitar por esta vía el restablecimiento de la circulación colateral. Si hay que colocar la ligadura por debajo del tronco, líguese también éste para que no sea á su vez una vía de transporte á la infección. Colocadas dos ligaduras se secciona, siendo disecada hasta el agujero rasgado posterior. En el curso de esta disección, se descubre sucesivamente el asa del hipogloso mayor, la arteria occipital, el digástrico, y, sobre todo, la rama externa del espinal, importante de respetar, que cruza la cara antero externa para meterse bajo la cara profunda del externo, á cuatro centímetros por debajo de la punta mastoidea. Aparece en el campo por debajo del digástrico bordeando la apófisis transversa del atlas.

Los trabajos de aproximación, así llevados todo lo más lejos posible por vía craneal y por vía cervical, el asalto definitivo puede ser dado.

TERCER TIEMPO.—Denudación del golfo por trepanación del borde posterior del agujero rasgado: es el tiempo difícil de la

operación.—Recordad la dirección horizontal del seno en la base del cráneo y darse cuenta de lo que se trata de hacer: resecar el segmento óseo comprendido entre la primera apófisis transversa por detrás y la apófisis estiloides, fácilmente percibida hacia adelante, deslizando el dedo á lo largo del externo cleido-mastoideo. La estiloides es la salvaguardia del facial; el reconocimiento de la apófisis transversa, evita perderse hacia atrás en los músculos de la nuca; los dos puntos de referencia son de primera importancia. Para ampliar lo más posible la corredera inter-estilo vertebral, colocad la cabeza en fuerte hiper-rotación, y que un ancho separador proyecte fuertemente hacia adelante el borde posterior del maxilar, de la parótida y del digástrico seccionado. La resección de la punta de la apófisis transversa es posible sin peligro para la vertebral si se opera con cuidado; ligarla si por desgracia se la hiere. Progresando en el espesor del hueso que protege al golfo, no habrá más por delante en un momento dado, que un delgado puente de hueso, del cual dará razón la pinza de Lombard ó de Citelli. (Yo utilicé la pinza en bayoneta de Lombard; otros emplean el cincel con protector stake; otros la sierra de pelo).

CUARTO TIEMPO.—Incisión del golfo.—Terminado el tiempo óseo incidir el vaso tromboso y transformar el seno, golfo ó bulbo y yugular en un camino del cual desembarazáis los productos sépticos que contiene. Por algunos puntos de sutura se estrecha la herida cervical y la herida craneal, dejando un espacio suficiente para las curas ulteriores.»

**Historia clínica.**—Aurora Martínez. Edad 17 años. Cama número 47 de cirugía de mujeres, con la especialidad de oto-rinolaringología. Ingresa el día 10 de Junio de 1917. Le supuran los dos oídos; dice tener dolores en el derecho hace ocho días. Ha tenido varios escalofríos. Se encuentra bastante mal, dice ella. Tiene diarrea. Pulso frecuente. Por otoscopia se aprecia en el derecho masas blancas en el fondo de la caja. Olor fétido. Existe sobre y por delante del externo-cleido-mastoideo dolor marcadísimo y cierto grado de empastamiento. Día 12 por la tarde, practico con autorización del Jefe, punción lumbar. Hay fenómenos de meningismo, pero no parece haber meningitis. Análisis de líquido céfalo-raquídeo por el Jefe del Laboratorio, Doctor López, que dice así: «Algunos linfocitos: amicrobiano». El líquido céfalo-raquídeo sale con gran presión. Se quejaba de fuertes dolores de cabeza, que disminuyen un poco después de la punción. Todos los días tiene escalofrío poco intenso, oscilando moderadamente la

temperatura. Bolsa de hielo en la cabeza. Día 15 á las tres de la tarde operación de Grünert, ayudándome el Dr. Larrea. Me adapté, como tengo dicho, á la técnica de Paul Laurens, necesitando ligar la yugular interna á un través de dedo por encima de la clavícula, y aún no alcancé la extremidad cruórica del trombo. Estaba la yugular transformada en una bolsa supurante hasta la porción media del cuello; más abajo, el coágulo tenía color rojo-vinoso. Amablemente se brindaron para administrar cloroformo mis compañeros de guardia, los Doctores Abadía (hoy Jefe clínico) y Clemente Romeo; durante la operación, en cuya ejecución invierto una hora y treinta y cinco minutos, se le pusieron 200 gramos de suero y 5 c. c. de aceite alcanforado. Día 16. Aceite alcanforado, leche y vino generoso; suero 500 gramos. Falleció el día 17 á las diez de la noche.

La septicemia, la disminución del calibre de la yugular que le quedaba, entrañando trastornos de la circulación cerebral é ingurgitación de los vasos de la pía madre, fueron la causa de la muerte.

