

# 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 FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Año XVI

Bilbao—Marzo—1910

Núm. 183

## Sumario

*Trabajos originales:* I. **Gil é I.** Mi segundo caso de pubiotomía subcutánea.—II. **Aparicio.** Exofagotomía.—III. **Gil é I.** Nota sobre un caso de embarazo extrauterino.

*Academias:* Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

*Revista de Revistas.—Bibliografía:* 1) **Donath.** Tratamiento de la parálisis general progresiva por las inyecciones de nucleína.—2) **Rebaudi.** Tratamiento de los vómitos incoercibles de las embarazadas, por la adrenalina.—3) **Chidichimo.** Paraganglin en los vómitos incoercibles del embarazo.

*Sección profesional.*

## I.

Maternidad de Bilbao.—Director: C. Gil y G.

Mi segundo caso de pubiotomía subcutánea

por el

Dr. Carmelo Gil é Ibarguengoitia

Médico ayudante

Ingresó el 9 de Junio de 1909 en la Maternidad una soltera, primípara, de 21 años de edad y de 1,43 de talla.

La primera regla á los 13 años, reglando siempre bien. La última el 1 de Enero de 1909. Embarazo normal. El primer movimiento fetal lo notó á mediados del mes de Mayo.

Diámetro de la pelvis: 25, 26,2, 33,6, 23,3.

Conjugado diagonal: 11,5; conjugado verdadero 9,5.

Comienza el parto el 13 de Octubre á las 6 de la madrugada.

Rompe la bolsa el 18 de 3 á 4 de la tarde encontrándose ya á la mañana de ese día el cuello completamente dilatado. Fué explorada, (tacto vaginal) antes de ser operada, cinco veces, por un mismo médico y en la clínica.

El día 20 al medio día, la cabeza fetal era algo movable por encima del estrecho superior y la sutura sagital corría transversalmente y se encontraba más próxima al promontorio que á la sínfisis.

A pesar del tiempo que llevaba de parto y de la intensidad de las

contracciones uterinas, habiendo roto la bolsa de las aguas hacia cerca de 48 horas, no se apreciaba en la cabeza del feto ninguna tendencia á la configuración. Temperatura 37,6. Feto vivo.

Ante este estado de cosas se estableció la indicación de la pubiotomía.

OPERACIÓN.—Pubiotomía subcutánea practicada con la aguja de Bumm. Cloroformización, preparación de la región operatoria y colocación de la enferma en posición obstétrica.

Orientación con los dedos pulgar é índice de mi mano izquierda de la forma y altura de la sínfisis. Introducción de la aguja de Bumm en el lado izquierdo del crótoris á unos dos traveses de dedo del mismo y entre los labios mayor y menor bordeando íntimamente la rama ascendente del pubis.

Cuando la extremidad de la aguja pasó por debajo de ella, introduje el dedo índice de la mano izquierda en la vagina para dirigir el instrumento por detrás del hueso en dirección ascendente y junto á su cara posterior. En cuanto atravesé las partes blandas y apareció la punta al exterior, monté la sierra de Gigli, retiré la aguja y quedé aquélla colocada.

Con unos cuantos golpes de sierra se seccionó el hueso, obteniéndose una separación de las superficies de sección de unos dos y medio traveses de dedo.

Se extrajo el feto con el forceps Tarnier, previa una episiotomía en el lado derecho.

Niña de 53 centímetros; peso 3,600 gramos.

Perímetro fronto-occipital de la cabeza, 36.

Extracción de la placenta por Credé. Sus dimensiones fueron 21, 18, 1; inserción marginal del cordón.

Sutura de un desgarró del cuello con crín y de la episiotomía con crín y catgut. Taponamiento vaginal compresivo que se retiró al día siguiente. Sujeción de la pelvis con una venda.

Complicando la operación se produjo un desgarró de la pared vaginal anterior que se comunicaba con las superficies de sección del hueso.

El puerperio fué relativamente normal. La temperatura no llegó más que un solo día hasta 38. Apareció una ligera paresia de la pierna derecha que desapareció al poco tiempo, y una cistitis producida por los sondajes que durante los cinco primeros días fué necesario practicar por ser durante ese tiempo la micción espontánea imposible.

El 9 de Noviembre se levantó por vez primera y á los pocos días se le dió de alta, encontrándose la mujer y su hijo en perfecto estado.

Algún autor, por ejemplo (Pehan de la clínica de Chrobak (1),

(1) Hólder-Vieu. 1908.



critica y califica de demasiado intervencionista la conducta seguida en estos casos por determinados tocólogos (Bumm, Döderlein, Baumm), acusándoles de no esperar lo suficiente á que la naturaleza obre y ponga en juego sus medios para resolver la distocia, y de que operan aun en mujeres que han parido ya espontáneamente en otras ocasiones y en las que debía esperarse por lo mismo de nuevo un parte espontáneo.

Así dice en su trabajo: «Normale Becken oder solche mit einer Conj. vera 9-9 y medio cm. zu durchsägen und, wenn es sich auch um eine Erstlingsoperation eines jungen Assistenten handelt (KliniK Bumm), daraus die Leistungsfähigkeit der Hystereotomie, aber auch die Notwendigkeit derselben bei den geringen Graden der Beckenverengerung ableiten zu wollen, wo in der überäliegenden Mehrzahl der Fälle bei einiger Geduld schließlich die Geburt spontan endigen würde, dafür konnte sich unsere KliniK nie erwärmen».

Yo, en defensa de nuestra clínica, puedo afirmar que estamos muy distantes de construir artificialmente una indicación por el solo deseo de practicar una intervención, y si en el caso historiado, pongo por ejemplo, nos decidimos á intervenir, fué convencidos de que de esperar más tiempo poníamos en peligro la vida de la madre y perdía la criatura casi seguramente la suya.

Porque ¿qué otra conducta se podía haber seguido? ¿Esperar aún? El peligro de una ruptura del útero y el comenzar la mujer á estar febril nos lo impedía.

¿Una aplicación alta de forceps? El no encontrarse la cabeza configurada me hacia temer, con fundamento, que las tracciones violentas que hubiera sido preciso practicar, determinarían lesiones de tal cuantía en la cabeza del feto que la vida de éste hubiera quedado directamente comprometida.

¿Perforación del feto aún vivo? Nosotros preferimos, *estando el caso á resolver en una clínica*, solucionar la distocia por medio de la pubiotomía.

Yo no veo que siguiendo este proceder cometamos una falta, y en cambio sí veo una vez más las positivas ventajas de la nueva obstetricia, con la que se consigue resultados imposibles de haber obtenido empleando los antiguos métodos.

La indicación de intervenir en casos de desproporción entre los diámetros pelvianos y los de la cabeza fetal, no se resuelven con solo el metro, y creo que están más en lo cierto aquellos que

han pubiotomizado mujeres con pelvis normales, porque los diámetros de las cabezas de sus fetos eran muy considerables.

Pehan no considera indicada la pubiotomía en pelvis con diámetro conjugado verdadero de 9 y 9 1/2, y Leopold la limitaba á las de 7 y 8 1/2 y últimamente á las de 6 1/2 y 8.

Siguiendo estas reglas, ocurre preguntar lo mismo que lo hace Bumm: ¿Qué conducta debemos observar en los casos de mujeres con pelvis de 9 y 9 1/2 centímetros de diámetro conjugado verdadero, cuando á causa de la dureza y grosor de la cabeza fetal, el parto no avanza, el niño vive, y la vida de la madre comienza á estar en peligro? ¿Esperar y más esperar?. Por desgracia, siguiendo este proceder no podemos en muchas ocasiones resolver el conflicto, y vemos que el mismo Pehan ha practicado en casos de pelvis de diámetro conjugado verdadero de 9 y 9 1/2 centímetros 19 veces la perforación. Cuatro veces en feto vivo y siete esperando á que el feto muriera estando el caso en clínica para luego perforarlo ú ocasionándole la muerte el traumatismo de una aplicación de forceps.

Nosotros, al igual que Bumm, preferimos en vez de perforar un feto vivo, como la hace Pehan, en casos de pelvis con diámetro conjugado verdadero de 9 centímetros, salvarlos por medio de la pubiotomía.

Tampoco se puede precisar reglas de conducta respecto al tiempo que se debe esperar antes de encontrar indicada la intervención. Hay casos en los que la espera puede prolongarse un día y otro sin peligro para la vida de ambos seres, y otros en los que la situación se hace por demás crítica á las pocas horas de haberse roto la bolsa de las aguas.

Se debe esperar todo lo posible á que la naturaleza obre, pero siempre dentro de ciertos límites, si es que deseamos conseguir fetos vivos. Esperando demasiado, con facilidad se presentan contraindicaciones para la pubiotomía.

