

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XX

Bilbao—Noviembre—1914

Núm. 239

Sumario

Tratamiento del cáncer por las substancias radioactivas, por el doctor Tomás Garmendia.—Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.—Necrología.—Bibliografía.

Tratamiento del cáncer por las substancias radioactivas

por el Dr. TOMÁS GARMENDIA

PENSIONADO EN BERLÍN

Artículos publicados en LOS PROGRESOS DE LA CLÍNICA

Criterio que acerca de la radioterapia del cáncer de la matriz sustentan las tres grandes Escuelas, Francesa, Alemana y Vienesa

CONTINUACIÓN

Segundo grupo. Enfermos operados, en los que la radioterapia se empleaba con fin profiláctico (para evitar las recidivas). En este grupo incluyeron a 64 pacientes, de las cuales fueron tratadas 43 con los rayos X sin filtrar, y de ellas recidivaron y murieron 23. Las otras 21 fueron sometidas a la acción de radiaciones intensamente filtradas y en altas dosis; esto es, a la técnica moderna de Freiburg. De ellas ni una sola ha recidivado, y, si bien es verdad que aun llevaban poco tiempo de observación, ésta alcanzaba ya en alguna año y medio de fecha en Mayo último. Aunque la acción profiláctica es evidente, como vemos, se hace preciso que trascurren cinco años sin aparecer recidivas del tumor para que puedan hacerse afirmaciones positivas,

puesto que éste es el plazo generalmente admitido para considerar a los cancerosos como definitivamente curados.

Tercer grupo. En él incluyeron *Gauss* y *Konig* a las enfermas tratadas exclusivamente con misotorio y rayos Rontgin, según su técnica y sin previa intervención quirúrgica; comprendía este grupo en aquella época 56 casos, distribuidos en la siguiente forma:

Murieron a pesar del tratamiento	5
Se negaron a continuar sometidas a esta terapéutica	7
El tratamiento no estaba terminado en	18
Estaban <i>curadas</i>	26
TOTAL	56

Esas 26 *enfermas curadas* se hallan clínicamente completamente bien, careciendo en absoluto de síntomas, tanto objetivos como subjetivos, y en muchas de ellas se extrajeron fragmentos de tejido del sitio en que el tumor asentaba, no siendo posible probar la existencia del menor vestigio del cáncer.

La acción a distancia por los rayos X y el radio no se muestra Kronig dispuesto a aceptarla, y supone que, con la radioterapia, no se logrará éxito sobre los cánceres con metastasis.

Como se ve por la estadística, los éxitos en Freiburg no pudieron ser más brillantes, tanto cuando se empleó esta terapéutica con fin profiláctico, como cuando se intentó aprovechar su acción curativa. En primer concepto, esto es, desde el punto de vista profiláctico, preciso resulta atribuir los resultados obtenidos exclusivamente a los rayos Rontgen, pues hace relativamente poco tiempo que, con este fin, asociaron a ellos el mesotrio. El éxito de la técnica de Freiburg en este sentido es bien claro. De 21 enfermas operadas y tratadas después con rayos X (terapéutica profunda), 20 (o sea el 99 por 100) no han vuelto a recidivar y se hallan curadas hace más de seis años; mientras que de 43 operadas tratadas después con rayos sin filtrar o poco filtrados recidivaron y murieron a consecuencia de la recidiva 25, es decir, que fracasó el tratamiento progláctico en más del 50 por 100 de los casos.

De 56 enfermas sometidas a la radioterapia (rayos X más mesotorio) con fin *curativo*, curaron efectivamente 26; es decir, que se logró salvar a un 45 o 50 por 100, y aunque haya que rebajar esta cifra por las que recidiven, pues todavía la fecha de observación es muy corta, los éxitos obtenidos son notabilísimos, sobre todo si se tienen

en cuenta las desfavorables condiciones en que la cirugía se halla para actuar sobre esta clase de tumores, aun cuando sean operables, pues el número de recidivas en cánceres de vagina, recto, útero y ovario operados—y no sometidos, claro está, a tratamiento profiláctico alguno—es tan grande, en sentir de *Kronig*, que, a los cuatro años, se han reproducido el 95 por 100, siendo para este autor más desfavorables aun las cifras referentes al cáncer de vulva. Además, en cánceres de cuello de útero, para obtener una curabilidad de un 20 por 100, es preciso practicar operaciones cuya mortalidad es de un 15 a un 25 por 100 (*Kronig*). (1)

Por estas razones, y en vista de los brillantes resultados de la radioterapia, que, en opinión de *Kronig* y *Gauss*, han de ser más notables cuanto más pronto sean sometidas las enfermas a este tratamiento, en *Freiburg* no se operan ya los cánceres de matriz; todos son sometidos a la acción combinada de los rayos X y el mesotorio, tanto los operables como los inoperables.

Al celebrarse el Congreso de Londres, la estadística de *Koning* y *Gauss* había aumentado considerablemente. En los dos primeros grupos de la misma no existía modificación, pero el tercero, que en Halle comprendía 56 enfermas, alcanzaba entonces la cifra de 96, tratadas exclusivamente por la acción de las substancias radioactivas y los Rontgen, sin el auxilio de la intervención quirúrgica. Basándose en el éxito obtenido distribuyeron estos casos en la siguiente forma:

Fallecidos a pesar del tratamiento.	5	enfermas
Suspendido este por causas diversas en	7	»
Continuaban sometidas a esta terapéutica	38	»
Curadas	46	»
TOTAL.	96	»

Es decir, que el número de enfermas clínicamente curadas, de las sometidas al tratamiento exclusivo por los rayos X y el mesotorio, aplicados con arreglo a su técnica, era del 45 al 50 por 100 (exactamente el 48). resultado idéntico al presentado en Halle. De curación definitiva no es posible hablar, porque los casos curados hace más tiempo datan solamente de año y medio de fecha.

Recientemente—en Diciembre último—acudió *Gauss* a la discusión

(1) En el recto los resultados son aún peores, debido a la función de este órgano (*Krönig*).

suscitada por *Brumm* en la Sociedad de Medicina de Berlín en representación de la clínica de Freiburg, cuya estadística se había elevado ya a 190 casos, aunque ignoramos si en ellos están incluidos los tratados con fin profiláctico, *Gauss* sostuvo nuevamente, sin modificación alguna, todos los puntos de vista de la escuela de Freiburg respecto a dosis, filtrado y tanto por ciento de curaciones.

En resúmen; con la técnica ya apuntada, y que no hemos de repetir, logran curar *Kronig* y *Gauss* de un 45 a 50 por 100 de los cánceres de matriz y ha hecho esto que se prescinda en absoluto en su clínica de la internación quirúrgica en dichas neoplasias, sometiendo todos los casos, tanto los operables como los inoperables, al tratamiento combinado por los rayos X y el mesotorio, bajo intensa filtración. También son dignos de tenerse en cuenta los resultados obtenidos con la radioterapia profunda, practicada con fin profiláctico, con la cual han conseguido evitar las recidivas en la casi totalidad de las enfermas sometidas a este tratamiento.

Trabajos de Doderlein

Muy brillantes son también los éxitos comunicados por la Clínica de Mujeres de Munich, que dirige *Doderlein*.

Tampoco este autor logró éxito alguno hasta que no consiguió obtener del mesotorio una acción profunda. El primer caso que vió curar fué un carcinoma de útero inoperable, en el cual necesitó emplear 3.280 mg.-hora de mesotorio, más una cantidad de rayos Rontgen de 718 dosis de eritema. A pesar de que la enferma aparecía clínicamente como curada, la operó, y pudo observar que, si bien había sido destruído todo el tumor uterino que antes existía, formando un gran cráter, subsistian restos de la neoplastia alrededor de uno de los uréteres, el cual se vió precisado a seccionar, quedando como consecuencia una fistula uretal. Este caso fué presentado por *Doderlein* a fines del año 1912 a la Sociedad de Ginecología de Munich.

Otro caso, también muy interesante, que consiguió curar por aquella época, fué un carcinoma de útero de células planas, el cual curó sin necesidad de operación, exclusivamente por radioterapia, siendo preciso emplear para ello 1.000 X (*Kiemboch*) de rayos + 6.000 mg.-hora de mesotorio. Un fragmento de tejido, extraído después de esta terapéutica, no presentaba el menor vestigio de células cancerosas. Sin embargo, persistían aún ganglios invadidos.

Ambos casos continuaron en tratamiento durante mucho tiempo (1).