**AUTOPSIA.**—Se encuentra la herida operatoria sumamente limpia; las gasas de drenage muy poco manchadas de exudado no purulento. El facial íntegro. Ingurgitación de los vasos de la pía madre. Volumen yugular del lado sano, ó sea del izquierdo, algo disminuído á mi modo de verr. Es de notar la cianosis notable que tenía antes de la operación; mucho más durante la operación, continuando aún después de operada. Durante el acto operatorio disminuía mucho la cianosis cuando se le administraba oxígeno.

---

## ESTUDIO CLÍNICO DEL HIDRANNIOS Y NUEVAS ORIENTACIONES

### Sobre su Patogenia y tratamiento

---

Comunicación presentada á la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao,  
por el socio de la misma Dr. Fontán, en la sesión celebrada el 23 de  
Noviembre de 1917.

QUERIDOS COMPAÑEROS ACADÉMICOS:

Vais á permitirme que moleste vuestra atención con este modesto trabajo que tiene por objeto la exposición de un proceso de alta importancia en el terreno obstétrico y que así como antigua-

mente exigía en los grados más avanzados de su intensidad un tratamiento quirúrgico, parece que en la actualidad comienza á vislumbrarse la esperanza de que pueda, y con mejor éxito, ser tratado médicamente.

Digo y con mejor éxito, porque á mi juicio, aunque admirador lo mismo de los progresos de la Cirugía que de la Medicina, creo es de mayor importancia un tratamiento de carácter médico que de carácter quirúrgico: pues toda operación por sencilla que sea y no obstante los modernos procedimientos de anestesia, asepsia y hemostasia, siempre entraña un peligro más ó menos remoto para el que la sufre, y ante todo si comparamos la terapéutica médica á la diplomacia y la quirúrgica á la violencia, ¿quién vacilará en todos los órdenes de las cosas, incluso en los actuales acontecimientos mundiales, en postergar á ésta ante aquella?

Decía no hace muchos años el Dr. Recansen, hablando del tratamiento del Fibroma interno, que la histereotomía no representa la curación en el sentido estricto de la palabra, por cuanto tal método terapéutico lleva consigo el sacrificio del órgano materno y la mujer que carece de un órgano, en realidad es una enferma, pues nada hay supérfluo en nuestra economía.

¿Qué adelanto tan grande no sería, pues, el día que pueda llegarse decididamente á curar el fibroma por un procedimiento puramente médico?

Ahora bien: el Hidrannios, proceso obstétrico de antiguo conocido, es susceptible de alcanzar un grado de intensidad tal, que poniendo en peligro la vida de la embarazada, obliga á practicar la provocación del aborto ó del parto; en este caso la madre no sólo tiene que ser sometida al riesgo que la intervención representa sino que además el feto tiene forzosamente que sucumbir si no es viable.

Como fácilmente se comprende, mientras haya que proceder en esta forma, creo puede afirmarse que el tratamiento del Hidrannios deja mucho que desear y día de júbilo para la ciencia, será aquel en que las nuevas orientaciones que se inician sobre su patogenia, precursoras también de nuevos tratamientos y que pronto expondré, lleguen á alcanzar el derecho de ser consideradas como útiles y decisivas.

Y haciendo punto final en el preámbulo voy á entrar en cuestión, comenzando por la definición del Hidrannios y el concepto que ésta ha de merecernos.

Desde luego, en cualquier obra de Obstetricia se define diciendo que es la Hidropesía del Annios, pero debemos tener en cnen-

ta que desde bastantes años atrás, tal proceso no es considerado como una entidad nosológica, sino como un fenómeno que puede concurrir en el estado gravídico, consecuencia de diversas afecciones propias de la madre ó del feto.

La cantidad normal de líquido amniótico oscila entre 600 y 700 gramos, pero cuando existe el proceso de que me ocupo, puede alcanzar la cifra de uno á dos litros ó más y en este caso la embarazada sufre los síntomas ocasionados por tan exagerado derrame, á más de los que de por sí pertenecen á la afección que origina el hidrannios.

El Hidrannios tiene su mayor frecuencia en los últimos meses del embarazo, y he de advertir que es un poco dificultoso establecer el momento en que en atención á la cantidad de líquido se pueda dejar sentado el diagnóstico de su existencia, pues entre las cifras que indican la cantidad normal de líquido y la cantidad patológica, puede haber una gradación casi imposible de delimitar. Se dan casos en que una cantidad poco exagerada relativamente, ocasiona trastornos que no son originados por derrames mucho mayores, todo lo que nos demuestra que la cantidad de líquido, que no puede ser medida mientras permita la integridad de las membranas, no permite hacer el diagnóstico, ni aun calculando su cantidad á juzgar por el abultamiento del abdomen, y sólo trastornos de otra índole que más adelante expondré al hablar de la sintomatología, pueden ser los que nos conduzcan á dejar sentada la existencia de tal proceso, pudiendo siempre el líquido, según su cantidad, servir para hacer el diagnóstico retrospectivo, confirmatorio del ya hecho antes de recoger el derrame.