El arte está en intervenir en el preciso momento, no demasiado pronto y de un modo innecesario, pero tampoco demasiado tarde.



## II.

Hospital Civil de Bilbao.—Clínica de niños  
Cuerpo extraño del exófago.—Exofagotomía

por el

Dr. Teodoro Aparicio

El día 27 de Agosto último ingresó en mi clínica del Hospital Civil, sección de niñas, número 6, V. L., de cinco años, bien constituida y de buen aspecto exterior.

La madre refiere que el día 2 del mismo mes la niña había tragado un botón, el cual dió lugar á un ligero ataque de sofocación que duró muy poco tiempo, quedando la niña algo triste y con dificultades en la deglución.

Nada sabemos de las prácticas que pudieron llevar á cabo para la expulsión del cuerpo extraño.

A su ingreso en el Hospital, el médico de guardia, enterado de lo anteriormente expuesto, y previa radioscopia, diagnosticó: cuerpo extraño metálico, circular, situado, como demuestra la radiografía adjunta, hecha algunos días después, detrás del manubrio esternal y algo hacia la izquierda.

Exploración clínica: El aspecto de la enfermita es satisfactorio; no hay fiebre, dolores ni disnea.

La deglución es difícil, no pudiendo tomar más que líquidos, y éstos con alguna dificultad; cuando se la invita á tomar sopa ó algún otro alimento semisólido, protesta diciendo que no puede; á la auscultación, nada de particular.

La palpación en el cuello no acusa dolor, ni tumoración alguna.

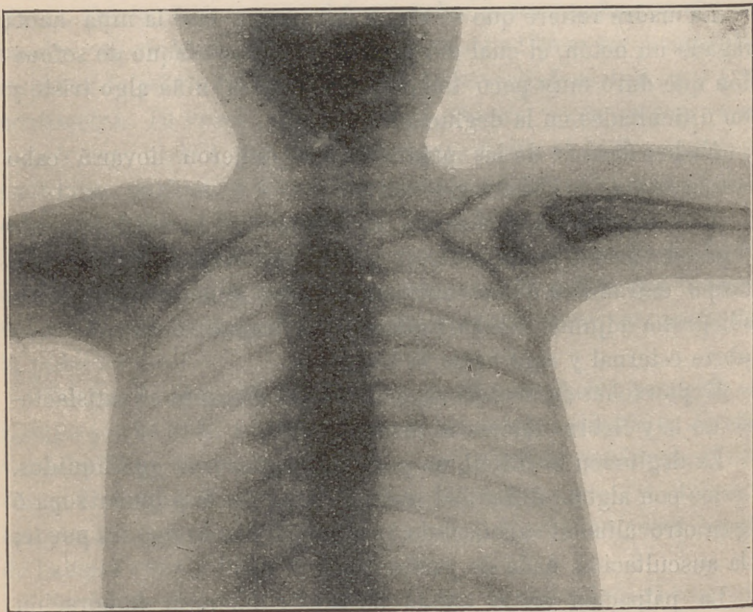
El dedo introducido en la faringe no acusa la presencia de ningún cuerpo extraño.

La radiografía demuestra que el cuerpo extraño está detenido en la segunda estrechez exofágica, llamada también aórtica, punto en el cual suelen frecuentemente detenerse los cuerpos extraños cuando vencen ó traspasan la estrechez primera ó cricoidea. (1)

(1) Hace años publiqué una historia en este mismo periódico, en la cual el cuerpo extraño, un gemelo de puño de camisa, quedó detenido en este punto, enganchándose la parte interior pequeña del gemelo á la entrada de la glotis.

Estábamos frente á un cuerpo extraño detenido en el exófago 25 días, sin protesta alguna por parte de la niña; pero ignorando qué modificaciones habían sufrido los tejidos en los cuales estaba enclavado; de aquí que dudase en los primeros momentos la determinación que había de tomar.

Los cuerpos extraños del exófago se extraen con las pinzas exofágicas, con la cestilla de Graefe, con el gancho de Kirusfen, la sonda ó muletilla de Velizet, paraguas de Fergusson, etc., ó se empujan hacia la cavidad gástrica si la no aspereza de su superficie y volumen no lo impiden.



La pinza de Vowel no alcanzaba el cuerpo extraño; la cestilla de Graefe es un instrumento pernicioso y que además no hubiera podido pasar por debajo del cuerpo extraño; los tubos de exofagocopia de que disponíamos eran demasiado largos y temíamos producir lesiones en tejidos cuyo estado de integridad desconocíamos; redujimos por estas circunstancias nuestra tentativa primera al paso de una sonda de Néleton, número 18, á cuya extremidad habíamos sujetado un condón de goma, que insuflamos luego de aire, y cuando lo creímos bastante dilatado tiramos moderadamente de la sonda, esperando ver llegar el botón des-



prendido y arrastrado por la pelota de goma así formada; pero encontramos bastante resistencia, se rompió el condón dos veces y renunciamos á la extracción.

A pesar de lo antes dicho, dudamos durante dos ó tres días si estaríamos autorizados para empujar el cuerpo extraño hacia el estómago; pero de esta situación nos sacó la elevación de temperatura, el dolor y una ligera pastosidad que se presentó en la región supraesternal media, síntomas evidentes de un flemón del cuello, cuyo punto de partida debía estar en los tejidos inflamados por la presencia del botón.

No había, á mi juicio, otra conducta á seguir que operar, haciendo una exofagotomía externa, y, en efecto, al tercer día de la presentación de los síntomas descriptos, procedimos á la operación (8 de Septiembre).

Previo baño general, asepsia minuciosa del cuello y cloriformización, se trazó una incisión en la parte lateral anterior izquierda del cuello, que partiendo de la inserción esternoclavicular del esternocleido mastoideo, llega hasta el nivel del ángulo de la mandíbula inferior; disecamos capa por capa hasta llegar á descubrir el externo cleideo mastoideo frente al cartílago cricoides; una vez llegados á este punto, con una pinza cerrada, de Pean, continuamos la disección hasta llegar al foco de supuración, situado más hacia la parte lateral izquierda del cuello, saliendo una cantidad de pus sanguinolento poco fétido, como de unos 30 gramos.

Una vez abierto el foco dicho, descubrimos toda su cavidad dilatándola con los dedos hasta llegar á la manubrioesternal; dos separadores romos llevan, uno hacia atrás el esterno cléideo mastoideo con el paquete vascular, y otro hacia adentro el omoplato iodeo esterno tiroideo, descubriendo el foco en cuya cavidad un infiltrado inflamatorio no nos deja diferenciar bien unos tejidos de otros, por cuya razón, no teniendo á nuestra disposición la sonda de Berlinghieri, introducimos en el exófago una sonda de Beniqué, núm. 38, para poder orientarnos y seccionar el exófago en su cara lateral izquierda.

Cogidos con pinzas de presión los bordes de la herida exofágica é introducido el dedo índice en la cavidad exofágica, se encuentra el botón debajo de la articulación clavículo-esternal izquierda, como indica la radiografía, situado horizontalmente, teniendo hacia adelante la pequeña asa de alambre que sirve para

coserlo. Una vez apreciados estos detalles, procedimos á la extracción, por medio de la pinza exofágica, y cuando cogido ya, y con parte de sus bordes asomando por la herida, nos hizo creer en su inmediata extracción, vimos con disgusto que se escapaba de entre los bocados de la pinza como un hueso de cereza de entre los dedos; tres ó cuatro ó tal vez cinco tentativas más dieron el mismo resultado. En vista de esta dificultad inesperada, procedimos á la exofagoscopia con el único tubo de Guisez disponible, largo como de unos 30 centímetros y 8 milímetros de grueso, con objeto de ver la situación del cuerpo extraño y hacer presa con la pinza extractora del aparato de exofagoscopia y broncoscopia que tenemos en nuestro instrumental.

Introducido el tubo en el exófago, limpiadas las mucosidades con un tallo pinza, porta-algodones, miramos atentamente sin ver nada; volvimos á explorar con el dedo y no encontramos el botón, que había desaparecido de su sitio. Movilizado por las varias tentativas de extracción con intento de exofagoscopia, sirvió para desprenderle y lanzarle á la cavidad gástrica, como nos lo demostró el fácil paso de una sonda exofágica hasta el estómago.

Libres ya del cuerpo extraño, limpiamos convenientemente la herida operatoria, tocamos la superficie cruenta con una mezcla á partes iguales de tintura de iodo y glicerina, rellenando la cavidad (como estaba infectada no hicimos sutura alguna) con gasa iodofórmica, colocando después gasas asépticas y venda.

Inmediatamente después de la operación se le hizo una inyección de 200 gramos de suero artificial, ordenando otra para las ocho de la noche del mismo día.