En el Congreso de Halle (Mayo de 1913) pudo comunicar ya *Doderlein* muchos éxitos, abogando, respecto a la técnica, por cantidades grandes de rayos X y mesotorio, ambos remedios bajo intenso filtrado,

En Junio de 1913—según comunicación presentada a la Sociedad de Ginecología de Munich—eran ya 80 los casos que había tratado con rayos y mesotorio o con mesotorio solamente, pues se decidió a prescindir en muchas ocasiones de la acción de los rayos. Los éxitos que obtenía eran tan grandes, que ya para entonces había dejado de operar en absoluto cánceres de útero, y los 40 últimos casos que por aquella época se presentaron en su clínica fueron, sin excepción, sometidos a la radioterapia, tanto los inoperables como los que estaban en condiciones de ser operados. Y logró observar que, precisamente en los operables, la reacción al radio es mucho más rápida; es verdaderamente increíble la rapidez con que reaccionan algunos cánceres incipientes, mientras que los cánceres inoperables son, en general, mucho más rebeldes. Algunos resisten casi en absoluto, y en gran número de ellos no se logran curaciones duraderas. *Constituyen*, pues, en sentir de *Doderlein*, precisamente las neoplasias operables la principal indicación de la radioterapia, pues; cuanto más benigno es el cáncer, mayor resulta el éxito que en él se obtiene con este método terapéutico.

Ultimamente (Diciembre de 1913), el número de casos tratados en la Clínica de Munich ha aumentado considerablemente, habiendo expuesto *Doderlein* los resultados a la Sociedad de Ginecología de Munich el 7 de Enero de 1913, y su primer asistente E. v. *Senffert* el 10 del mismo mes a la Sociedad de Medicina de Berlín, a la que asistió—como ya hemos dicho—en representación de la Clínica, con motivo de la discusión planteada por *Brumm*. Los casos hasta entonces tratados en Munich eran: 153 cánceres de útero, dos sarcomas del mismo órgano y tres carcinomas de vulva, aparte de otros tumores de diferentes órganos que se estudian en los respectivos capítulos. Su estadística comprendía en total 180 casos.

En primer lugar, han observado *Doderlein* y v. *Senffert* que el material de su Clínica ha empeorado considerablemente en lo que a la

(1) Algunos de los trabajos publicados por *Doderlein* van firmados también por su primer asistente E. v. *Senffert*.

operabilidad se refiere, y es que resulta tal el entusiasmo que el tratamiento por el radio ha despertado en el público, que muchos ya avanzados y sin probabilidades de curación, que en otra época no hubieran acudido a la Clínica, han ido a engrosar el número de los sometidos a la acción de las substancias radioactivas. La Clínica, que de ordinario reunía por año unos 50-60 cánceres de útero, de los unos 40 (esto es, el 65-70 por 100) eran operables, reunió el pasado año 153, y de ellos eran solamente operables 50; es decir, que la operabilidad había descendido del 65-70 por 100 al 30-35. Todos fueron sometidos a la radioterapia, pues en esta Clínica, como anteriormente hemos indicado, no se operan ya cánceres a partir del mes de Febrero de 1913. Un tercio de los casos fué tratado por la acción combinada por los rayos X y mesotorio; los otros dos tercios solamente por el mesotorio, prescindiendo de los rayos X.

Del total de cánceres de útero tratados, murieron 24 enfermas, falleciendo además una de cáncer de vulva y otra de sarcoma [uterino]. En cambio, 31 curaron por completo—clínicamente hablando—, hasta el punto de no ser posible apreciar en ellas, ni objetiva ni subjetivamente, signo alguno de carcinoma. En la Sociedad citada (Sociedad de Ginecología de Munich) pudo presentar, para que fueran reconocidas por sus compañeros, a 24 de dichas enfermas, en las cuales—así como en las otras siete que no pudieron asistir—no se nota nada anormal; parecen completamente sanas, pudiendo trabajar y hacer su vida ordinaria. De los 31 casos curados, 19 eran operables, más fáciles de tratar, por consiguiente; los otros 12, inoperables. Aún tienen gran número de enfermas en tratamiento, y de ellas hay 10 que están casi completamente curadas, pero que no las incluyen todavía en este grupo, hasta no ver el resultado final que produce en las mismas la radioterapia.

Reconocen *Doderlein* y *v. Senffert* que el cáncer de útero está en mejores condiciones que el de otros órganos para ser tratado por el radio, pues en él son menos de temer complicaciones que a la radioterapia pueden acompañar.

La producción de estreches por esclerosis consecutiva al tratamiento, por ejemplo, que en esófago o rector pueden ser muy graves, no tienen importancia cuando se trata del útero; las perforaciones que en los citados órganos se producen con relativa facilidad, es mucho más raro que se presenten en útero, por el gran espesor de su pared. Para los cirujanos generales es, por consiguiente, la radioterapia

pia del cáncer problema mucho más difícil que para los ginecólogos.

Vemos, pues, los excelentes resultados obtenidos por la Clínica de Munich, y la mejor prueba de la eficacia que, en sentir de *Doderlein* y *v. Senffert*, posee esta terapéutica la constituye, además del gran número de enfermas que han logrado curar, el que hayan renunciado ya a intervenir en los cánceres de útero operables.

Muy digna también de ser subrayada es la circunstancia de que gran número de casos han sido tratados solo con el mesotorio, sin asociarlos a los rayos X, y los resultados, a pesar de la supresión de dichos rayos, son igualmente favorables, lo cual hace pensar que es un poco problemático que de esta asociación derive efectivamente un refuerzo, una mayor intensidad de la terapéutica. Lo más que cabe suponer, después de estos resultados, es que los rayos Rontgèn caduycan también a la radioterapia, pero sin hacer más enérgica la acción de las substancias radioactivas.

Trabajos de Brumm

Los resultados obtenidos por Brumm, sin ser, al parecer, tan brillantes como los que *Kronig* y *Doderlein* han logrado, acaso hayan influido más que aquéllos en el éxito de este método terapéutico. El detenido estudio hecho en la Clínica de Mujeres de Berlín de las dosis, del filtrado y de las modificaciones histológicas observadas en los cánceres tratados por las substancias radioactivas, unido a la gran prudencia al juzgar los resultados, sin entusiasmo exagerado, sin vehemencias de ningún género, han logrado probablemente convencer más que los éxitos enormes de Friburgo y Munich.

La técnica, generalmente empleada ha sido la combinación de los rayos X (terapéutica profunda) con el mesotorio. En algunos casos, los menos, se ha empleado solamente este último remedio.

Cantidad de mesotorio preferible en opinión de Brumm.—Siendo tan diferentes, y variando entre límites tan grandes, las cantidades de radio recomendadas por los distintos autores, hasta el punto de que *Wickham* y *Degrais* han empleado (como ya hemos visto) 20-40 mg., mientras *Kronig* y *Gauss* llegan a aplicar 300-500, hasta 800 mg., se propuso *Brumm* estudiar por sí mismo la proporción de substancia radioactiva que resulta más conveniente. Al efecto ensayó, en colaboración con su ayudante *Voigts* cantidades de mesotorio que oscilaban entre 50 y 500 mg., manteniéndolas aplicadas durante un tiem-

po diferente, que variaba entre seis, nueve y doce horas por sesión.

Este estudio le puso de manifiesto que cantidades de 400 [mg. en adelante, bajo un filtrado de 2 mm. de plomo, eran soportadas por algunas enfermas sin gran perturbación, mientras que, en otras, aparecían graves trastornos locales y generales. Aparte de la reacción local, presentaban estas últimas dolor en el vientre y los riñones, ténor, seguido muchas veces de disposiciones mucosanguinolentas, y además, fiebre, debilidad, inapetencia y aspecto anémico. En uno de sus casos, ascendió la temperatura a más de 40° después de aplicar una dosis de 6.050 mg.-hora en dos días, con un filtro de 2 mm. de plomo, y esta fiebre se mantuvo durante cinco días, formándose al cabo de ellos un exudado sero-sanguinolento en el tejido conjuntivo pelviano. Ya en otra ocasión, empleando substancias radioactivas sin filtrar, esto es, aplicando directamente los tubitos de plata de 1110 de mm. de espesor sin interposición de filtros, habían observado que se produjo una colección de pus aséptico.