Ahora bien; ¿cuál es la causa del Hidrannios, ó mejor dicho, cuáles son las afecciones de la madre ó del feto, capaces de originar tal fenómeno?

Es esta una cuestión que todavía no está felizmente solucionada, y nada por esto ha de extrañarnos que de muchas maneras se tratase de explicar el mecanismo de producción del fenómeno de que me ocupo.

Desde muy antiguo se ha notado por todos los que á ello han consagrado su observación que el Hidrannios se presentaba en un tanto por cien bastante elevado, en mujeres en las que había hecho presa la infección sífilítica, acusando según esto á lo que hoy está representado por el treponema pálido de Chaudin, como el elemento productor.

Tal teoría sigue hoy admitiéndose; pero no basta decir de una manera general que la sífilis produce el Hidrannios, era necesario desmenuzar algo la cuestión etiológica buscando qué clase de al-

teración engendraba la hidropesía del annios, y al efecto caminando por esa senda se observó que el hidrannios coincidía con alteraciones hepáticas en el feto (sin duda de origen sifilítico), sosteniéndose entonces que el derrame se producía á causa de hallarse dificultada la circulación en la víscera hepática del feto, lo cual producía mayor tensión sanguínea y por ende la trasudación exagerada á través de la vena umbilical. Esta opinión sustentada por Soelinguer encuentra acogida en otros observadores que por análogo mecanismo dicen haber visto hidrannios producidos por estenosis de la vena umbilical.

Claro está que esta manera de explicar la producción del Hidrannios se ajusta ó es una cosa que guarda relación con la teoría que el mismo Soelinguer sustenta para explicar la formación del líquido anniótico normal, admitiendo que tal líquido se forma por el mismo mecanismo de trasudación, viniendo por tanto á ser el hidrannios nada más que una exageración de la producción normal, debida á accidentales circunstancias.

Entre estas circunstancias obran á más de la sífilis hepática-fetal ya mencionada, otras que alguien de este modo describe como causas de hidrannios, tales como circulares apretadas, torsión del cordón, etc., que á mi entender pertenecen todas al grupo que podemos llamar de éxtasis de la vena umbilical.

Jumbluth piensa de otro modo, y también en armonía con su teoría por la cual explica la formación del líquido anniótico normal, por la trasudación á través de los vasos propios que él cree existen en el annios (cuya existencia otros niegan) sostiene que el hidrannios se produce por la exageración de esta trasudación, pero esta teoría es puesta en duda por los que aun sin negarla creen que al final del embarazo, se hallan obliterados.

Para los que juzgan la trasudación cutánea fetal como origen del líquido anniótico, aquí buscan también el origen del hidrannios; otros en cambio sostienen la posibilidad de que el líquido se origine por una inflamación del annios, pero los datos que el examen anatómico-patológico nos suministra resultan negativos.

Por último, otros admiten que el hidrannios es resultado de un éxtasis general de la madre que repercute en el feto á causa del mecanismo de la circulación durante el periodo intrauterino, éxtasis originado por enfermedades maternas, como por ejemplo, afecciones cardíacas renales ú otras.

Como se ve, hasta la fecha, tanto el mecanismo de producción del líquido anniótico como la patogenia del hidriannios constituyen una doble incógnita, pero sin embargo no por eso la ciencia se

desespera sino que, al contrario, insiste en su tarea de investigación y por si esto no fuese poco, como he dicho en el preámbulo de este pobre discurso, parece que empiezan á surgir nuevas orientaciones sobre este asunto, que sin duda alguna *pueden* constituir el punto de partida de este desideratum en la ciencia obstétrica y nos permitan con el tiempo descubrir el secreto.

Al efecto no hace mucho he leído con la mayor atención un trabajo de un distinguido compatriota (y esto debe á todos enorgullecernos), referente al caso en el cual expone la curación que ha obtenido de un caso de Hidrannios, mediante la administración de la adrenalina. Dice tan ilustre compañero que encontrándose ante un caso de Hidrannios agudo, con todos los graves trastornos á que da lugar, como diré más adelante y que en tan lamentable situación colocan el estado general de la embarazada, antes de proceder al tratamiento quirúrgico decidió para mejorar en algo su estado general, administrarle la adrenalina al interior, idea que le ha sido sugerida por la eficacia demostrada que dicha substancia opoterápica ejerce en los casos de vómitos incoercibles, síntoma que integra el cuadro del Hidrannios agudo y que en este caso contribuía en alta escala á la agravación de la enferma objeto de la observación.