Día 1.º después de la operación.—La niña ha pasado la noche tranquila, no hay fiebre, dolor, ni molestia alguna, fuera de la sed, pues hemos tenido la niña á dieta absoluta.

El apósito está manchado, por cuya razón se quita, encontrando la herida de buen aspecto; limpiada la saliva que la inunda, tocamos con tintura de iodo y glicerina y colocamos una sonda del número 18 de Nelaton y rellenamos la herida con gasa iodofórmica, completando el apósito con gasas asépticas, algodón y venda.

Por la sonda, mediante un embudo, se alimenta á la niña, administrándole una taza de café con leche cada cuatro horas.

Día 2.º—Continúa el bienestar, no hay fiebre, dolor ni molestia de ningún género; pero como el vendaje está algo manchado



se cambia, encontrando la herida de muy buen aspecto, empujando á marcarse la eliminación de los tejidos cuya vitalidad había sido atacada por el proceso inflamatorio.

A las cuarenta y ocho horas de la operación la niña ha expulsado, al defecar, un botón que reconoce enseguida, diciendo que era el que ella había tragado.

Lavado y limpio convenientemente, se observan muy marcadas las rayas ó estrías producidas por las pinzas en nuestros intentos de extracción, extendidas en un espacio como de una sexta parte de la superficie del botón. Su doble superficie convexa explica el escape de las pinzas al hacer presión sobre aquél.

Día 17 de Septiembre, 9.º de la operación.—En vista del buen estado de la herida y lo avanzado de la cicatrización, quitamos la sonda, practicando luego la cura diaria, esto es, limpieza de la herida, con gasa esterilizada, toque con glicerina iodada y relleno de la herida con gasa iodofórmica.

Sin que ocurra novedad, y comiendo desde hace bastantes días sopas de café con leche, puré, pan y tortilla y algún pescadito sin dificultad alguna, sale de alta, curada, el día 14 de Octubre.

Como puntos salientes de la presente historia, tenemos el sitio de parada del cuerpo extraño, la tolerancia del organismo, el largo espacio en el cual puede impulsarse el cuerpo extraño si sus condiciones de volumen y su superficie lo consienten, hacia el estómago, la facilidad con que son arrojados al exterior una vez caídos en el estómago, y por último, la inocuidad operatoria, á pesar de lo delicado de la región.

---

### III.

Maternidad de Bilbao.—Director: C. Gil y G.

Nota sobre un caso de embarazo extrauterino

por el

Dr. Carmelo Gil é Ibargüengoitia

Médico ayudante

F. I., de 35 años, la primera regla á los 12, casada á los 26.

Ha tenido cinco embarazos anteriores que terminaron con partos normales, el último hace dos años.

El 25 de Agosto de 1908 la última regla normal, que duró tres días. La primera falta el mes de Septiembre; hacia el 25 de éste esperaba la regla. En el mes de Octubre, cinco ó seis días antes de la época en que habitualmente tenía la menstruación y estando de paseo, sufre un fuerte y violento dolor en la región de la fosa iliaca derecha, con pérdida de conocimiento durante un momento. A los cinco ó seis días de esto y coincidiendo con la época de la regla de Octubre, tuvo una hemorragia no muy intensa que duró cuatro días.

Luego siguió con dolores, y quince días antes de su ingreso en la clínica de la Maternidad expulsó por sus genitales un trozo como de carne, sin ir acompañado de hemorragia y que fué diagnosticado de aborto por un practicante.

Ingresa para ser operada el 12 de Noviembre de 1906. Antes de la operación fué reconocida (tacto vaginal) cuatro veces por tres médicos, tres fuera de la clínica y uno en la clínica. Temperatura antes de la intervención, 37°,5.

OPERACIÓN.—Laparotomía. Anestesia por medio del cloroformo. Incisión de las paredes del vientre en la línea media, que se extendía desde un través de dedo por debajo del ombligo hasta la sínfisis. Presión del fondo del útero con un punto de sutura que mantenía desviada á la matriz hacia la izquierda y hacia delante. Presión del mesosalpinx con una pinza de Kocher; extirpación de la trompa enferma; ligadura del pedículo (meso-salpinx) con catgut; extracción de los coágulos del hematocele; cierre del vientre, peritoneo con peritoneo mediante catgut, músculo con músculo con el mismo material de sutura, aponeurosis con seda (sutura entrecortada), piel con hilo metálico.

La operación se practicó el 14 de Noviembre de 1908 y se le dió el alta el 1.º de Diciembre. El curso postoperatorio completamente normal.

El tema del embarazo extrauterino es por demás extenso é interesante. Yo solo pretendo hacer aquí hincapié sobre tres puntos que creo de interés.

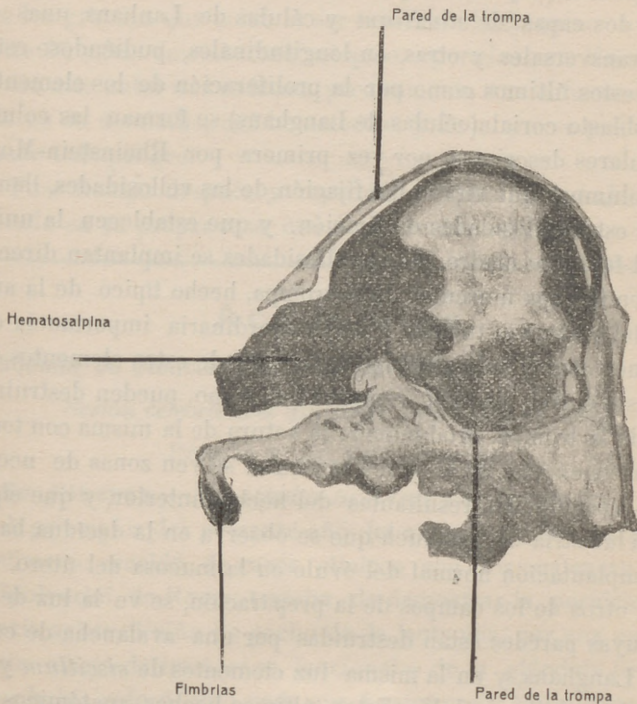
Uno referente al diagnóstico para recalcar la importancia que tiene el llegar pronto á formar juicio diagnóstico por las graves complicaciones que el desconocimiento del caso puede acarrear á la enferma. Siendo el diagnóstico á veces fácil y en otros casos de extraordinarias dificultades, es de interés conocer los medios auxiliares de que dispone la ginecología, para orientarse en la formación de un juicio acertado.

La histerometría y el legrado del útero con objeto de obtener material de prueba para buscar la reacción decidual, tienen bastantes peligros y sólo deben practicarse estando todo preparado



para poder llevar á cabo una intervención operatoria rápida, caso que las circunstancias lo exijan.

De los otros medios hay algunos como el análisis de orina, buscando la urobilinuria, cuyo valor no es absoluto; la punción exploradora que ya es de más valor é inofensiva practicándola en buenas condiciones de técnica y asepsia y el análisis de la sangre como medio de diagnóstico diferencial con procesos anexiales supurados en caso de existir la hiperleucocitosis de pelinucleares neutrófilos.



**MOLA TUBARIA.**—Dibujo tomado (tamaño natural) de la sección de un corte de la trompa estirpada. Se ve la cavidad de ésta dilatada por sangre (hematosalpinx) y en el centro de éste el óvulo.

Por último, por interesantes y por lo que en el porvenir puedan representar, merecen citarse los trabajos de Veit, fundados en los de Erlich, sobre el hallazgo de un *suero diagnóstico del embarazo*, y el valor positivo de la radiografía en algunos casos.

Los datos anatómicos más recientes sobre la implantación del óvulo en la trompa para ver de qué manera y por qué procedimiento se determinan esas hemorragias que comprometen directamente la vida de las enfermas, aun en los casos en que, formado

un hematocele bien limitado, era de creer que el peligro por desprendimiento del embrión de su punto de inserción había desaparecido, es el segundo punto sobre el que deseo hacer algunas indicaciones.

En preparaciones microscópicas que poseo y que tuvieron ocasión de estudiar mis compañeros de la Academia de Ciencias médicas de Bilbao, cuando presenté en dicho Centro el caso de embarazo tubario que motiva estas consideraciones, se veían de una manera clara y casi esquemática las vellosidades del corión con sus dos capas de *sincitium* y células de Langhans, unas en cortes transversales y otras en longitudinales, pudiéndose estudiar en estos últimos como por la proliferación de los elementos del ectoblasto corial (células de Langhans) se forman las columnas celulares descritas por vez primera por Rheinstejn-Mogilowa, columnas que sirven de fijación de las vellosidades, llamadas por esto vellosidades de fijación, y que establecen la unión entre el feto y la madre. Estas vellosidades se implantan directamente en la capa muscular de la trompa, hecho típico de la anatomía del embarazo tubario y de extraordinaria importancia clínica, pues conociendo el poder destructor de estos elementos del ectoblasto corial, es fácil comprender cómo pueden destruir la pared de la trompa, produciendo la rotura de la misma con todas sus consecuencias. En la pared muscular se ven zonas de necrosis por coagulación, resultantes del hecho anterior, y que equivalen á la estría de Nitabuch que se observa en la decídua basal, en la implantación normal del óvulo en la mucosa del útero.