En vista de estos trastornos, ha retrocedido *Brumm* en las cantidades de radio que utiliza, renunciando al empleo de dosis superiores a 300 mg. El verano pasado calculaban *Brumm* y *Voigts* en 150-300 la cantidad de mesotorio que se debe emplear; hoy se muestran aún más prudentes, y, en la última discusión de la Sociedad de Medicina, recomendaba *Brumm* el empleo de 50 a 100 mg. de substancia radioactiva. Contra esta protesta la escuela de Freiburg, pues cree que esos trastornos no son debidos al empleo muy intensos sino que se originan exclusivamente por utilizarlos bajo escaso filtrado; de esta opinión participa también *Hirsch*.

Respecto al número total de miligramos-hora que es necesario emplear en cada enferma, *Brumm* se manifiesta partidario desde sus primeros trabajos de alcanzar una dosis de 15.000 a 20.000 mg.-hora, creyendo preferible obtener dicha dosis, no de una sola vez, sino por sesiones sucesivas de diez-doce horas cada una y separadas por intervalos de uno-dos días. Los resultados son los mismos, siendo mucho menos de temer las complicaciones. *Brumm* no ha vuelto a dar nuevas instrucciones acerca de este asunto; suponemos seguirá empleando esta misma técnica, que es la que el año pasado hizo pública.

El problema de los filtros ha sido también estudiado clínicamente por *Brumm* y *Voigts*. Los rayos B. atraviesan fácilmente los tubos de plata de una a dos décimas de milímetro de espesor que contienen el

mesotorio, por lo cual se producen con gran facilidad quemaduras, si se aplican directamente estos tubos. Ahora bien, dichos autores, con objeto de no renunciar en absoluto a la acción de los rayos B., emplean los ocho o diez primeros días del tratamiento, pequeñas cantidades de mesotorio sin filtrar. Después van aumentando la cantidad de mesotorio y el grosor de los filtros, y acaban por emplear 200-300 mg. de mesotorio con un filtro de plomo de 2 mm. de espesor. Esto era lo que hasta hace poco recomendaba *Brumm*. En la última discusión de la Sociedad de Medicina de Berlín, ha rechazado los filtros de plomo por la gran cantidad de rayos secundarios que producen, proponiendo el empleo de filtros de aluminio o de latón. Dicha determinación se funda en un importante trabajo de *Keetman* y *Mayer*, que ha sido expuesto detenidamente al tratar del filtrado en la parte general. Los rayos secundarios es preciso absorberlos, claro está, por medio de una delgada funda de goma.

A cada sesión de mesotorio de diez-doce horas, agrega *Brumm* una sesión de rayos de una hora, empleando un filtro de aluminio de 2 mm. de espesor, hasta alcanzar la dosis de 30-50 X (Kienbock). En conjunto, ha llegado a combinar en un caso 10.000 X (Kienbock) de rayos X con 16.000 mg.-hora de mesotorio. En general, no es preciso llegar a dosis tan grandes.

De las alteraciones anatómicas debidas a la acción del radio—muy bien estudiadas por *Handly*, de la Clínica de *Brumm*—ya nos hemos ocupado en el lugar correspondiente.

Los resultados obtenidos por el ginecólogo de Berlín, sin ser tan brillantes como los que *Kronig* y *Doderlein* lograron, son, sin embargo, muy notables. Hasta la fecha llevan tratadas 108 enfermas, y cree haber curado a un 10 por 100 de ellas. Todos eran casos inoperables, pues en su clínica sólo se ha tratado a esta clase de enfermas. Dos, a las que creyó curadas el verano pasado, han recidivado después; acaso de las hoy parecen sanas recidiven algunas; pero a pesar de todo, considera los resultados muy halagüeños, pues a estas curaciones hay que agregar gran número de notables mejorías, de las cuales dió también cuenta a la Sociedad de Medicina de Berlín.

Creemos interesante exponer el criterio que dicho autor sustenta en relación con las condiciones de esta terapéutica. Defendió en Halle, y volvió a mantener lo mismo en Berlín, que sólo deben ser tratados por la radioterapia (rayos X X mesotorio) los casos inoperables; lo que fuera operable era preciso operarlo a toda costa. Esta tenden-

cia parecía sostener también en la última discusión, pero, al rectificar, al cerrar el debate, se esforzó en poner de manifiesto el gran número de casos de cáncer de matriz que, después de operados, recidivaban. Según sus cálculos que coinciden con los de otros autores, no se reproduce la neoplasia en el 50 por 100 de las enfermas. A esto hay que agregar además los peligros que la operación lleva consigo. La mortalidad, según él, es, en este género de intervenciones, de un 6 por 100, pero otros elevan dicha cifra al 10, al 15 y hasta el 20 por 100. Sin pintar, pues en tonos tan negros como Kronig lo hacía el porvenir de estas enfermas, cuando hay que combatir su dolencia por medio de la intervención quirúrgica, coincide con él en reconocer la gravedad del problema. Por esta razón, se inclinó a prescindir en lo sucesivo de una manera absoluta de la operación, tratando a sus cancerosas solamente por medio del radio y recomendando que se hiciera lo mismo en todo género de neoplasias malignas en las cuales, por su localización (recto, etc.), el empleo del bisturí vaya acompañado de serios peligros.

Contribuyó también a que adoptara esta decisión de pensar que, no sometiendo al tratamiento del radio más que los casos desesperados, resultaría imposible avanzar en el estudio del problema, y tan importante es progresar en este sentido, que, en opinión de *Brumm*, si se consiguiera obtener un perfeccionamiento técnico que permitiese profundizar por medio del radio unos cuantos centímetros más que los que hoy se profundiza, el problema del cáncer se habría resuelto por completo para los ginecólogos. Es decir, que *Brumm* se puso al lado de *Kronig* y *Doderlein*, y preconizó con ellos, en contraposición a lo que todos los demás autores defienden y él había sostenido hasta entonces, que la operación debe desaparecer como el tratamiento del cáncer de matriz. *Todo cáncer uterino, tanto operable como inoperable, debe ser sometido exclusivamente a la acción de las sustancias radioactivas.*

Así quedó unificado el criterio de las tres grandes clínicas alemanas, en lo que se refiere al trascendental problema que nos ocupa.

Escuela de Viena

Al lado del entusiasmo que el tratamiento del cáncer por las sustancias radioactivas despertó en Alemania, debido a los éxitos de los ginecólogos; preciso es hacer notar la frialdad con que este método terapéutico fué recibido por la escuela vienesa. Esta frialdad se puso de manifiesto con el congreso celebrado en Viena en Septiembre del

pasado año (1). En él expuso el célebre ginecólogo *Wherteim* los resultados que había obtenido en casos de cáncer de útero por medio del radio y del mesotorio, mostrando muy poca fé en este tratamiento. Análoga impresión produjeron las investigaciones de *Riehl* y las de *Ranzi*, *Schüller* y *Sparmann*, cuyos resultados, por no referirse al cáncer de aparato genical, sino a otra clase de tumores, tenían que ser, dado el estado actual del problema, bastante desfavorables. La impresión de frialdad que reinó en aquella asamblea científica no logró ser dominada por las comunicaciones de *Scherev* y *Kelen*, *Latzko* y *Pebam*, los cuales, aunque no se manifestaron muy entusiastas, distaron bastante del escepticismo que dominó al maestro.

Expongamos la opinión de estos diversos autores.

Resultados obtenidos por *Wertbiem*.—Este eminente investigador ha tratado 19 enfermas con radio y tres con mesotorio. De las primeras 9 eran operables, 9 inoperables y una se hallaba en el límite de la operabilidad. De los tres casos tratados con mesotorio, dos eran operables e inoperable el tercero. No ha combinado los rayos Rontgen con las substancias radioactivas (2).

Observó en todos los casos cierta influencia del tratamiento, pero no logró curar más que dos o tres, los cuales eran tan superficiales, que cree hubiera obtenido en ellos el mismo resultado por medio del tormocauterio o la enucleación. Después del tratamiento radioterápico, sólo pudo operar los casos que, antes de ser sometidos a él, eran ya operables, y no todos, pues de los once, se produjeron en dos graves trastornos locales, a consecuencia del tratamiento, que hicieron ya imposible la operación. Vemos, pues, que en lugar de obtener una modificación útil por medio de las substancias radioactivas, vió producirse una acción verdaderamente perjudicial. Además, los trastornos locales fueron muy numerosos, muy frecuentes y de tal gravedad en algunos casos, que, como decíamos hace un momento, impidieron la intervención; las perturbaciones generales (fiebre, dolor de cabeza, insomnio, excitabilidad, debilidad cardiaca, diarrea, etcetera) resultaron también sumamente frecuentes.