Entusiasmado con los grandes resultados que dice ha obtenido trató, como es natural, de escudriñar cómo la adrenalina podía haber obrado, pues de hecho no sólo se suspendió la producción de líquido, sino que el que existía disminuyó considerablemente, y el Dr. Zuloaga, que es el que ha llavado á cabo tan detenida observación se ve en la necesidad de atribuir la causa de este caso de Hidrannios á la influencia suprarrenal que podría existir en la embarazada.

Pero, ¿cómo esta insuficiencia es capaz de originar tal trastorno? A primera vista, en verdad se hace muy difícil comprenderlo, pues la adrenalina, por su acción fisiológica, ejerce una vasoconstricción periférica y por intermedio de ésta origina la hipertensión, lo cual al parecer está en oposición con su acción bienhechora sobre el hidrannios, pues tal hipertensión más bien podría aumentar el líquido anniótico que disminuirlo, y sin embargo la mejoría se acentuaba con el empleo de la antedicha medicación, lo cual hizo sospechar al Dr. Zuloaga que el hidrannios no guardaba en tal caso paralelismo con la tensión circulatoria, conduciéndole esto á sospechar si la adrenalina en este caso habrán obrado no por su poder angiotónico sino estimulando la acción antitóxica de las glándulas suprarrenales.

Por tanto, á todas las teorías expuestas para explicar la patogenia del Hidrannios hay que agregar la de que el Hidrannios puede ser originado por un estado de insuficiencia de las glándulas suprarrenales en lo que á su función antitóxica se refiere, que dé lugar á una producción anormal de líquido anniótico ó impida la reabsorción del mismo. Y al efecto el síndrome de la insuficiencia suprarrenal está constituido por síntomas de los cuales algunos, como vómitos, anorexia, postración, pulso frecuente, etc., concurren también en el hidrannios.

Sin que esto, hasta la fecha, pueda pasar de lo que digo al enunciar este trabajo, una nueva ostentación sobre la patogenia del Hidrannios, ¿no es muy digno de tenerse en cuenta y hacer de ello base para continuar estudiando hasta llegar á conseguir poner en claro si tal teoría es digna de ser entronizada ó relegada al olvido?

Pues bien; yo os confieso sinceramente que tal novedad científica ha merecido mi humilde atención y deseando hacerla pasar por el crisol de la práctica, desde este sitio me permito hacer la invitación á todos los presentes y en especial á los que como yo cultivan la Obstetricia, para que unidos tratemos de estudiar este asunto en la práctica á fin de llegar á saber si tal teoría es susceptible de llegar á ostentar en su defensa una estadística que le preste garantía.

El Hidrannios, por lo que á su sintomatología se refiere, es preciso distinguir en él dos formas ó modalidades; la forma aguda y la forma crónica.

En la forma aguda, por fortuna poco frecuente, existe la característica de ser muy rápida la acumulación del líquido y además la época de su aparición corresponde á los primeros meses del embarazo. El volumen del vientre, llega á tal extremo que medida la circunferencia del mismo á nivel del ombligo alcanza en algunas ocasiones á una cifra que oscila entre 125 y 130 centímetros, no obstante hallarse la mujer en la mitad de su embarazo.

Muchas veces y bien puede decirse la mayoría de ellas, según las estadísticas que he leído, esta forma aguda coincide con el embarazo múltiple.

Esta enorme distensión del vientre forzosamente tiene que originar trastornos mecánicos y reflejos que se hacen sentir en el estado general.

La mujer se siente molestada por la tensión exagerada de las paredes abdominales y el peso que se ve obligada á soportar. Sobrevienen los trastornos mecánicos debidos á la compresion y en-

tonces la enferma es presa de gran fatiga respiratoria, el pulso se eleva á 120 y 140 pulsaciones por minuto, pronto aparecen los vómitos, síntoma que considero como el más grave para el estado general de la mujer, pues su intensidad es tan grande que la paciente, agotada en sus fuerzas, llega á un grado de muy intensa postración acompañado de fiebre.

Procediendo á la exploración física, se observa muy desviada la zona de sonoridad intestinal, al hacer la percusión, percibiéndose en cambio una zona de matidez que corresponde al útero grávido, hasta un nivel muy alto. Practicando la palpación se puede uno dar muy fácilmente cuenta de la libertad con que se mueven las partes fetales y haciendo el tacto vaginal se ve confirmado esto por la exageración del peloteo vaginal y por consiguiente la inestabilidad de la presentación. La fluctuación es muy manifiesta y á ello contribuye la delgadez de las paredes abdominales.