En otros de los campos de la preparación, se ve la luz de un vaso cuyas paredes están destruídas por una avalancha de células de Langhans, y en la misma luz elementos de *sincitium* y un grupo de aquellas células. Estos últimos hechos anatómicos demuestran de un lado cómo por destrucción de los componentes musculares de la pared del vaso, la función contráctil y de oclusión del mismo desaparece, y quedando sus bocas abiertas se producen esas grandes hemorragias procedentes de vasos tan pequeños, y que antes de conocer estos datos anatómicos eran de difícil explicación. De otro lado, esos elementos del ectoblasto corial que se ven dentro de la luz del vaso, nos explica cómo batidos por la sangre invaden el organismo entero de la madre y dan fundamentos para la posibilidad de encontrar reacciones biológicas en la sangre materna, y acaso el suero diagnóstico per-



seguido por Veit, y de que hemos hecho mención antes. En las cercanías de ese vaso existe otro en cuya luz se ven vellosidades típicas.

Por último, deseo exponer como tercera consideración que me surgiere la historia clínica del caso operado, mi opinión conforme con la de Krönig, de que en los casos de embarazo ectópico con hemorragia, tiene menos peligros el transportar estas enfermas, (salvo condiciones muy especiales de dificultades de transporte ó estado de la mujer) á una clínica para ser operadas, que los grandes que corre al ser laparotomizada en su domicilio. Entre 90 casos de embarazo ectópico, operados por Krönig, solo perdió este autor una enferma, precisamente una enferma reconocida en su domicilio, con hematocele, y de la que se pensó había pasado todo peligro.

Poco tiempo después y repetida la hemorragia, hubo de ser operada en su propia casa, con desfavorable resultado.

---

## Academias

### Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

*Sesión celebrada el día 10 de Diciembre de 1909*

Preside el Sr. Entrecanales

**Sr Alberca.**—*Los estados tiroideos y la lactancia.*

A principios del presente año leí en una revista extranjera un número crecido de casos clínicos con los cuales su autor, M. Spolverini, de Roma, trataba de demostrar la perniciosa influencia sobre el niño de pecho de la lactancia, por una madre ó nodriza afecta de trastornos funcionales de la glándula tiroidea; nunca había oído ó leído nada que á estos casos se refiriera, y los cuadros sintomáticos que presentaba me alarmaron mucho, por existir en aquel momento en mi familia un caso en estas condiciones; procuré estudiar y observar en él y en otros dos que actualmente vienen á la consulta de la Gota de Leche, y hoy os traigo aquí el producto de mi observación y estudio.

Antes de presentaros los casos debo deciros que el problema que trato se presenta con bastante frecuencia, pues la embarazada muchas veces enferma, de su glándula tiroides, cosa que fácilmente se explica, porque en ella, además de estar trastornado todo el metabolismo orgánico, desde el momento que es emba-



razada, su ovario no funciona, dejando á la mujer en las mismas condiciones que á una castrada; se sabe hoy por clínica y por experimentos de laboratorio, que cuando esta glándula se adormece, su función es cumplida por el bazo, hipofisis, etc., y principalmente por el cuerpo tiroides, que al principio y para compensar la pérdida de función del ovario, exalta la suya poniendo al organismo en hipertiroidización; más tarde, después del embarazo, cuando el ovario recobra sus virtudes, cesa la aumentada acción del tiroides y, ó vuelve á su estado primitivo con ligeras exaltaciones durante los períodos menstruales, ó por una causa predisponente cualquiera, el equilibrio endocéntrico roto sólo por el hecho del embarazo no vuelve á restablecerse, quedando la mujer en estado de miopragia tiroidea.

La mujer queda, pues, muchas veces en estado hipertiróideo, cuyo representante nosológico más conocido es la enfermedad de Basedow, ó queda en estados más leves, como el hipertiróideo crónico, leve, neurastenia hipertiróidea, etc.; otras veces queda en estado hoptiróideo, cuyo representante genuino es el mixe-dema completo, y en que también hay estados más leves como hipertiroide leve crónica, temperamento hipertiroide, etcétera, etc., y por último, los estados antiróideos, que son trastornos indefinidos y sin plan, que ya se parecen á los de un grupo ya á los de otro.

Todos estos estados tienen, al decir del profesor italiano, muchísima influencia en el crecimiento y vida regular del niño de pecho y producen cuadros sintomáticos alarmantes que más tarde reseñaré.

No es extraño que semejantes trastornos se produzcan sabiendo el gran papel que la glándula tiroidea desempeña en el organismo, al igual que sus similares de secreción interna y relacionada estrechamente con la función de ellas; en efecto, se sabe hoy que su función afecta á todo el intercambio celular, á la diuresis, eliminación de úrea, nutrición muscular, nutrición de los aparatos de protección externa, etc.; en una palabra, que bajo su dependencia están variadas funciones de orden trófico, encargados de vigilar la buena marcha orgánica.

Pero no es esto sólo; el cuerpo tiroides segrega sustancias euprágicas necesarias al metabolismo orgánico y sustancias anti-tóxicas encargadas de la destrucción y neutralización de venenos y toxinas de orden endógeno como exógeno; suponed, pues, á



la glándula en hiperfunción, y veréis cómo la sangre se halla cargada de sustancias que no teniendo dónde actuar están en exceso y producen trastornos de exaltación, y suponed también á la glándula en decaimiento de su función, y veréis que la sangre transporta elementos de desorganización no destruidos y toxinas de todo género neutralizadas.

En ambos casos, pues, la sangre de la madre no es normal, y cuando esto sucede sabemos también que ella se desembara en lo que puede de sus productos tóxicos por las secreciones externas, principalmente por la orina, leche y sudor; luego en la leche existen sustancias solubles de cualquier naturaleza que ellas sean, y serán las mismas que circulen en la sangre del organismo productor (hecho que está fuera de duda y que se halla comprobado por multitud de experimentos), estos productos, pues, que la leche arrastra consigo, son altamente nocivos al niño, tanto cuando son por exceso de sustancias segregadas, como cuando son por sustancias no neutralizadas ó destruidas.

Y para que veáis qué órdenes de trastornos producen en el delicado organismo infantil, procuraré hacer aquí un cuadro sintomático extractado de los 60 casos de M. Spolverini.

La tabla de crecimiento y la curva del peso del niño se hallan completamente trastornadas, creciendo los niños poco y á saltos y aumentando muy poco en peso, llegando de este modo á una desnutrición acentuada y en algunos casos, aunque raros, á un aspecto de niños enormemente gruesos y como inflados; la salida de los dientes, la osificación de los cartílagos y la unión de las suturas es muy tardía y muy irregular, y los trastornos gastro-intestinales son frecuentísimos y se traducen por vómitos cólicos no dependientes de ningún desorden en la lactancia ni de dispepsia, catarro gástrico, etc., y por diarreas periódicas seguidas de estreñimiento pertinaz, y tampoco sujetas á extralimitación en la lactancia ni á trastornos intestinales de tipo definido.

Esto en cuanto se refiere á los cinco primeros meses de edad; después preséntase el tipo de mixedema más ó menos completo, caracterizado por protusión de la lengua, cara sin expresión, inteligencia dormida que no consiente al pequeño hacer su pequeña vida de relación, el niño llora poco, nunca ríe, no conoce á su madre ni á su familia y habla en época muy lejana.

Además de esto suele presentarse edema de las extremidades; nunca se ha visto en ellos la hipertrofia de la glándula tiroidea.



Estos son los síntomas extractados, y ahora os expondré los tres casos que he podido observar:

1.º Por no estar su madre en condiciones de lactar, se toma una nodriza, soltera, de Asturias, de 25 años, robusta, sana, con buena y abundante leche y con una hipertrofia acentuada del lóbulo tiroideo derecho; su hijo, de uno y medio, pasa en 300 gramos del peso normal. Nodriza y niña, sometidos á constante observación, no presentan nada anormal; la niña aumenta de peso, crece, no tiene desarreglos gastro-intestinales, no se observa retardo intelectual y así llega á los cinco y medio meses con 6.950 gramos de peso; la nodriza no tiene exoftalmia ni llamara-das de calor á la cara, y si sólo se observa que presentado el flujo menstrual dos meses hace, la hipertrofia ha disminuido notablemente.