(1) *Versammlug Deutscher Naturforscher und Aerzte*, 21-27 Septiembre 1913.

(2) Anteriormente había presentado a la Sociedad de Medicina de Viena (5 Junio 1913) a una enferma afecta ds cáncer de matriz inoperable, que se hizo operable mediante la aplicación de una cápsula de radio, bajo un filtro de plomo de dos y medio mm. de espesor. Obtuvo, pues, un éxito excelente.

(Continuará).

Academia de Ciencias Médicas

Sesión del 13 de Noviembre de 1914.

EL SEÑOR LANDIN

SEÑORES ACADÉMICOS:

Acatando vuestras determinaciones he aceptado el cargo de Presidente; es para mí un nuevo motivo de gratitud hacia vosotros, por la distinción que me habéis hecho.

Pero observad, que si bien es verdad que este es un cargo honroso, no puede negarse que al mismo tiempo, en las actuales circunstancias, es un puesto difícil de desempeñar con acierto.

He dicho que es para mí honroso, porque con anterioridad lo ocuparon los más ilustres representantes de la Medicina y Farmacia vizcaína. Algunos de ellos murieron ya, y al volvernos á reunir para reanudar nuestras sesiones, debemos dedicarles un cariñoso recuerdo, siempre oportuno y merecido, porque la Academia nació de sus iniciativas, vivió durante mucho tiempo impregnada y saturada de su propio espíritu, y se mantuvo gracias á sus entusiasmos y tenacidad. Ellos nos legaron este organismo así constituido, pesando sobre nosotros la grave responsabilidad de su conservación.

Otros ilustres Presidentes viven todavía y comparten con nosotros las tareas profesionales; no he de permitirme yo ponderaros sus méritos, podía molestar con mi atrevimiento á su extrema modestia; pero no puedo menos de rendirles mi respetuoso homenaje de admiración, porque hoy más que nunca necesitamos que su prestigio nos defienda del menosprecio de aquellos que consideran estéril nuestra labor ó inútil nuestra existencia; hoy más que nunca necesitamos que sus sabios consejos nos ayuden para reorganizarnos, y que su palabra elocuente vuelva á resonar en esta casa, dando un valor positivo á nuestros trabajos; por eso, al ofrendarles mi admiración, quiero enviarla engarzada en la súplica de no nos abandonen.

Soy de los que creen que la Academia debe reorganizarse; creo necesario que nos adaptemos á las evoluciones ó los caprichos de los distintos tiempos. No tengo la pretensión de acertar

al fijar la indicación precisa en este caso, pero es necesario procurar por todos los medios que nuestras sesiones no pierdan interés, y si fuera posible que despertaran un gran interés.

Por eso me permito hacer un llamamiento á todos, convencido de que elementos valiosísimos nos sobran; falta que nos presenten su apoyo.

Salvo vuestra mejor opinión, yo trataría de organizar una serie de disertaciones á partir del mes de Enero. Si consiguiéramos llegar á diez ya teníamos aseguradas dos sesiones mensuales que despertarían un poco de interés.

Creo que á las sesiones debemos venir con un programa hecho y si es posible anunciado desde la semana anterior. No debemos prescindir de la presentación de casos prácticos, porque la Medicina que necesita el fundamento de grandes conocimientos teóricos, es una ciencia de aplicación práctica y algunos poseen la difícil facilidad de saber interrogar á la Naturaleza, interpretando correctamente los fenómenos clínicos sometidos á su observación. Nosotros, los que tenemos necesidad de cimentar nuestra experiencia, debemos aprovechar todos los datos que puedan suministrarnos esos espíritus sagaces.

Luego se ocupa de la necesidad de reorganizar el periódico, y termina diciendo:

—Si pudiéramos conseguir que nuestros veteranos profesionales, y por lo tanto nuestros maestros, nos honraran con su presencia, presentando aquí algo que reflejara su gran caudal de conocimientos y su vastísima experiencia clínica; si se pudiera atraer á la juventud médica, que ó no es juventud, ó tiene que estar rebosante de idealismos y de entusiasmos, que tiene perfecto derecho á conquistar en buena lid un sólido prestigio, y nosotros le ofrecemos la Academia como el primer escalón de su porvenir, como el más lícito y honroso para exteriorizar su nombre; si contáramos unos y otros elementos, la Academia viviría más floreciente que nunca.

Hagamos campaña en este sentido, procuremos atraer á los elementos dispersos; si lo conseguimos habremos logrado un triunfo al contribuir al aumento y difusión de la cultura de nuestro pueblo; pero si desgraciadamente no obtuviéramos éxito, nos confortará el haberlo intentado, y sobre todo sentiremos esa grata satisfacción que deja en el espíritu el deber cumplido.

Señor Díaz Emparanza. — *Un caso de sordo-mudo, de aparición y curación repentina* — Clínica médica del Hospital, á cargo del Sr. Díaz Emparanza. — El día 21 de Julio ocupó la cama número 26 de mi clínica un hombre joven, cuyo aspecto exterior, de perfecta salud, contrastaba con su indiferencia para lo que le rodeaba. Tenía un periódico en la mano y no parecía atender á lo que á su alrededor pasaba. Le pregunté qué le ocurría, sin obtener contestación; no me oía. El profesor clínico, señor Leniz, me dijo que se trataba de un individuo que repentinamente había quedado mudo y sordo. Los datos que pudimos recoger, unos suministrados por el enfermo por medio de la escritura y el resto por su familia, son los siguientes:

Pascual Valverde, natural de Plasencia-Malpartida (Cáceres), de 26 años de edad, casado hacía un año, de oficio calderero, actualmente residente en Bilbao; trabajó en la estación de Miranda hasta tres ó cuatro meses antes de la fecha actual, en que quedó sin ocupación, viniendo aquí en busca de una colocación. Su salud anterior ha sido excelente, no ha tenido ninguna infección; sus costumbres moderadas, sin ser pendenciero ni de mal carácter; tiene regular ilustración.

De los antecedentes familiares hay que apuntar el hecho interesante de que su padre sufre de ataques convulsivos, cuyos caracteres desconocemos; el resto de la familia no presenta nada de especial.

Enfermedad actual. — Unos veinticinco días antes de su ingreso se colocó en la estación del Norte, donde trabajó en la descarga de unos vagones, estando al sol durante unas horas; á esto achaca él su mal.

El día 28 de Junio sufrió un disgusto por despedirle del trabajo, y á las doce de la noche, después de un fuerte dolor de cabeza, tuvo un ataque convulsivo generalizado, con tronco en arco, sin pérdida de conocimiento (dato importante); oía bien, pero contestaba con cierta incoherencia á lo que le preguntaban, quedando en un estado de subdelirio durante unas dos horas. Cuatro días estuvo con alguna falta de memoria y con alguna incoherencia; al cabo de dichos días se encontró perfectamente, pudiendo salir á sus ocupaciones; la mejoría se presentó bruscamente.

El día 10 de Julio llegó á su casa con los ojos enrojecidos y

mucho calor, terminando con una crisis de sudor abundante.

El día 17 de Julio, á las cuatro de la mañana, estando dormido, sufrió otro ataque con pocas convulsiones; á las seis se quedó sin poder hablar y á las ocho no oía nada, dándose cuenta perfectamente de estas particularidades.

El día 19 articuló, cuchicheando alguna palabra: como, *amos, trae, ay madre*; y también parece que algún momentó oía algo.

Estado actual.—Su aspecto exterior es inmejorable; mirada algo triste, pero que denota inteligencia; cuando se da cuenta de que se le quiere preguntar algo coge papel y lápiz y escribe lo que le ocurre, contestando de este modo á lo que por escrito ó mímica se le pregunta. Comprende, pues, el lenguaje mímico y el escrito; no lee en voz alta; conserva su inteligencia y nos escribe que, además de no poder hablar, no oye absolutamente nada.

No puede pronunciar ninguna palabra ni emitir sonido ni grito alguno; tampoco puede cuchichear.

Reconoce perfectamente todos los objetos y por escrito señala su nombre.

El enfermo no oye ó no comprende lo que se le dice en voz alta; nos convencemos de que no oye, pues estando él distraído con uno de nosotros se hace fuerte ruido detrás de su cabeza y no se da cuenta de nada; el sonido ó ruido tampoco se transmite por el esqueleto óseo craneal.

Sin embargo, al decirle una vez ¡quita esa mano!, la retiró; si bien es verdad que el que se lo dijo hizo además un ademán con la suya que el enfermo pudo ver y comprender, pues la mímica se conservaba íntegra.