Por la auscultación no se pueden percibir con claridad los latidos fetales, lo cual nada tiene de extraño dada la gran cantidad de líquido interpuesto entre el punto que corresponde al corazón del feto y el oído del observador.

Todo este cuadro se halla casi siempre completado con los edemas que rara vez faltan en las extremidades inferiores y en la zona suprapúbica, dato éste último como sabemos de alta importancia para el diagnóstico del embarazo múltiple.

En la forma crónica, el Hidrannios suele hacer una aparición muy tardía, hacia el séptimo ú octavo mes; sin embargo es muy relativo todo lo que se diga, pues muchas veces el crónico viene á ser la terminación del agudo por haberse detenido la evolución de éste en los últimos tiempos de la gestación, además también hay que tener en cuenta lo que al principio he dicho sobre la imposibilidad que en ciertos casos existe para poder fijar los límites entre la cantidad normal de líquido amniótico y la cantidad que establece ó mejor dicho debe dejar establecida la existencia de hidrannios, y digo esto porque el cuadro sintomático de la forma crónica es mucho más benigno que el agudo, hasta tal extremo que pueden darse casos de Hidrannios en los que el estado general de la que lo padece no se ha modificado en lo más mínimo, y sólo el diagnóstico se hace de una manera retrospectiva ante la salida de una anormal cantidad de líquido en el transcurso del parto.

Creo que fácilmente puede colegirse de lo dicho que tratándose de la forma crónica es bastante difícil fijar hacia qué mes se ha presentado el proceso en un caso determinado.

Por lo que se refiere al diagnóstico, no creo necesario tener

que detenerme mucho para hablar del mismo, pues teniendo presentes los síntomas expuestos es fácil llevarlo á cabo.

Sin embargo, ya cabe algunas veces la duda, principalmente cuando el desarrollo del proceso ha tenido lugar en una forma galopante, en cuyo caso la explicación física proporciona signos parecidos á los del quiste ovárico, y de esto puedo presentar como testimonio un caso que en mi práctica he tenido recientemente ocasión de estudiar; tratábase de una múltipara de edad relativamente avanzada y que por esta razón no creía hallarse embarazada. Su estado general era muy delicado por los vómitos incesantes, el vientre muy voluminoso, grandes edemas en las extremidades inferiores, y fluctuación manifiesta, pero practicando el tacto vaginal y la palpación abdominal combinadas, me costó bastante trabajo llegar á percibir las partes fetales, dificultades con las que, según me informó la familia de la paciente, habían tropezado también otros facultativos que anteriormente la habían explorado y por cuya razón, lo cual en nada me hace desmerecer su competencia, no se decidían á fijar el diagnóstico de embarazo.

La marcha del Hidro-Annios varía según su intensidad.

Como ya dejo dicho, se dan casos en los que el embarazo sigue evolucionando sin alteración mayor, llegando á verificarse el parto en la época normal. Otros en cambio como es muy natural, originan el parto prematuro, pues la enorme distensión uterina llega á producir contracciones que expulsan el contenido uterino antes de término.

El Pronóstico es grave, pues si se trata de la forma aguda es un proceso que hasta la fecha reclamaba la terminación pronta del embarazo mediante la intervención quirúrgica, pues de lo contrario la vida de la madre corría peligro ante la gravedad que su estado general presenta, gravedad tanto mayor cuando la fiebre hace su aparición en el cuadro morboso.

Como ya antes dije, en la forma crónica el peligro no sólo es menor sino en varios casos puede decirse que ni existe, pues la existencia del proceso pasa desapercibida durante el embarazo.

Si el pronóstico es grave y comprometedor en la forma aguda, de la vida de la madre, no lo es menos de la del feto, pues forzado el parto antes de término, el nuevo ser tiene que venir al mundo en inferiores condiciones de vida, no sólo por lo que respecta á su incompleta edad intrauterina sino también por la mala nutrición que durante la misma haya podido recibir á costa de una madre afecta de un estado general lamentable, y por último si la sífilis es la causa remota del proceso de que me ocupo en este tra-

bajo, inútil será decir qué tara acompaña al infante que desgraciadamente venga al mundo en tales circunstancias.

Y por si esto no fuese poco, aún una vez consumado el parto, el alumbramiento puede también seguir dando un tanto de cuidado, pues la enorme distensión que el útero ha sufrido nada tiene de particular que dé por resultado una atonía capaz de originar hemorragias que aun en el caso de ser cohibidas por la intervención de una mano perita y ágil, son susceptibles de dejar á la mujer en un estado de anemia muy serio y nada halagüeño para lo sucesivo.