2.º Criada por su madre, ejemplar de mujer por su altura, robustez, belleza, etc., sin más lesiones apercibidas hasta el quinto mes de la lactancia que hipertrofia del tiroides derecho, sin otro síntoma de exaltación ó depresión tiroidea.

La niña, desde el primer mes vomita; pensando fuera de exceso de leche, se alargan las horas de teta y se acorta el tiempo de ellas sin resultado; pensando más tarde en la aereofagia, se obliga á la madre, al dar de mamar cada cuatro horas para que la gran cantidad de leche expulse el aire y no dé lugar al vómito, y sin resultado; se cambia la alimentación de la madre, dando al niño citrato sódico por si padece de dispepsia no visible para nosotros, y seguimos igual; en estas condiciones el niño comienza á tomar leche esterilizada, y cuando la toma no vomita, vomitando sin embargo la leche de su madre y haciendo por este procedimiento que sustituyamos por completo el pecho por la leche, dejando desde a quel momento de vomitar y de tener diarreas periódicas, aumentando su peso muy sensiblemente y llegando en el día de hoy á estar grueso y en perfecto estado de salud.

He de hacer observar que al dejar de lactar á su hijo, en la madre ha desaparecido la hipertrofia.

3.º Otra nodriza sana, más con hipertrofia del lóbulo derecho, con leche abundante y buena, se hace cargo de una niña destetada y dispéptica, de seis meses de edad y con 5.880 gramos, y sin el menor trastorno de la niña, gana ésta de Septiembre á Octubre 1.380 gramos y de Octubre á Noviembre 560, teniendo en 24 de Noviembre 8.310 gramos, peso mayor que el normal.



El primer caso encierra en sí dos: pues la nodriza lactó á su hijo durante mes y medio, y en este tiempo el niño presentó vómitos y tuvo diarreas no explicables por otra causa y que desaparecieron al ser puesto en lactancia mercenaria.

El estudio del segundo y del primero casos nos indica la importancia que el estado tiroideo de la madre ó la nodriza tienen en el crecimiento y perfecto desarrollo del niño y nos hace pensar en que descartando lesiones tiroideas congénitas, hay que estudiar al detalle dos factores: 1.º, causa determinante, intoxicación de la madre; 2.º, causa predisponente, receptividad especial del infante; pues hemos visto en estos casos que madre y nodriza daba mal resultado, resultando bien sin embargo la lactancia por nodriza, aunque ésta fuera afectada de trastornos tiroideos.

Es cuanto expongo ante los señores Académicos, para que recogiendo todos cuantos casos en nuestra clientela se presenten, podamos hacer un acabado estudio del asunto, que, como se ve es importante.

**Sr. Entrecañales.**—Dice que ha tenido ocasión de ver uno de los enfermos presentados por el Sr. Alberca, confirmando cuanto acerca de él dice este señor.

Como se trata de un asunto nuevo, pide á los señores Académicos se sirvan traer á la Academia cuantos casos y datos puedan recoger acerca del particular.

*Caso de edema parcial cerebral.*

Pasa revista á todas las causas de hemiplegia y dice que el caso presentado tiene una importancia especialísima, entre otros motivos, porque el diagnóstico de esta afección cerebral es difícilísimo si no se reconoce previamente al enfermo.

Esta lesión cerebral ofrece los mismos síntomas que una lesión en foco de otra naturaleza, tal como una hemorragia ó una embolia, pero el pronóstico es esencialmente distinto, toda vez que el edema puede curar bien tratado. De ahí se deriva la importancia del diagnóstico.

Así mismo, una hemiplegia histérica, que es, como se sabe, susceptible de curación, puede confundirse con el edema del cerebro, una vez curada la parálisis, es decir, que desaparecida la hemiplegia, pueda ser achacada á un edema cerebral, siendo así que su origen era histérico.

El tratamiento se deriva del diagnóstico: el caso del Sr. Al-

berca es de una demostración muy clara. Por su parte, entiende que la punción lumbar puede ser muy eficaz.

**Sr. Alberca.**—Describe nuevamente el caso, porque alguno de los señores Académicos no lo conoce.

**Sr. Landin.**—Cree que el caso presentado es claro debido á las lesiones renales que previamente existían. El ya ha visto casos parecidos á éste, pero complicados con uremia; el del Sr. Alberca era sólo de edema, y esto suele ser raro.

Habla de los edemas en el curso de las nefritis, y del por qué suelen fijarse en un sitio con preferencia á otro, y dice que entre estas teorías puede además invocarse la influencia del sistema vaso-motor, que nos explica la repetición especial de los edemas, como ocurre en el edema palpebral, pulmonar, etcétera.

**Sr. Alberca.**—El cree que se trataba de un edema tóxico por retención de cloruros simplemente.

**Sr. Entrecanales.**—Siendo como era esta individua muy nerviosa, quizás pudiera ser la hemiplegia de origen histérico. De donde resulta lo difícil del diagnóstico.

*Fiebre de tipo recurrente.*

**Sr. Esparza.**—Protesta del calificativo de fiebre recurrente aplicado en este caso. Describe la fiebre recurrente típica, de la que habla en extenso.

Relata un caso de Graves, tratado como palúdico, que duró cuatro meses y que falleció á consecuencia de una serie de abscesos en el hígado.

Discurre acerca de las causas del caso actual, que él cree sea palúdico, habla de los pequeños focos de paludismo, que suelen pasar desapercibidos.

Acerca de la quinina dice que se podía hablar mucho, pero los que han ejercido en sitios palúdicos saben que á veces no se obtienen con ella buenos resultados; ello depende de la manera de administrarla y de que existen muchas fiebres intermitentes á las que es preciso dar dosis grandes de quinina.

El Secretario General,

C. MENDAZA.

*Sesión del día 17 de Diciembre de 1909*

Preside el Sr. Entrecanales

**Sr. Diaz.**—Presenta un caso de *Espondilosis rizomélica*.

Historia clínica: A. Lecanda, de 22 años de edad, natural de



Orozco (Vizcaya), soltero, de oficio labrador, ingresó en la clínica médica del Hospital de Basurto. Viven sus padres, los que gozan de buena salud; su madre ha tenido reumatismo articular; de cinco hermanos, falleció uno de pulmonía; los demás se encuentran perfectamente.

Fué criado á pecho por su madre, sin haber sufrido padecimientos de importancia durante su infancia. Sus ocupaciones hasta los 15 años de edad fueron las labores del campo, las que le obligaron á veces á sufrir mojaduras y enfriamientos, á pesar de lo que gozó de buena salud (1); no sufrió faltas de alimentación ni trabajo excesivo. Su enfermedad actual tuvo principio á los quince años de edad, comenzando por dolores en el cuello y en las articulaciones de los miembros, que el médico que le asistió consideró como reumáticos; estos dolores desaparecieron pronto y por completo; transcurrido un año, á la primavera volvió á tener idénticos dolores, que desaparecieron por el verano; á los 18 años de edad, y por la primavera también tiene dolores al nivel de la nuca, espalda, costados, caderas, rodillas y pies; estos dolores no eran continuos, duraron todo el verano y durante el otoño aumentaron de intensidad, teniendo que guardar cama; dice que á veces, por las noches tuvo fiebre; por esta época comenzó á notar cierta torpeza, rigidez en el cuello; todo el invierno lo pasó con dolores, casi todo el tiempo acostado; al llegar la primavera notaba como un endurecimiento del tronco y del muslo izquierdo, á la vez que disminuyeron los dolores, que desde entonces no ha vuelto á tener.

Estado actual: Está bastante bien nutrido; el desarrollo muscular es proporcionalmente menor en las extremidades abdominales que en las torácicas; la piel de la cara está llena de granos de acné; su actitud en la cama es el decúbito supino, estando el cuerpo adaptado al plano de la cama, menos el muslo izquierdo, que se halla en ligera flexión sobre la pelvis y no toca completamente la sábana; puede adoptar los decúbitos laterales, haciéndolo de un golpe, en una pieza, quedando el cuerpo arqueado, con la concavidad anterior; la cabeza goza de muy escasa movilidad, apenas puede levantarla unos centímetros del plano de la almohada; puede moverla lateralmente, pero en cortísimo trayecto; apoyado en las palmas de las manos, consigue incorporarse algo, formando un ángulo muy agudo en el plano de la

(1) Nada de afecciones venéreas.

cama; el muslo derecho lo flexiona, pero sin llegar al ángulo recto; pasivamente tampoco puede llegarse á él; el muslo izquierdo, que se halla sensiblemente flexionado, de modo que la región poplítea no toca nunca á la cama, está casi por completo inmobilizado, y al tratar de movilizarlo se nota una resistencia grande, ó sea en la articulación coxofemoral respectiva, y le impide toda clase de movimientos á su nivel y transmitiéndose á la pelvis los que al muslo se imprimen; el tronco se halla completamente rígido, no gozando la columna dorso-lumbo-sacra de ningún movimiento, ni activo ni pasivo; las articulaciones restantes, tanto grandes como pequeñas, se hallan indemnes. Los músculos del dorso dan una sensación de dureza á la presión del dedo; no hay contracturas musculares; la sensibilidad general es normal; no acusa dolor alguno, ni espontáneo ni provocado; los reflejos, acentuado el rotuliano izquierdo, normal el derecho; no hay trepidación ni reflejo de Babinski. Los sentidos, normales, lo mismo que la inteligencia; nada anormal se nota en el funcionalismo de los demás órganos y aparatos.