Ya hemos indicado que se conserva íntegro el lenguaje escrito, expresando perfectamente su pensamiento y sin tener afasia óptica ni ceguera psíquica.

En resumen, observamos en él:

- 1.º Falta absoluta de la palabra articulada, con afonía total, y, por tanto, imposibilidad de leer en alta voz.
- 2.º Falta completa de audición, sordera central absoluta, y por tanto, imposibilidad de repetir nada.
- 3.º Ideación perfecta; lenguaje interno normal, con memoria de palabras y formas.
- 4.º Escritura voluntaria y copiada normal.
- 5.º Mímica normal; y

6.º Se da perfecta cuenta de su estado.

El examen del oído hace ver su aspecto normal; la laringe no pude verla bien, pero mi amigo, el Dr. Landin, que tuvo la amabilidad de examinarle conmigo, pudo reconocerle y convencerse de su aspecto normal.

Nuestro compañero y amigo, Sr. Abadía, hizo el examen óptico, encontrando disminuído el campo óptico en ambos lados; fondo de ojo, ligera neuritis doble, agudeza visual é hipermétrope.

Sensibilidad general.—Zona pequeña de hiperestesia en la región temporal izquierda; ligera anestesia faríngea; no hay zonas anestésicas sobre la piel que cubre el pabellón del oído y laringe como tampoco en el resto del cuerpo, solamente parece haber ligera hiperestesia en el centro de la cara externa de ambos antebrazos, pero muy poco marcada. Además, este examen resulta algo dificultoso para hacerlo exacto.

Motilidad normal completamente, así como los reflejos, tanto tendinosos como cutáneos.

Funciones circulatoria, respiratoria, digestiva, etc., normales.

«El domingo, día 26—escribe el enfermo—, estuve toda la mañana como loco de la cabeza, con ruido de oídos, después de salir de la capilla, y por la tarde, á cosa de la una y media, sentí un tremendo golpe en la cabeza, pasando en seguida y dándome el oído, oyendo de pronto los ladridos de un perro; continuando desde aquel momento oyendo como si tal cosa.»

El 27 examinamos los oídos, encontrándolos como antes, normales: en el conducto había vestigios de sangre; en este momento oía y entendía perfectamente lo que se le decía, pero no pronunciaba todavía nada ni en voz cuchicheada, á pesar de sus esfuerzos para lograrlo.

El día 28 se le dió una sesión de electricidad, C. C., al nivel de la laringe, por el electrólogo Sr. Azaola, sin resultado, y eso que con la excitación eléctrica hizo verdaderos esfuerzos el enfermo, no logrando ni emitir un sonido.

El día 29, á las ocho y media de la mañana, estando tranquilamente leyendo, tuvo de pronto una crisis nerviosa: lloro, espasmos respiratorios, ligeras contorsiones de brazos y tronco, con actitudes hysteriformes; dominaban la escena el llanto y los espasmos torácicos, inspiraciones y espiraciones fuertes, descompasadas, y acompañados de ruidos laríngeos inarticulados; pro-

senciándolo yo, le aconsejé calma; vas á hablar ahora mismo, ya produces sonidos, le decía, y efectivamente, de pronto, en medio de sus espasmos, pronuncia la exclamación «¡Ay, ay madre!», y al escucharse su voz se calma el acceso, y termina diciendo: «Gracias á Dios, ya hablo». Desde este momento recobra el lenguaje hablado como si nunca hubiera tenido nada.

Después se le hizo otro examen de sensibilidad, etc., no encontrando nada nuevo.

¿De qué se trataba?

Diagnóstico—Es claro que después de oír estas notas, conocido el curso y terminación de este mutismo, el diagnóstico es sencillísimo; no hay por qué hacer un estudio de diferenciación. Pero como cuando vemos al enfermo por primera vez no sabemos esto, y como por otra parte, son raros estos casos y pueden presentarse en formas las más diversas, de aquí que sea interesante á mi juicio su conocimiento y el camino seguido para formar un juicio diagnóstico, importante en especial en lo que respecta á la naturaleza, pues el pronóstico varía muchísimo de tratarse de una mudez por lesión orgánica á cuando es de orden neurósico.

Desde luego, se trata de una perturbación del lenguaje, pudiendo añadir: de un caso de mutismo absoluto, durante el cual pasajeramente hubo sordera total. Era fácil convencerse de que no era una afonía por parálisis laríngea, pues el examen laringoscópico nos enseñó la normalidad de dicho aparato, y á falta de esto, por el carácter importante de que nuestro enfermo no sólo no podía emitir sonidos, sino ni siquiera cuchichear, cosa que puede perfectamente hacerse sin necesidad de la laringe, bastando el movimiento de la lengua, labios, etc., en la forma adecuada para la articulación; y esto era precisamente lo que dicho individuo no podía ejecutar. Y no digo nada más sobre la afonía, pues de ella se ha de ocupar nuestro Presidente, el Sr. Landin.

Ahora bien; el lenguaje, que no es sólo la palabra, sino los distintos medios de que nos servimos para comunicar nuestras ideas y recibir las de los demás, puede interrumpirse de tres modos principales:

1.º Cuando hay un defecto de ideación, insuficiencia ó perturbación: no teniendo ideas abstractas ni concretas, no se puede hablar, ni escribir, ni comprender; no ocurría nada de esto en nuestro caso.

2.º Cuando existe una parálisis central ó periférica de los órganos que entran en juego en el mecanismo de la palabra: disartria; que también descartamos, pues recordemos la falta de todo trastorno de déficit motor en las notas relatadas; y

3.º Cuando estando la inteligencia sana, hay lesión ó perturbación de los centros que presiden la función del lenguaje ó están destruídas sus conexiones con ciertos aparatos sensoriales ó motores, son las afasias propiamente dichas.

Es afasia la pérdida de una ó de muchas modalidades del lenguaje, con integridad de los aparatos de recepción ó de exteriorización de las palabras, y por tanto, un sordo, un paralítico, un ciego, no son afásicos. (Dejerine.)

Nuestro enfermo tiene integridad material de sus órganos receptores y fonadores. Primero perdió el uso de la palabra, más tarde quedó sordo sin lesión apreciable, y al recobrar el oído oía y entendía, quedando sólo mudo durante otras cuarenta y ocho horas.

No voy á molestaros haciendo la historia de la afasia, describiendo sus tipos, mecanismos, etc., que conocéis mejor de lo que os pueda yo decir, sino solamente señalar lo necesario para el diagnóstico del caso práctico.

Se admiten tantas afasias como modos tenemos de ponernos en relación ó comunicación con nuestros semejantes. Podemos, primero, comunicar nuestras ideas á los demás, ó sea transmitir-las; segundo, tomar comunicación de las ideas de los demás, percibirlas.

Habrá, pues, trastornos de la transmisión: *afasias de transmisión*, y trastornos de percepción: *afasias de percepción*. En las circunstancias ordinarias transmitimos nuestras ideas á los demás, sea por medio de sonidos articulados, lenguaje hablado; sea por medio de signos escritos, lenguaje escrito (sin ocuparnos ahora de otros medios no ordinarios). Hay, pues, dos principales variedades de afasias de transmisión: la afasia motriz ó afemia, que es la antigua de Broca, ó sea el olvido del procedimiento que es necesario seguir para articular la palabra y la agrafia ú olvido de los movimientos necesarios para trazar los signos del lenguaje escrito.

A estas dos variedades de afasia de transmisión hay que añadir las de percepción ó sensoriales, que también son dos varieda-

des principales: una, la sordera verbal ó pérdida de la facultad de atribuir á los signos del lenguaje hablado su significación convencional tal como una educación anterior nos ha revelado, y otra, la ceguera verbal ó pérdida de la facultad de descifrar la significación de los signos del lenguaje escrito.

Estas cuatro formas principales ó fundamentales, base del polígono de Grasset para la explicación de este trastorno, corresponden á cuatro centros principales corticales: centro motor, de escritura, de la audición verbal y de la visión verbal; pero como están unidos entre sí y además con el centro superior psíquico de enlace ó ideación y con las vías aferentes y de transmisión y recepción, de aquí una serie de variedades, según que la lesión ó perturbación resida ó afecte los centros ó las vías de unión: afasias corticales, subcorticales, transcorticales, etc., que no hacemos más que indicar; sólo hemos de recordar que la afasia motriz cortical y subcortical se diferencian clínicamente en que en la primera forma, además de la pérdida de la articulación de la palabra, hay trastornos en alguna de las demás modalidades, particularmente el lenguaje interno está perturbado, y en la subcortical no, sólo hay falta de la palabra: el lenguaje interno persiste, el individuo con la mano nos indica el número de sílabas de una palabra; esta es la afasia motriz pura.