Y no teniendo que decir más respecto al pronóstico que no sea insistir en su gravedad, trataré de dar fin á este trabajo hablando algo del tratamiento.

Claro está que la terapéutica del Hidrannios, como la de todo proceso morboso, ha de estar en relación con el concepto etiológico que del mismo se admita y en este sentido es preciso distinguir el tratamiento seguido hasta la fecha, consecuencia de lo obscuro de la patogenia, y el tratamiento que las nuevas orientaciones que sobre la patogenia parecen surgir y que ya he expuesto, impondrán como consecuencia obligada si tales orientaciones llegan, como sería de desear, á ser universalmente admitidas.

Tratándose de un proceso de patogenia desconocida, no cabía más que la expectación, si ésta nos permitía ver una marcha benigna y sin perjuicios mayores para la madre, no había lugar á emplear tratamiento alguno, pero si la marcha era de mal cariz, si sobrevenían vómitos, fiebre y en una palabra todos los síntomas integrantes del cuadro sintomático que he asignado á la forma aguda grave, se imponía la interrupción del embarazo mediante los procedimientos clásicos. Si existía la persuasión de que la sífilis era el agente causal ó al menos existía para ello sospecha muy marcada, entonces se empleaba el tratamiento específico, mercurio, yoduro potásico, etc., según algunos con regulares resultados.

Sin llegar al radical tratamiento de la provocación del parto, en aquellos casos en los que la distensión del vientre era muy grande y por consiguiente existían los trastornos mecánicos, pero sin haberse originado el alarmante estado general pésimo para la enferma, se aconsejaba también la punción de la cavidad ocular, ya al través de los fondos de saco vaginales, del orificio cervical ó de las paredes abdominales.

Como se vé, el tratamiento era cruento é incompleto, pues no podía dirigirse de una manera certera á atajar é impedir la causa del mal por ser ésta desconocida.

Mas hé aquí el nuevo tratamiento que la nueva teoría patogé-

nica había de proporcionar. Fácil es de suponer cuál había de ser. Si se admite que el Hidrannios es producido por un estado de insuficiencia suprarrenal en la madre claro está que el tratamiento forzosamente había de estar representado por la administración en la madre de la Adrenalina.

Y al efecto, el caso del Dr. Zuloaga, que ya he mencionado, lo ofrecía una enferma afecta de un deplorable estado general con vómitos, fiebre de 38,6, pulsaciones 120, cianosis, disnea intensa, edemas de las extremidades (no supra-púbico), abdomen cuya circunferencia medía 116 centímetros al nivel del ombligo; en fin, un caso típico y avanzado que una vez diagnosticado y después de haber practicado una reacción de Vasserman negativa empezó á tratar medianie la administración de 30 gotas diarias de la solución de Adrenalina al milésimo.

Al día siguiente de empezar el tratamiento comenzó la mejoría disminuyendo la fiebre y cesando los vómitos, mejoría que siguió avanzando con tal progresión que á los pocos días, pues ante tal gravedad, 20 días pueden decirse pocos, la enferma se encontraba cambiada, su estado general nada dejaba que desear dentro de la preñez, y ante todo lo que más incomprensible parecía, el vientre había disminuído notablemente, percibiendo á la auscultación los latidos fetales y para mayor éxito llegada la época de término dió á luz con toda felicidad una niña de regulares dimensiones, sin que en el puerperio ocurriera tampoco la menor novedad.

De nuevo se hizo embarazo y habiendo comenzado los vómitos repitió el tratamiento de la adrenalina, restableciéndose la normalidad, que persistió en todo el embarazo.

Como se ve, la desaparición de los síntomas alarmantes y la disminución del volumen del vientre son datos que no pueden ocultarse, á algo tienen que ser debidos y no habiéndose empleado ningún otro tratamiento que la adrenalina ¿cabe atribuirlo á otra cosa?

Se trata, por lo tanto, de una nueva era del tratamiento del Hidrannios. Creo que es muy justo no escatimemos nuestra sincera felicitación á tan laborioso compañero, la que por mi parte envío desde este momento, no obstante no tener el alto honor de conocerle más que por sus obras.

Y para no molestar más vuestra atención voy á dar por terminado este trabajo, no sin antes dar á todos gracias por haberme oído, y rogaros de nuevo recibáis lo que he expuesto con un entusiasmo que os mueva á aprontar el concurso de vuestra observación para que lo que hasta hoy está en mantillas llegue, si es posi-

ble, á alcanzar el más completo desarrollo científico, y á la par sirva para prestar excelentes servicios humanitarios.