Orina.—Resultado del análisis: Color, ambarino; aspecto, transparente; reacción, ácida; densidad, 1.020; residuo fijo, á 100° 44,60 por 100.

Acidez en  $\text{SO}_4 \text{H}_2 = 9,784$  gramos  $\times 1.000$ .

Materias orgánicas . . . . .	27,83	} Gramos por 1.000 de orina
» minerales . . . . .	16,77	
Acido úrico . . . . .	0,612	
Cloruros en Cl. Na . . . . .	9,217	
Fosfatos en $\text{F}_2 \text{O}_8$ . . . . .	1,821	
Sulfatos en $\text{SO}_4 \text{H}_2$ . . . . .	2,170	

Albúmina, serina, leves indicios.

Glucosa . . . . .	} Nada.
Acetona . . . . .	
Pigmentos biliares . . . . .	
Sangre . . . . .	} Nada.
Pus, etc. . . . .	

No se hizo punción lumbar por la rigidez de la columna vertebral.

Oftalmoreacción á la tuberculina, negativa en absoluto.

Actitud de pie, es la clásica (como se puede ver en la fotografía), encorvada hacia adelante como si tuviera un peso colgado del cuello; puede, aunque lentamente, marchar sin muletas gracias



á la movilidad de que goza la articulación coxofemoral derecha, apoyando las manos sobre las rodillas y claudicando mucho del lado izquierdo; le es completamente imposible coger nada del suelo; para sentarse, lo hace de golpe y sobre el borde de una silla; en una palabra, gracias á la movilidad del miembro derecho, puede arrastrar el izquierdo y forma una pieza en el tronco.

En resumen: un individuo, que sin antecedentes patológicos propios infecciosos, ni específicos heredados, tiene durante tres ó cuatro años, en distintas épocas y con diversa duración, episodios dolorosos articulares, alguna vez febriles, cuya terminación ha sido una anquilosis completa de la columna vertebral (excepción de las primeras cervicales) y de la coxofemoral izquierda y cierta rigidez de la coxofemoral derecha con normalidad en el resto de las articulaciones y aparatos, sin trastornos de inervación ni tróficos.

Como se ve por la anterior descripción, el cuadro de nuestro enfermo es el de la *espondilosis rizomélica*, descrita por primera vez por el profesor Marie, en 1898, y fácilmente se le puede distinguir de las afecciones que más se le parezcan.

El comienzo, curso seguido, falta de gibosidades, abscesos, dolores provocados, reacción á la tuberculina, etc., hace el que desechemos el mal de Pott, al cual no se le parece en nada.

En la enfermedad de *Bechterew* ó rigidez crónica de la columna vertebral, hay un antecedente traumático, casi siempre; se localiza en la región cervical, hay cifosis, síntomas nerviosos distintos, amiotrofias, etc., que lo distinguen por completo.

En la *cifosis pseudo-traumática de Marie* tenemos: herencia, sífilis, un traumatismo al que sigue una soldadura que produce una cifosis; en nuestro enfermo falta todo esto. La *enfermedad de Paget*, cuya lesión radica en las diafisis de los huesos, los que aumentan considerablemente de tamaño; la *osteartropatèa hipertrofiante y pneumica*, originada por una enfermedad pulmonar; la *cifosis senil*, que, como su nombre lo indica, es de avanzadas edades, hasta señalarlas para diferenciarlas de nuestro caso clínico; la falta de la sífilis de antecedentes tuberculosos y de toda señal de tuberculosis en el individuo en cuestión, hacen que separemos las poliartritis anquilosantes progresivas, sífilíticas ó tuberculosas, enfermedad de Poncet ó reumatismo tuberculoso.

Así mismo se separa también de las formas clásicas del *reu-*



*matismo crónico*, deformante ó anquilosante, poli ó monoarticular y de sus diversas variedades.

Por lo tanto, de admitir una espondilosis rizomélica, podemos considerar á nuestro enfermo como ejemplo de ella.

Lo que es materia de discusión, es el considerarla como una especie morbosa independiente, á lo que se oponen algunos autores, entre ellos Royo-Villanova, el cual la considera como una modalidad clínica de la llamada *poliartritis anquilosante progresiva*, que tampoco es una verdadera enfermedad, sino una tendencia morbosa del organismo, un modo especial de reaccionar, ú flogosis de localización distinta y determinadas por causas diferentes. (*Clinica Moderna*, número 37, año IV.)

Como he dicho antes, el año 1898 describió Marie una afección nueva con el nombre de espondilosis rizomélica; Strumpell, consignó varios casos idénticos, pero sin darles tal nombre; hasta el año 1900 se citaron varios casos idénticos por Hoffman, Hoffa, Heilingenthal, etc.; Milian, uno en autopsia, donde se comprobó la osificación de todas las pequeñas articulaciones; en España, Vázquez Figueroa, de la clínica de Sañudo, publicó la historia de un caso en 1900, y Royo-Villanova otro en 1905.

Fué bautizado por Marie con este nombre, que significa soldadura de la columna vertebral y de la raíz de los miembros, y considerada por él como una entidad morbosa distinta de las demás formas de reumatismo crónico; realmente, su característica única es su localización especial; por esto, más bien que una entidad clínica independiente, se la debe considerar como una forma de poliartritis; una inflamación crónica, anquilosante, en la localización dicha, y comienza por dolores en la rabadilla, asciende por el dorso, se extiende á las caderas, y termina por anquilosis y con esta acaban los dolores.

Sus causas son diversas: hay quien sólo admitió en un tiempo el origen gonocócico, pero no es esta la única ni la más frecuente; puede depender de otras infecciones; otras veces es reumática, como parece ser el caso historiado, y hay quien dice, es una distrofia; todas estas causas aparecen en las distintas descripciones, y el reumatismo tuberculoso ha tomado esta forma.

En el VIII Congreso Francés de Medicina, celebrado en Lieja en Septiembre de 1905, el Dr. Leré, ponente, admitió la etiología dicha; para él, casi siempre era debida á una infección ó tóxi-infección, y como causa ocasional, á veces, un traumatismo; en



algunos casos no se ha encontrado causa alguna, si acaso el enfriamiento. Su comienzo, según unos, es en las meninges, según otros, primitivamente es ósea; las lesiones descritas han sido también diferentes: el año 1898, Leré hizo una autopsia en la que sólo pudo examinar la columna vertebral, y observó una osificación localizada de las fibras ligamentosas; el mismo autor deduce de sus observaciones: 1.º, que ve la osificación que domina en los ligamentos y sus refuerzos; 2.º, que es secundaria á una rarefacción del tejido óseo ó una artropatía, de la cual representaría una especie de proceso curativo. Presentó en dicho Congreso una pieza anatómica nueva, con anquilosis completa desde las rodillas hasta el occipital, que confirma sus conclusiones, tanto por la lesión de la cadera, como por la fragilidad ósea y transparencia excesiva de ciertas regiones.

Por lo que respecta á la sintomatología, los casos descriptos se ciñen más ó menos á la descripción de Marie, y no lo transcribo, por ser una repetición de la historia de nuestro enfermo y del de Royo; sin embargo, las diferencias son notables en cuanto al modo de empezar, curso que siguen, dolores, etc., siendo lo constante é igual en todo la localización de la anquilosis; las alteraciones químicas urinarias no son constantes, pues mientras unos presentan disminución de fosfatos, de úrea, ácido úrico, etcétera, en otros no hay nada notable.

Su curso, unas veces son subagudos, las más crónico; en nuestro caso fué crónico, y en intervalos de normalidad; á mi juicio, comenzó por episodios reumáticos generalizados, que al tercer año se presentaron al nivel de la columna vertebral y caderas y allí terminó ya la anquilosis; es particular que después de varios años transcurridos desde entonces no haya tenido más períodos dolorosos ni nuevas localizaciones, particularmente en las pequeñas articulaciones, lo que parece clásico en esta forma reumática.