Nuestro enfermo es un afásico motriz puro: le falta en absoluto la palabra articulada, no puede transmitir sus ideas por el lenguaje y lo hace por escrito, por la mímica; conserva perfecto el lenguaje interno, recuerda las palabras, las lee, las escribe, no las pronuncia; y no tiene sordera verbal, pues cuando recobra el sentido del oído, entiende perfectamente lo que se le dice, contestando inmediatamente en el papel; su sordera es la vulgar, la sensorial, la falta de percepción absoluta de ruidos y sonidos, anulación de la función, sin la cual no hay afasia sensorial.

Establecido este diagnóstico clínico, ¿cuál es su naturaleza y dónde reside su localización?

En la inmensa mayoría de los casos la afasia, cualquiera que sea su forma, revela una lesión ó perturbación del hemisferio izquierdo (en los derechos, en el territorio de la zona del lenguaje.

Esta zona, como sabéis, bordea la cisura de Sylvio: ocupa parte de la segunda frontal, de la tercera (de Broca), la primera temporal, hasta el pliegue curvo en el lóbulo parietal; en esta

zona radican y se admite, así en general, los cuatro centros clásicos del lenguaje: centro de la articulación en la tercera frontal, de la escritura, en la segunda (bastante discutido), de la audición en la primera temporal y de la visión en el pliegue curvo. Claro que esto no es matemático; se discute acerca de estas localizaciones, siendo interesantes los trabajos de P. Marie, Grasset y las conclusiones de la Sociedad de Neurología, etc., etc., pero que no es pertinente ocuparnos de ellas en este momento. (1) Como he indicado antes, según que la lesión radique en estos puntos ó en las vías de unión, etc., el resultado será una variedad de afasia.

Esta lesión puede ser una hemorragia, un reblandecimiento, tumor, meningoencefalitis, traumatismo; siendo la afasia la mayoría de las veces un fragmento del cuadro sintomático, aun cuando á veces pueda ser única manifestación, pura, por lesión limitada á determinada región, como podía ocurrir en nuestro individuo. Ahora bien, ¿existía en nuestro historiado alguna de las lesiones citadas?; evidentemente que no, pues es excepcional una lesión tan limitada; es difícil admitir que una hemorragia, reblandecimiento, tumor, etc. se localizara exactamente en tal sitio, para dar lugar á ese síntoma aislado sin más signos de lesión orgánica; y si una de esas lesiones hubiera sido la causa, lo hubiera sido también de la sordera, y esto es inadmisibles, pues necesitaría una lesión extensa, doble (la sordera vulgar por lesión de la 2.^a temporal es generalmente unilateral) y necesariamente había de producir otros síntomas que faltan en el enfermo. En nuestro enfermo, hay un ataque convulsivo, los trastornos aparecen esbozados en el primero, y luego después de otro acceso quedan definitivos; en el curso, uno de los síntomas desaparece de una manera excepcional; continúa el otro, que á las 48 horas desaparece en medio de un ataque nervioso, de lloros, espasmos y contorsiones, sin dejar rastro alguno. Estos caracteres, en un individuo que no presenta ninguna otra manifestación de lesión cerebral, que tiene antecedentes neurósicos, ataques histeriformes, estigma ocular, me conducen á clasificarle como un caso de Mutismo histórico.

Es verdad que no presenta otros estigmas históricos; pero además de que esto no es necesario, pues hay formas monosinto-

(1) Fisiopatología de Grasset.

máticas, sí hay una relación positiva entre el ataque convulsivo y la mudez, carácter de mucha importancia según los que de estos asuntos tratan.

En medio de las actuales discusiones acerca de la histeria, de los límites en que la han encerrado, todos admiten el mutismo histérico, como tal manifestación de la gran neurosis. Esta enfermedad del sistema nervioso central (Gil de la Turette) puede pues darnos explicación del caso historiado; y para no cansaros más y terminar, voy á leer unas líneas en que Chacott hace su descripción del mutismo histérico, que á pesar del tiempo ha quedado como clásica y repiten casi todos los libros, nuevos y viejos.

Aunque el enfermo, dice Chareot, haya conservado la ejecución íntegra de movimientos vulgares de la lengua y de los labios, que pueda mover estos órganos con agilidad en todas direcciones, pudiendo soplar, silbar como en estado normal, le es imposible en lo sucesivo articular una palabra, ni aun en voz baja, cuchicheando y lo que es más, ni aun prestando la mayor atención puede imitar los movimientos de articulación que él ve ejecutar. El enfermo está pues, mudo en la acepción más rigurosa de la palabra, en el sentido de que no puede proferir ni un sonido. Yo añadiría que es más que mudo, pues mientras al sordo-mudo vulgar le es posible proferir gritos, aun violentos, el mudo-histérico, detalle particular, es afono, casi siempre de modo absoluto, hasta el punto de no poder emitir el menor sonido ni grito.

Es una afasia motriz pura de origen central, pues en los exámenes laringoscópicos se ha visto que los músculos de la laringe no siempre son atacados de impotencia, y cuando lo están de modo más ó menos pronunciado, el trastorno funcional que resulta de esta paresia ó parálisis no puede dar explicación del conjunto de fenómenos. No estamos conformes con M. M. Marcel y Marinisco, que, fundados en las modificaciones laríngeas por ellos observadas admiten: primero, mutismo histérico simple, sin lesión laríngea; segundo, mutismo histérico con parálisis parcial; tercero, mutismo espasmódico, con contractura de ciertos músculos dilatadores de la glotis ó constrictores, como he observado después de accesos epilépticos. Todo esto no son más que fenómenos concomitantes que juegan quizá un papel de causa ocasional, pero

nada más, pues la voz cuchicheada falta en el histérico, y para este lenguaje hablado y articulado «no hacen falta órganos motores de la laringe», según han demostrado Rozapelly y Bondet, de París.

La sordo-mudez histérica es tan rara, que Lemoine, ignorando el caso de Mendel, parece que no ha encontrado ninguno en la literatura.

Carácter importante: la inteligencia está conservada en el caso que estudiamos, y si no se trata de un analfabeto, inmediatamente coje lápiz y papel para escribir lo que le pasa, de lo que se da perfecta cuenta, contrariamente á lo que ocurre en el afasia por lesión, en el que la inteligencia suele generalmente padecer; no hay además ceguera ni sordera verbal, á no ser que sea sordo; á veces con sordera sensorial histérica, descrita también por Charcot y que tiene los caracteres que presentó en mi caso. Sin embargo el mismo autor señala la posibilidad de casos de mutismo, con cierto grado de agrafias, como también los relata Raymond.

En resumen: la existencia de la afasia histérica es indudable; estos desórdenes afásicos que se presentan como manifestaciones de la neurosis, reflejan habitualmente la tendencia á la disociación, que es común á otras manifestaciones del mismo origen, en particular las anestias histéricas (Raymond).

La más frecuente se presenta como mutismo, que puede ser considerada como una afasia motriz pura (Raymond, Charcot); puede, sin embargo, reproducir las demás modalidades, como sordera verbal, ceguera, etc. y asociarse varias. Su duración es variable; su curso puede ser intermitente, y su terminación, como su comienzo, brusco.

HE DICHO:

13-11-914.—Cesareo Díaz.

Señor Landin.—El caso presentado por el doctor Díaz Empananza, es sumamente interesante; yo tuve ocasión de observarlo y estudiarlo en unión del Sr. Díaz en su clínica del Hospital; creo que se trata de una sordo-mudez histérica del mismo tipo á las que hacen referencia en sus descripciones Oppenheim y

Raymond. Existía el mutismo junto á la sordera, pero el enfermo escribía y leía perfectamente. Yo no he de agregar nada respecto á este caso por hallarme conforme con la interpretación dada por el Sr. Díaz.

Voy á permitirme presentar á los señores académicos una observación personal, de afonía histérica, curada por sugestión.