Tampoco quiero pasar sin dar una satisfacción á los cirujanos presentes y no presentes si en lo que al principio he dicho hay algo que se preste á torcidas interpretaciones. Lo hago gustoso declarando que la Cirugía me merece la más alta consideración y respeto, y como sabéis, en la especialidad que cultivo hay ocasiones en que no tengo más remedio que actuar como cirujano, pero mi humilde opinión ya la he expuesto y aquí la repito: siempre y cuando sea posible debe evitarse la intervención de la mano armada.

He dicho.

DR. FONTAN,

Especialista en enfermedades de la mujer y partos.

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión del día 16 de Noviembre de 1917.

Preside el Dr. Crende.

Asisten los señores Mendaza, Fontán, Clemente Romeo, Díaz Empanaza, Santibáñez, Herraiz, Unamuno, César, Ribera, Soto, Mochales, Léniz, Alvarez y García Hormaeché.

El señor Hormaeché presenta dos operados de laringotomía por epiteloma, uno luego de 14 meses y otro después de 8 meses de la intervención, sin que hasta la fecha se haya reproducido la neoplasia; muestra fotografías de un tercer caso que falleció á los 25 días de la operación á consecuencia de un proceso articular generalizado, de tipo reumático, complicado con un foco inflamatorio pulmonar.

Hace una breve reseña histórica de los procedimientos quirúrgicos del cáncer laríngeo (laringo-fisura-tirotomía), operación en dos tiempos y actual técnica de Gluck, seguida en sus tres operados. Recuerda los cirujanos españoles que desde Rubio han practicado laringotomías en Madrid, Barcelona, Bilbao, Sevilla y Cádiz.

El conferenciante es partidario de la técnica en nn tiempo, que evita mejor las complicaciones postoperatorias, especialmente la tan temida broncopneumonía séptica, y aventura la esperanza de que acaso algún día se obtengan con la radioterapia análogos re-

sultados que en los cánceres uterinos, con lo cual quedaría destronada la laringectomía como lo ha sido la histerectomía.

El señor López Albo felicita al señor Hormaeche por los brillantes éxitos obtenidos no obstante la gravedad de tal intervención.

El señor Ribera emite la opinión de que tal vez con el tiempo se consiga algo contra los epitoliomas con algún suero citolítico, pues los experimentos hechos en animales á los que se inyectó suero de otros en cuya sangre se habían introducido con anterioridad células específicas, parecen ir á favor de ella; con este suero se ha favorecido la evolución de las lesiones.

El señor Hormaeche agradece á los dos señores anteriores su participación en los casos por él presentados, é insistió en que el examen laringoscópico detenido y la obtención de una parte del tejido sospechoso para su análisis, eran las únicas garantías del éxito.

El Dr. Díaz Emparanza expuso que debió hacerse un examen bacteriológico á fin de averiguar la causa de la infección articular del caso tercero, pues muy bien pudo tratarse de una infección por vía operatoria, ajena al reumatismo.

El señor Alvarez cita un caso de epitelioma de la cara mejorado primero y curado al fin por la radiumterapia.

El señor Prieto ruega al señor Hormaeche que aclare el aspecto de las alteraciones articulares que presentó en el tercer operado, y, adhiriéndose á lo manifestado por el Dr. Díaz Emparanza, cree que debían tener relación con el acto operatorio.

El señor Hormaeche dijo que no fué posible hacer un estudio necrológico ni bacteriológico, aunque cree también posible que no se tratara de un reumatismo y sí de un pseudoreumatismo.

El Dr. Crende relata dos casos de epitelioma laríngeo, uno operado sin éxito, y un tercer caso en que persiste la curación después de bastante tiempo de intervención. Considera el diagnóstico y la extirpación precoces como indispensables para un buen resultado operatorio.

Todos los señores que hicieron uso de la palabra felicitaron al señor disertante por los brillantes resultados obtenidos en una intervención de tantas dificultades técnicas.

El Secretario de actas, *W. López Albo*.

Sesión del día 23 de Noviembre de 1917

Preside el Dr. Crende.

Asisten los señores Fontán, Herraiz, Mochales, Clemente Romeo, García Hormaeche, Alonso, César, Castro, Otaola, Unamuno, Ciga, Soto, Mendaza, Mesanza, Guerricabeitia, Léniz, Santibañez, Alvarez y Díaz Empananza.

La Academia acuerda dar un voto de gracias al señor Otaola por la donación de un volumen que recoge las sesiones del último Congreso de Odontología, celebrado en Bilbao.