En cuanto al tratamiento, he aquí las bases que para llevarlo á cabo señala Royo en su comunicación: Tratar la causa; tratar la tendencia anquilosante del organismo; tratar la localización de la artropatía.

Lo primero se llevará á cabo de distinto modo, según sea la causa, la sífilis, reumatismo, gonococia, etc., etc., aplicando los medios especiales á cada uno, mercurio, salicilatos, yoduro, creosota, etc., etc.



La segunda indicación se llenará por medio de un régimen dirigido á disminuir el acarreo de materiales fibrinosos y fosfáticos al organismo y aumentando el consumo de fosfatos y fibrina, esto admitiendo como él, que es el organismo el que con su modo de ser especial, artrítico (braditrófico), hace que las distintas inflamaciones originadas por diversas causas, terminen por la anquilosis, teoría muy razonable y que nos parece la más propia para el caso; para esto se dará una alimentación poco nitrogenada, poco fosfática y se asociará un régimen de actividad muscular y nerviosa, de ejercicios físicos, hidroterapia, etc., que active las combustiones; á esto se pueden asociar los alcalinos y diferentes disolventes úricos y fosfáticos que la farmacia nos ofrece; localmente, revulsión al principio, y después el masaje, la gimnasia, para evitar desviaciones; la electricidad en sus distintas formas, hasta la cataforesis, que lleva localmente el medicamento disolvente. A pesar de todo esto, que parece mucho, los resultados son nulos; esta es la triste verdad.

De medios quirúrgicos, dice Leré, que las reacciones articulares sólo darán resultado verdadero cuando comprendan los ligamentos, pero que sólo se emprenderán cuando el proceso esté detenido, y que se deben utilizar el peso del cuerpo y la movilización forzada precoz sin brusquedades.

Nuestro enfermo continúa en tratamiento, sin que hasta la fecha hayamos podido observar mejoría ninguna, pero también es verdad que no está peor.

**Sr. Entrecanales.**—Suplica al Sr. Díaz que, á ser posible, traiga al enfermo á la Academia.

El caso presentado por el Sr. Díaz le hace recordar otro que él vió y que presentaba una intensa rigidez de la columna cervical con otros síntomas complejos y que le hacen sospechar pudiera tratarse de una espondilosis.

**Sr. Landín.**—Interviene en la discusión de este caso, y con tal motivo presenta otro de *pseudo-reumatismo tuberculoso*.

**Sr. Orive (M.)**—Pregunta al Sr. Landín si el enfermo era sordo.

**Sr. Landín.**—Dice que no.

**Sr. Esparza.** Caso de *fiebre de tipo recurrente y de origen desconocido*.

Cree haber demostrado en la sesión anterior que el caso presentado era de una fiebre sintomática de un proceso palúdico de tipo especial.



Ensalzó la quinina como substancia de utilidad manifiesta en el tratamiento de la infección palúdica, pero asegura que no es del todo infalible, y esto puede depender no sólo de la droga sino de la sal y de la dosis, pues tal enfermo que no se cura con el sulfato de quinina, se cura con el bromhidrato, ó el valerianato ó el clorhidrosulfato, etc., así como tampoco es indiferente la dosis. Aparte de todo esto, conviene saber que la quinina es uno de los cuerpos que más se falsifican, por lo cual conviene cerciorarse de la pureza del medicamento en cuestión.

En apoyo de su tesis presenta varios casos, y para demostrar que la quinina no es del todo infalible en el tratamiento de estas afecciones, habla de enfermos tratados con aquel cuerpo, sin resultado, obteniéndolo en cambio con una disolución de pimienta en aguardiente ó una infusión de genciana, de eucaliptus, etcétera, etcétera.

Para demostrar que la dosis no es indiferente, cita el caso de un enfermo con fiebre larvada, de tipo epiléptico, y que tratado con quinina en pequeñas dosis, logró la curación mediante el empleo del valerianato de quinina en dosis de 5 gramos diarios.

Y respecto de la sal, dice que es preciso buscar la apropiada al caso, procediendo por tanteos, si hace falta.

En suma: que el enfermo cuyo diagnóstico se debate, es un palúdico, de tipo remitente, y que él cree sea justificable de un tratamiento por la quinina.

**Sr. Martin** —Por regla general, ningún farmacéutico despacha hoy una substancia sin haberla analizado previamente y sin haberse cerciorado de su pureza, al menos cuando la procedencia de aquélla sea sospechosa.

Por lo que respecta á la quinina, hoy no se lanzan al mercado productos falsificados, ó el hecho es raro, pero el reactivo es tan claro, que el fraude se descubre con facilidad.

**Sr. Mendaza.**—No estamos en el tiempo en que se caminaba á ciegas en el diagnóstico de la malaria; en la actualidad, cuando se sospecha esta dolencia, se procede al análisis de la sangre que demuestra la presencia del hematozoario de Laverán, en cualquiera de sus formas.

En este caso, y como ya se ha dicho, se practicó el referido examen sin resultado alguno, por lo que se desechó la idea del paludismo.

En lo que atañe á la quinina, aquí se administró á título de



antipirético, dando resultado en algunos casos el clorhidro-sulfato, y en otros no, pero sin acción alguna en el curso de la dolencia sobre la que no influía.

El Secretario general,  
C. MENDEZA.

*Sesión celebrada el día 14 de Enero de 1910*

Preside el Sr. Entrecanales

**El Sr. Presidente.**—No habiéndose celebrado sesión científica el día 7 del actual, parece que varios señores Académicos se habían lamentado de ello, pero advierte que aún aquel día no habían terminado las vacaciones reglamentarias, razón por la cual no le pareció oportuno convocar á sesión, disculpándose con este motivo de las censuras que pudiera haber por aquella causa.

*Casos prácticos.*—El mismo señor Presidente presenta á la consideración de la Academia algunos casos de *sífilis congénita*.

He aquí uno de ellos: Una mujer sana dió á luz un niño vivo, y aparentemente sano también. El marido hacía tiempo que se hallaba bajo tratamiento antisifítico. Consultó esta mujer el caso con un médico, que la aconsejó sometiera al niño á la lactancia artificial.

El Sr. Entrecanales vió al niño algún tiempo después, y presentaba la criatura una extensa roseola y manchas locales, y pareciéndole algo exagerado sustraerle á la lactancia materna, máxime cuando la madre se hallaba robusta y fuerte, consultó el caso con el médico primero, quien opinó que quizás debiera estar infectada la madre hacía poco tiempo, y él optó por dejar que la madre amamantara á su hijo, para lo cual invocaba la *ley de Profeta*, que como se sabe, dice así: «Un niño nacido de madre sifilítica y aparentemente sano, puede ser amamantado por su madre sin peligro de contaminación.»

Relata así mismo otros varios casos de sífilis infantil, y cita algunos de contagio de nodriza por niños sifilíticos, que no habían presentado manifestaciones de ninguna clase, ni aun el coriza típico del comienzo.

Plantea con este motivo la cuestión de la lactancia de un niño sifilítico por nodriza, y se decide por que la madre lacte al hijo, ó si no, sea éste lactado con biberón. Todo, antes de expo-



ner á una mujer sana á los peligros de una probable infección sifilítica.

Cita á renglón seguido la ley de Baumes-Colles, que rige la sífilis por concepción y que se enuncia diciendo que «una madre puede dar á luz un niño sifilítico por parte del padre, sin presentar ella accidentes específicos, hallándose, sin embargo al abrigo del contagio, pudiendo amamantar á su hijo, aun cuando éste presentara accidentes bucales». Este niño, por su parte con manifestaciones sifilíticas ó no, con madre enferma ó con madre indemne, es capaz de contagiar á una nodriza sana, por cuya razón, casi sistemáticamente, rechaza la lactancia mercenaria de niños sifilíticos ó sospechosos de ello.

En las maternidades se tiene muy en cuenta este asunto, y se somete el niño á una observación que no baja de tres meses, á pesar de lo cual no suele ser raro que estallen los primeros accidentes después de este tiempo.

Por eso, sería muy conveniente pudiera hallarse un procedimiento fácil y práctico para ejecutar un diagnóstico bacteriológico ó de otra índole, pero exacto, y en este sentido excita el celo de los señores Académicos, entre los cuales se cuentan distinguidos bacteriólogos, para que estudien, y á ser posible dictaminen acerca de la llamada reacción de Wassermann.

Pero así como el niño es susceptible de contagiar á una nodriza sana, ésta á su vez, si se halla afecta de sífilis, es capaz de contagiar al niño sano (existen ejemplos de ello); para evitar lo cual es preciso que el médico sea muy sagaz y averigüe, lo más exactamente que pueda, los antecedentes de la nodriza.