L. Z., soltera, de 22 años de edad, sin antecedentes patológicos; cuando vino por mi consulta hacía 16 meses que había perdido la voz; fué observada por algunos compañeros y sometida á diversos tratamientos, sin éxito. Estaba bastante anémica, pero un reconocimiento general y especial de su aparato respiratorio; nos permitió asegurar que no existía lesión orgánica aparente. Por el examen laringoscópico, se apreciaba una parálisis doble de las cuerdas vocales; éstas se presentaban flácidas y onduladas. El examen se verificaba muy fácilmente, sin previa anestesia por la insensibilidad faríngea. Ordenando á la enferma para que hiciera esfuerzos con el objeto de obtener algún sonido, podía observarse cómo la glotis permanecía inmóvil, sin cambiar en nada la posición de las cuerdas vocales. Una pinza laríngea podía penetrar en la glotis sin producir espasmo, por lo que fácilmente se deducía que la mucosa estaba insensible.

Era necesario estudiar cuál podría ser la causa de este trastorno bilateral.

La patogenia de las parálisis de las cuerdas vocales, es un asunto muy interesante de la especialidad oto-rino-laringológica, y podía ser objeto de una disertación interesante por alguno de los señores que la cultivan.

Yo voy á tratar el asunto de una manera muy esquemática, ocupándome preferentemente de los fundamentos anatómicos, indispensable para la interpretación de los trastornos fonéticos por parálisis, y la localización del punto donde existe la lesión que los origina.

Recordemos que la laringe tiene dos clases de funciones: una fonética y otra respiratoria.

Dejemos á un lado el papel de la laringe como órgano respiratorio y fijémonos en su importancia fonética.

En las cuerdas vocales podemos considerar tres movimientos distintos: 1.º, tensión de las cuerdas; 2.º, su aproximación, y 3.º, su separación. De la combinación de estos tres movimientos resulta el sonido de la voz.

Para darnos cuenta de cómo se verifican estos movimientos debemos fijar nuestra atención en los siguientes extremos: músculos de la laringe, movimientos que imprimen á los cartílagos laríngeos y, como consecuencia, á las cuerdas vocales, é inervación de la laringe.

Del conocimiento perfecto de estos asuntos, resultará la posibilidad de las deducciones clínicas correctas.

Al estudiar los músculos de la laringe, la anatomía hace una división en músculos extrínsecos y músculos intrínsecos. Son los primeros, aquellos músculos que tienen una de sus inserciones en la laringe y la otra fuera de ella; nos bastará citar sus nombres: externo tiróideo, tirohioideo, constrictor inferior de la faringe y estilo faríngeo.

Los músculos intrínsecos de la laringe son más importantes para nuestro estudio. Se describen en número de once. Uno sólo es impar: el ari-ariténóideo; los demás son pares, y como lo sabéis se denominan del modo siguiente: crico-tiróideo anterior, crico-ariténóideo posterior, crico-ariténóideo lateral, tiro-ariténóideo y ariteno-epiglótico.

El crico-tiróideo anterior, al contraerse, produce un movimiento de báscula en el cartílago tiroides, dirigiéndole hacia adelante y abajo, y, como consecuencia, resulta la tensión de las cuerdas vocales.

Es muy interesante saber qué movimientos producen los otros músculos, y para ello figémonos en el siguiente esquema:

La línea A A' representa el cartílago tiroides; la línea V M, representan esquemáticamente á los cartílagos aritenoides con su apófisis muscular en M y su apófisis vocal en V; las líneas C V, representan las cuerdas vocales.

Los cartílagos aritenoides se articulan con el cricoides, constituyendo una articulación artrodial con su bolsa sinovial y su cápsula articular. Pueden tener tres clases de movimientos: el uno por aproximación de sus caras internas, merced á la contracción del músculo ari-ariténóideo, produciendo como consecuencia la constricción de la glotis. Los otros dos son movimientos de rotación, producidos por los músculos crico-ariténóideos. Los crico-ariténóideos posteriores, al contraerse, llevan hacia atrás y adentro la apofisis muscular del cartílago aritenoides, y como

consecuencia, la apofisis vocal se dirige hacia afuera y adelante, separando las cuerdas vocales. El músculo crico-aritenóideo lateral produce el movimiento inverso, y la aproximación de las cuerdas vocales es su resultado.

Por la acción de los músculos citados tenemos los movimientos de constricción de la glotis y la tensión, aproximación ó la separación de las cuerdas vocales, según los casos.

La parálisis de las cuerdas vocales puede tener un origen miopático, pero en nuestra enferma no había motivo para sospecharlo, pues ya hemos dicho en qué condiciones se encontraba su laringe.

Es útil recordar á grandes rasgos la inervación de la laringe que sirve de fundamento á una serie de deducciones clínicas.

La inervación de la laringe la completan el laríngeo superior y el nervio recurrente; el laríngeo superior nace del ganglio plexiforme del pneumogástrico y se dirige hacia abajo, adelante y adentro, describiendo una curva de concavidad superior; al llegar á la laringe se divide en dos ramas; la una penetra por la membrana tiro-hiodea y se ramifica por la mitad superior de la laringe suministrándole su sensibilidad, y la otra rama inerva el músculo crico-tiróideo anterior, y después perfora la membrana tiro-cricóidea para ramificarse por la mitad inferior de la laringe y proporcionarle también su sensibilidad.

Todos los demás músculos de la laringe están inervados por el recurrente. Como saben Vs., este nervio desciende por el cuello, unido y formando parte del pneumogástrico, llega hasta la parte superior del mediastivo, para desde allí volver á ascender hasta la laringe. El recurrente del lado derecho rodea á la arteria subclavia, y el recurrente del lado izquierdo rodea el cayado de la aorta. Estos datos tienen interés, porque en muchas ocasiones una parálisis recurrencial del lado izquierdo es el primer síntoma de una aneurisma de la aorta, y del mismo modo, una parálisis del recurrente derecho puede anunciar lesiones tuberculosas ganglionares ó del vértice pulmonar derecho.

El nervio recurrente inerva todos los músculos intrínsecos de la laringe, á excepción del crico-tiróideo anterior; además establece una anastomosis con el laríngeo superior, al nivel de la cara posterior del músculo crico-aritenóideo posterior, constituyendo el asa anastomótica de Galeno.

Este breve esquema de la inervación de la laringe no supone más, que el conocimiento de la vía motriz periférica, y, por lo tanto, es insuficiente para la interpretación de todas las variedades clínicas de las parálisis de las cuerdas vocales. Necesitamos, por lo tanto, recordar á grandes rasgos lo que constituye la vía central.

Si seguimos al nervio recurrente hacia arriba, lo vemos penetrar en el surco lateral del bulbo; según unos autores, constituyendo parte integrante del pneumogástrico; y según otros, formando la rama interna del nervio espinal, que es la que se anastomosa con el pneumogástrico. Si queremos penetrar por el surco lateral del bulbo, siguiendo á las fibras nerviosas, las veremos terminar en una serie de núcleos de substancia gris, situados en el suelo del 4.º ventrículo. Estos núcleos no son otra cosa, que las porciones de los cuernos anteriores y posteriores de la substancia gris medular, que han sido disgregados por el entrecruzamiento de las fibras de los haces piramidales.

De esta manera nos damos cuenta de lo que significa el núcleo ambiguo, el núcleo del fascículo solitario y el ala gris.

Todos estos núcleos son centros reflejos, y en ella termina la vía motriz periférica.

La vía central está constituida por los siguientes elementos: 1.º, Tiene su comienzo en la corteza cerebral; 2.º, Termina en los núcleos bulbares antes citados; 3.º, Hay una serie de fibras que ponen en relación los centros corticales con los núcleos bulbares. Una descripción detallada de esta vía central no es necesaria; nos bastará un esquema rápido que nos recuerde su trayecto general, teniendo en cuenta que las investigaciones sobre este particular no han dicho todavía su última palabra.

El centro cortico-fonatorio y cortico-respiratorio parecen reunidos en el cerebro humano; están situados al pie de la 3.ª circunvolución frontal y en la parte inferior de la frontal ascendente. Si seguimos á los cilindro-axiles de las neuronas de estos centros en dirección de los núcleos bulbares, las vemos ocupar sucesivamente, primero, el centro oval; después, la rodilla de la cápsula interna; después penetran en el pedúnculo cerebral, situándose en su tercio medio, entre el fascículo de la afasia y el fascículo piramidal; llegan á la protuberancia, colocándose por detrás y por delante del fascículo piramidal; se entrecruzan con las del

Id o opuesto en forma tal, que las fibras procedentes de los centros corticales del lado derecho van á terminar á los núcleos bulbares del lado izquierdo.

Los señores académicos perdonarán esta pequeña digresión anatómica; es necesaria para una serie de deducciones clínicas que tienen en la Anatomía sus más sólidos fundamentos.