El Dr. Fontán lee un interesante trabajo acerca de las nuevas orientaciones en la patogenia y tratamiento del hidramios. Enumera las diversas etiologías y patogenias que hasta hoy se han invocado para aclarar este proceso. Su disertación está fundamentada en un caso del Dr. Zuloaga tratado con éxito por la adrenalina, en el que se interpretó el hidramios como ligado á una insuficiencia suprarrenal. La adrenalina activó la acción antitóxica de dichas glándulas. Se propone instituir este tratamiento en el primer caso que vea de hidramios y ruega á los señores Académicos que lo pongan también en práctica.

El señor López Albo recuerda el hiperfuncionamiento de la substancia cortical durante el embarazo, que cuando no tiene lugar originanse tanstornos explicables por la hipofunción suprarrenal. Se dice que la experimentación acaso podía aclararnos la relación entre la insuficiencia suprarrenal y el hidramios.

El señor Santibañez opina que la prueba experimental no es igual que el hecho clínico.

El señor Alvarez cree que la experimentación sería insuficiente por la existencia de glándulas accesorias.

El Dr. Crende felicita al Dr. Fontán y recuerda el papel que la sífilis puede tener en estos casos.

El señor Mendaza, al felicitar al Dr. Fontán, dice que el caso del Dr. Zuloaga dió R. W. negativa. Cita un caso de embarazo con vómitos incoercibles que está tratando con éxito por la adrenalina.

El señor López Albo queda conforme con que hay diferencia entre la clínica y la experimentación; pero cree que si se provocara una hipofunción suprarrenal días antes de la concepción, por cualquiera de los métodos que la hacen durante algún tiempo compatible con la vida, acaso se pudieran tener datos que apoyaran ó desecharan la patogenia que se discute.

\* \* \*

El señor López Albo presenta un enfermo con un tumor en el hemisferio cerebeloso izquierdo y expone á los señores Académicos los trastornos cerebelosos tan ostensibles que se aprecian en el lado de la lesión: disimetría, asinergia, disdiadococinesia y alteraciones gráficas, los que unidos á la neuritis óptica bilateral y á los vómitos y cefalea aparecidos últimamente sirven para apoyar el diagnóstico. Fundándose en la participación del facial opina que el tumor es extracerebeloso y que actualmente comprime la región cerebelo-pedúnculo-pontina.

Por ser la hora reglamentaria se suspende la sesión, y el señor López Albo queda en el uso de la palabra para completar en la próxima sesión el estudio de este caso.

El Secretario de Actas, *W. López Albo*.

Sesión del día 30 de Noviembre de 1917.

Preside el Dr. Crende.

Asistieron los señores Fontán, Romeo, Mochales, Otaola, Santibáñez, Lauzurica, Zuazagoitia, Herráiz, Léniz, Barbero, Díaz Empanza, Unibaso, Echave-Sustaeta, Mendaza y Ribera.

A propuesta del señor Presidente se acuerda dar un voto de gracias al señor Contreras por haber donado varios libros á la Academia.

El señor López Albo continúa la exposición del caso de tumor del hemisferio cerebeloso izquierdo que presentó en la sesión última y comunica otros cuatro casos de tumor de la fosa posterior. Expone el estado actual de la fisiología experimental del cerebelo, especialmente de las localizaciones cerebelosas, que después de Lucani tanto ha progresado en manos de Prüss, Lewandowski, Barany, Babinski y Tournay, André-Thomas y Durupt y Rohmann. Enumera las principales localizaciones cerebelosas y establece su importancia para el diagnóstico topográfico de la lesión. Hace el diagnóstico diferencial de estos tumores con los de las vías cerebelosas: pedúnculos cerebelosos inferior, medio y superior, y calotas peduncular y protuberancial. Cita algunos casos de tumor frontal que dieron síntomas cerebelosos y en los que se hizo un diagnóstico erróneo (casos de Oppenheim y Fragnito); explica el probable mecanismo de ellos. Finalmente hace el diagnóstico diferencial de un tumor cerebeloso con algunas

formas de esclerosis en placas estudiadas por Oppenheim (1): forma cerebelosa, forma tumoral y forma ocular.

Continúa el señor López Albo en el uso de la palabra para la próxima sesión.

---

(1) *Oppenheim*: Der Formenreichen der multiplen Sklerose. Deut. Z. f. Nervenheilk. págs. 169-239, 1915.

---

---

En el próximo número aparecerán las disposiciones del reglamento y el tema para el premio Camiruaga, correspondiente al curso académico de 1917 á 1918.

---

## MICROSCOPIO ZEISS

Con oculares II y IV, objetivos A. y D. y  $1\frac{1}{12}$  inmersión hom.

EN PERFECTO ESTADO

SE VENDE

**M. Rivera, Buenos Aires 9 y 11, Bilbao**

---