**Sr. Diaz.**—Cree que este asunto es de una importancia de primera clase en Medicina social, y á este respecto describe un caso en el que no parecía que ni el padre ni la madre de una niña que él vió con coriza, fueran sifilíticos. Sin embargo, esta niña presentó al cabo de algún tiempo un penfigo generalizado muy intenso, que la mató.

Preséntase también á veces el caso de madre indemne, con hijo sin manifestación alguna, pero el padre es sifilítico; plantéase en estas circunstancias la cuestión de la lactancia, pues la madre, por alguna razón no puede criar ella á su hijo; ¿qué se hace en este caso?

**Sr. Landin.**—Con motivo de este debate presenta el caso siguiente: Una mujer queda embarazada diez veces, embarazos



todos ellos seguidos de abortos; uno de los fetos muertos, que él vió por haber asistido al parto, presentaba manifestaciones cutáneas de naturaleza probablemente específica, por cuya razón sometió á la madre en el embarazo siguiente á una medicación antisifilítica, naciendo un feto de término, vivo. Como la madre se hallaba en extremo debilitada, se pensó en buscar una nodriza al niño, pero él se opuso terminantemente á ello, á pesar de lo cual la familia entregó el niño en manos de la nodriza.

Cree que es este un asunto de tal importancia, que debe trazarse una línea de conducta, opinando por su parte que, habiendo la más ligera sospecha de la sífilis, debe negarse la lactancia por nodriza.

**Sr. Entrecanales.**—Dice al Sr. Díaz que habiendo transcurrido mucho tiempo del contagio de la sífilis, y después de bien tratado el enfermo, puede confiarse en que sus hijos no sean sifilíticos, pues cuanto más avance el tiempo, la afección es menos contagiosa.

Así mismo entiende que es muy conveniente tratar la sífilis del marido, toda vez que aquella afección puede tener un origen paterno.

Opina también que la mujer, madre de un niño sifilítico, es la única autorizada para amamantar á su hijo.

Respecto del diagnóstico de la sífilis, dice que la repetición de los abortos hace sospechar la existencia de aquella dolencia, por más de que no todos los abortos repetidos son causados por aquélla.

**Sr. López.**—Refiere el caso de un individuo sin antecedentes sifilíticos, según él, casado con una muchacha sana, que quedó embarazada, cuyo embarazo llegó á término, parió bien, dando el niño á una nodriza, la cual, al cabo de algún tiempo presentó un chancro en un pezon, con manifestaciones cutáneas de la sífilis; el niño murió poco después.

Algún tiempo después, el padre fué enfermándose del sistema nervioso, concluyendo por sucumbir á consecuencia de una parálisis general progresiva.

Hé aquí un caso de sífilis completamente ignorada.

*Caso de gastrorragia en una pneumonía.*

**Sr. Delgado.**—Lee algunas historias clínicas de Dieulafoy, acerca de este asunto.

El Sr. Díaz nos ha presentado, admirablemente expuesto, un







dolores y timpanismo de vientre. Además, el enfermo se quejaba de un dolor en la muñeca izquierda. Al día siguiente, octavo de la pneumonía, el vientre estaba timpanizado, muy doloroso, sobre todo en el hueco epigástrico y en el vacío derecho, el enfermo tuvo por la noche dos deposiciones diarréicas. Al propio tiempo que el estado abdominal se agravó, la artritis neumocócica del puño izquierdo se acentuó.

En el entretanto, continúa Dieulafoy, una sorpresa estaba reservada. El enfermo fué acometido de dolores de estómago, de náuseas de hematemesis y arrojó un litro de líquido hemorrágico comparable á la *borra de café*.

Durante dos días el estado peritoneal predominó; vómitos verdosos, hipo, dilatación del vientre y diarrea. Más hé ahí que esa peritonitis tan amenazadora entró á su vez en resolución, los vómitos cesaron, el vientre estaba menos doloroso, la distensión había desaparecido y el pronóstico era menos sombrío.

Cierta mañana, este hombre se sintió desfallecer; experimentó un violento dolor de cabeza, zumbidos de oídos, rechazó toda bebida y permaneció invariablemente del lado derecho en un estado casi comatoso, entrecortado por quejidos y gritos. Este conjunto de síntomas indica una meningitis. La muerte sobrevino al décimonoveno día de la enfermedad.

El Secretario General,  
C. MENDEZA.

## Revista de Revistas.-Bibliografía

- 1) **Donath.** Tratamiento de la parálisis general progresiva por las inyecciones de nucleína.

(Wiener Klin. Wochenschrift. núm. 38. 1909).

Sabiendo que las toxinas producidas por el metabolismo provocan en los paralíticos generales una serie de trastornos graves, el autor ensaya el lavado del organismo activando el metabolismo provocando una hiperleucocitosis artificial.

Para esto inyecta bajo la piel cada 5 ó 7 días, ocho veces seguidas, la siguiente solución en una ó en dos veces:

Nucleinato sódico.....	2 gramos
Cloruro sódico .....	2 »
Agua destilada esterilizada.	100 »



Estas inyecciones producen hipertermia (hasta 30 ó 39°). 21 casos así tratados dieron los resultados siguientes: en 10 se restableció la capacidad para el trabajo; en 5 se notó una mejoría subjetiva y objetiva (desaparición del temblor, de la emotividad, mejoría de la memoria y de la palabra.

El tratamiento obra especialmente sobre los enfermos refractarios al mercurio; los mejores resultados se obtienen al comienzo de la afección.

2) **Rebaudi.** Tratamiento de los vómitos incoercibles de las embarazadas, por la adrenalina.

(*Gazzetta degli osped.* 1909. núm. 113.)

El caso publicado por R. y observado en la clínica ginecológica de Bossi, en Génova, demuestra la acción curiosa y verdaderamente extraordinaria del preparado adrenalina en el tratamiento de los vómitos incoercibles, habiendo dado resultado su empleo en la mayor parte de los casos, algunos de ellos muy graves, en los que habían fracasado otros procedimientos y se había pensado en la necesidad de interrumpir la marcha del embarazo.

3) **Chidichimo.** Paraganglin en los vómitos incoercibles del embarazo.

(*Estratto degli annali di ostetricia é ginecologia*)

El autor expone los resultados obtenidos con paraganglin vassale en el tratamiento de estos vómitos. Hace mención de un caso en el que fracasaron todos los medicamentos empleados y toda clase de medidas higiénicas adoptadas. La enferma comenzó á tener ataques de pérdida del conocimiento y aritmia en el pulso, que obligó al empleo de excitantes y estableció la necesidad de intervenir provocando el aborto. La paraganglin vassale al interior y á la dosis de 25 á 40 gotas por día produjo en el espacio de dos días una sorprendente mejoría.

Chidichimo cita una serie de autores italianos que han obtenido parecido resultado empleando la misma substancia (Zanfagnini, Siltri y Rebaudi).

Es importante el dato de que la paraganglin, que tiene una acción rápida y segura sobre la fibra muscular lisa, no produce acción alguna cuando se administra por vía subcutánea. La paraganglin á la dosis de 10 á 20 gotas por dosis, hace las contracciones del estómago enérgicas, lentas y durables, y su efecto se prolonga durante varias horas.

Presta grandes resultados en el tratamiento de los vomitus gravidarum; siendo preciso hacer un reconocimiento del aparato genital antes de su empleo, para corregir alteraciones patológicas que en él puedan existir.

## Sección Profesional

Desde el presente número ocupa el cargo de Jefe de redacción del periódico el Dr. Carmelo Gil é Ibarguengoitia. D. Manuel de Saralegui, que venía desempeñándolo con tanta asiduidad é inteligencia, continúa formando parte del comité de redacción.

### Congresos

Marzo 29 á 2 Abril: 12.º Congreso internacional de Terapéutica física en París.

—  
Abril 18 á 22: 27.º Congreso de Medicina interna en Wiesbad.

—  
Abril: Congreso internacional de Hematología en Berlin.

—  
Mayo 25: Exposición internacional de Higiene en Buenos Aires.

—  
El III Congreso internacional de Physioterapia se celebrará en París bajo la presidencia del profesor Landouzy durante los días 29 de Marzo al 3 de Abril de 1910. A la vez habrá una exposición de instrumentos, productos, libros, periódicos, fotografías, etc. Para los detalles necesarios dirigirse al Director de la Exposición: Dr. E. Albert-Weil, 21, rue d' Edimburgo, París.

—  
Del 10 al 12 de Junio de 1910 se celebrará en Bruselas, con ocasión de la Exposición Universal y bajo la presidencia del Dr. Hu-chard, un Congreso Vegetariano. El bureau del Congreso se halla establecido en la rue des Drapiers, Bruxelles.

—  
El IV Congreso de Psicología experimental tendrá lugar en Innsbruck del 11 al 12 de Abril próximo.