Toda lesión unilateral de la vía nerviosa motriz de la laringe irá seguida de una parálisis que también será uni-lateral, pero con caracteres distintos, según el punto donde esa lesión radique. Cuando la lesión interesa los centros corticales ó las fibras que de ellos nacen, antes de que estas fibras se entrecrucen en la protuberancia, tendremos como consecuencia una hemiparálisis laríngea, cruzada, con relación al punto en que la lesión radica; es decir, una parálisis de la mitad de la laringe del lado opuesto.

Quando la lesión radica en los centros bulbares ó en la vía motriz periférica, la parálisis será del mismo lado; es decir, directa. Pero tengamos en cuenta, que si la lesión radica en los núcleos bulbares, interesará simultáneamente muchos núcleos por estar muy próximos, dando lugar al síndrome de la parálisis labio-gloso-laríngea. Si interesa las fibras del recurrente antes de su separación del espinal, estarán paralíticos, además de los músculos de la mitad laríngea de ese lado, los músculos inervados por la rama externa del espinal, es decir, el externo-cleido mastoideo y el trapecio.

Si el pneumogástrico está lesionado después de su anastomosis con el espinal, pero antes del nacimiento de los filetes faríngeos, se observará, al mismo tiempo, una hemiparálisis laríngea, una parálisis de la mitad del velo del paladar y la faringe (es decir, el síndrome de Avelis). Si la lesión está situada por encima del punto de emergencia del nervio laríngeo superior, se combinará con la hemiparálisis laríngea una hemianestesia de la misma. Por último, si la lesión interesa al recurrente, sólo tendremos la hemiparálisis recurrential típica.

Pero fijémonos que siempre una hemiparálisis y nunca una parálisis de los dos lados. Recordemos que el punto más cercano de los nervios del lado derecho y el izquierdo se encuentra en el entrecruzamiento de sus fibras en la protuberancia, y en nuestra enferma podemos excluir toda sospecha de una lesión protuberancial. Tampoco en su cuello ni en el mediastino superior pre-

sentó nada anormal que explique una lesión bilateral. Necesariamente tuvimos que pensar en una neurosis, en el histerismo tal vez, para explicarnos la parálisis vital. Agregamos que existen zonas anestésicas en uno de los brazos y en una de sus piernas; que además nos dicen que el campo visual está estrechado y que parece notarse aunque no muy clara la discromatopsia. Su carácter es impresionable; confiaba en nuestros procedimientos para curarla sin el menor asomo de duda. No en vano se ha dicho que el histerismo está caracterizado por una exageración morbosa de la afectividad.

Nuestro cuidado é interés por su padecimiento, nos hizo dueños de sus afecciones y de su voluntad; tras unas series de sesiones preparatorias, un día, provocamos en un intento de hipnosis, un estado de sugestionabilidad que fué oportunamente aprovechado para ordenarla hablar, haciéndole contar desde el 1 al 30, y asegurándoles, que antes de llegar á este número hablaría con el tono normal.

El éxito fué completo, y algunos de Vds. que conocen á mi enferma pueden comprobar como desde hace un año no ha vuelto á perder la voz.

Landín.



Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

CURSO DE 1913 A 1914

PREMIO DEL DOCTOR CAMIRUAGA

En el plazo reglamentario entregó el Secretario que suscribe á la Junta del premio seis Memorias que, sobre el tema «Estudio acerca de la Tripanosomiasis», se habían presentado. Estas seis Memorias son las siguientes:

- 1.^a Lema «Los errores en Medicina enseñan más que los éxitos».
- 2.^a Lema «Higia pecoris».
- 3.^a Lema «Beständigkeit».
- 4.^a Lema «1914».
- 5.^a Lema «Géminis».
- 6.^a Lema «Slepig Sickness».

Las Memorias fueron escrupulosamente leídas por el Jurado que, después de un detenido examen de todas ellas, condensó sus apreciaciones en el siguiente oficio que remitió á la Academia y que fué leído en la sesión del 13 de Noviembre de 1914:

«Los que suscriben, miembros de la Comisión nombrada para emitir dictamen acerca de las Memorias presentadas para optar al premio del doctor Camiruaga, correspondiente al Curso de 1913 á 1914, sobre el tema «Estudio acerca de la Tripanosomiasis», después de detenido examen acuerdan por unanimidad conceder el premio al lema «Géminis» y el accésit al lema «Beständigkeit». Lo que tienen el honor de comunicarle para los efectos consiguientes.

Bilbao, 10 de Noviembre de 1914.—*Cándido Zuazagoitia.*—*Julio Laguna.*—*Martín Ciga.*

Señor Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.»

Abiertos los sobres de los lemas «Géminis» y «Beständigkeit», que contienen los nombres de los autores premiados, resultaron contener: el primero, una tarjeta á nombre de D. Rafael Ruiz Rodríguez, médico, domiciliado en Bilbao, calle del Correo, 7, 2.º, y el segundo, otra tarjeta con el nombre de D. Luis Figueras Ballester, médico de la Armada, miembro corresponsal de las Reales Academias de Medicina de Zaragoza y de Murcia, domiciliado en El Ferrol, calle Cárcel Vieja, 2, 2.º

En su consecuencia, y según las condiciones del Concurso queda otorgado el primer premio, consistente en 250 pesetas, al Sr. D. Rafael Ruiz Rodríguez, y el segundo, que consiste en un diploma honorífico, á D. Luis Figueras Ballester. Además, ambas Memorias se imprimirán en el periódico de la Academia, la GACETA MÉDICA DEL NORTE, (pues la situación económica de la Academia no la permite hacer una tirada especial) y se entregarán al autor de la primera Memoria 15 ejemplares y cinco al de la segunda.

Cumpliendo asimismo la tercera condición de las bases para el Concurso, los trabajos no premiados serán sellados hoja por hoja y quedarán de propiedad de sus autores, y si no se recogen en un plazo de treinta días, á contar desde la fecha de publicación de esta nota en la GACETA MÉDICA DEL NORTE, serán quemados con el sobre que contenga el nombre de su autor.

A propuesta del Sr. Unibaso se concede un voto de gracias á la Comisión encargada de conceder el premio, y se acuerda constar en acta semejante concesión.

El Secretario General,
C. MENDAZA.



MINOT

Acaba de fallecer en Boston (Estados Unidos) el ilustre profesor Charles Sedgwick, una de las figuras contemporáneas más relevantes en el campo de las ciencias biológicas.

Era catedrático de Histología y Embriología en la Universidad de Harvard y fué uno de los sabios norteamericanos que con motivo del intercambio de profesores entre los Estados Unidos y Alemania pronunció una serie de brillantísimas conferencias en la Universidad de Jena. Asistieron a varias de estas conferencias los Duques de Sajonia, y versaron sobre *La nueva doctrina celular*, *La citomorfosis*, *la teoría de la inmortalidad*, *El desarrollo de la muerte*, *La determinación del sexo* y *El concepto de la vida*.

Estos trabajos, que se distinguen por la profundidad del pensamiento y la claridad de la exposición, acaban de traducirse al castellano, siendo de lamentar la triste coincidencia de la muerte de Minot con la aparición de la única de sus obras que se ha publicado en nuestro idioma.



BIBLIOGRAFÍA

“Conferencias prácticas acerca de la alimentación de los niños de pecho”, por el Dr. P. Nobecourt, Profesor agregado á la Facultad de Medicina de París, médico de los hospitales.

La casa A. Prinat, de París, ha publicado en castellano estas «Conferencias», que merecen ser leídas.

En efecto, si como dice el Profesor Hutinel, es el prefacio de este libro, tal médico, que se avergonzaria de no saber tratar una fiebre tifoidea, no siempre sabe qué dosis de leche conviene á un niño en los primeros meses de su vida, y en esta obra se dan reglas bien precisas y claras conducentes á este objeto, resulta más que evidente la necesidad de aprenderse de memoria cuanto se detalla en estas conferencias.

El Dr. Nobecourt, profesor agregado de Pediatría, en la clínica de Hutinel fué encargado de la enseñanza de la higiene infantil, y en ta, sentido cada semana da, en la Clínica de los niños enfermos, «conferencias» muy apreciadas por el numeroso público que asiste. Algunas de estas conferencias, resumidas con las contenidas en este libro, y en ellas hallará el lector, expuestas con sencillez y precisión todas las nociones que un médico debe poseer, si quiere dirigir con tino la cría de los niños de pecho. (Hutinel).

La obra consta de 15 conferencias, y para que el lector se forme dea de las materias contenidas en ella.

