

Junta general ordinaria del 29 Octubre de 1888.

Presidencia del Dr. Magraner.

S.  
Magraner.  
Barba.  
Gualter.  
Villarussa.  
Utrieri.  
Luisi.  
Vidal P.  
Maschi.  
Olmos.

Con asistencia de los sus anotados al margen, abrióse la sesión a las seis y media de la tarde, y leído el acta de la anterior, fué aprobada.

Leyóse la siguiente acta aprobada de la Sesión de Ginecología y Pediatría, correspondiente al 6 Marzo de 1888.

Bajo la presidencia del Dr. Gaudela, abrióse la sesión a las seis de la tarde, y leído el acta de la anterior, fué aprobada.

Comedida la palabra al Dr. Wüden, comenzó manifestando que por la índole de la especialidad que cultiva y estimulado por los brillantes trabajos del Dr. Reuz Juster acerca del raquitismo, sífilis infantil y afecciones de los huesos en la infancia, ha despertado en él el deseo de tratar exclusiva y extensamente de la primera de dichas afecciones, esto es del raquitismo.

Principio por definir la enfermedad diciendo que es una distrofia constitucional del esqueleto, especial en la primera infancia, caracterizada por un estado particular del sistema óseo y con frecuencia por una degeneración albuminóidea de diversas partes del sistema glandular, y dependiente, en la generalidad de las veces, de malas condiciones higiénicas.

Manifestó que fué conocida en Inglaterra desde hace muchos tiempos con el nombre de the rickets que significa joroba; en Alemania con el de enfermedad inglesa; pero que hasta Whistler en el año 1648 y Glisore en 1680 no fué descrito de una manera formal y detallada.

Citó los nombres de los autores que han hecho progreso en el conocimiento de dicha enfermedad y han profundizado en los diversos puntos de ella, sobre todo en su patogenia; entre ellos Haller, Boerhaave, Van Swieten, Lisveney, Portal, Boyer, Breges, Ruffz, Ed. Beylard, Kauski, Proca, Guérin, Friedleben, E. Voit, Ragner y otros.

Respecto a la etiología del raquitismo dijo que puede desarrollarse en el feto y al nacer, denominando al primero raquitismo

fetal y congénito al segundo, por mas de que son muy raras.  
Todas las causas de desnutrición orgánica de los parientes, ta-  
les como la escrofula, la sífilis, el alcoholismo, la esterilidad  
de la madre por embarazos repetidos, lactancias muy prolongadas,  
padres anémicos y madres profundamente cloróticas, etc. las  
considero como predisponentes para el raquitismo.

La edad mas abonada y la generalmente admitida por los  
médicos pediatras para el desarrollo del raquitismo, dijo que  
ocurre entre los 12 y los 18 meses, de modo que su aparición  
coincide con el periodo de la primera dentición. En los  
niños amamantados artificialmente suele ser su aparición  
mas precoz; del segundo al tercer mes.

Dijo que se han citado casos de aparición tardía, tales como  
en la época de la pubertad; sin embargo de ser posible es-  
to porque la ossificación del esqueleto no está terminada, has-  
ta los veinte y dos años, es bastante rara a partir de los tres  
o cuatro años.

Citó la opinion del Dr. Parrot el cual admite identidad en-  
tre la sífilis hereditaria y raquitismo, siendo este una mani-  
festación terciaria de aquella, y al efecto recueto el disertante  
la viva discusión que suscito la opinion del Dr. Parrot en  
la reunion de Pediatría del Congreso internacional de Londres.  
En ella, los distinguidos pediatras, entre los cuales estaban Taw-  
bi, Douchnut, Stephenson, Girard y otros, sobre todo este último, ne-  
garon toda relacion entre las dos enfermedades, refiriendo de paso  
la estadística del Dr. Demme en la que resulta que de 748  
niños raquíticos, la herencia sífilítica o tuberculosa se com-  
probó unicamente en rarísimos casos, de modo que solo con-  
sidero a la sífilis como una de las múltiples causas del  
raquitismo.

Manifiesto al Dr. Mieser que lo que generalmente se admite  
por todos es que el raquitismo precoz aparece con frecuencia  
en niños sífilíticos al tercer o cuarto mes del nacimiento, ex-  
plicando este hecho por los trastornos de la digestión y de la  
asimilación que son los precursores ordinarios de la sífilis he-  
reditaria, viéndose a faltar o desaparecer al mismo tiempo  
que el raquitismo cuando el niño progresa al pecho de una

bueno nodriza.

Respecto a los países que con mas frecuencia existe el raquitismo cito a Europa, América y varios puntos del Asia con preferencia a los países no civilizados, hasta el punto que en la mayor parte de estos es desconocido por ser so- metidos sus niños a la lactancia materna prolongada, pues la alimentación prematura, la lactancia artificial o mixta y el destete brusco y precoz predisponen frecuentemente al raquitismo. Igualmente tambien los países fríos y húmidos.

Termino el Sr. Wieden lo relativo a la etiología, diciendo que la verdadera causa del raquitismo es todavía desconocida; sin embargo los niños mal alimentados que, a consecuencia de una nutrición viciosa, han sufrido un catarro intestinal de larga duración, se hallan muy especialmente predispuestos a dicha enfermedad.

Agrego que el raquitismo puede tomarse asiento en casi todos los órganos y aparatos de la economía, pero que los huesos son los que con mas frecuencia sufren un ataque; que el orden de frecuencia y acentuación de las lesiones de estos son los del cráneo en los niños de pecho, los del brazo, piernas y las costillas, en los de mas edad y ultimamente la columna vertebral, la pelvis y los femures, los cuales escapan raras veces; que los puntos mas gravemente invadidos son aquellos en que el trabajo de osificación se verifica con mas actividad; que en los huesos atacados de raquitismo se observa el abultamiento de las epífisis, el engrosamiento y distension de las capas subperiosteicas, la abundancia de sangre en las porciones osas, la flexibilidad y blandura de los huesos.

Cito los análisis químicos practicados por Lehmann, Barrohan, Nibel, Dorst, Guet, Russell con los que se ha comprobado que en los huesos enfermos disminuye considerablemente la materia inorgánica; manifestando ademas que estos disminuyen de peso y que por efecto de estos cambios, los huesos quedan blandos y se vuelven lásticos y flexibles.

Sobre las lesiones microscópicas de los huesos raquíticos, dijo que

son todavía objeto de controversia, pero, sin embargo, llama la atención la excesiva multiplicación de las células del castilago en la capa proliferante.

La calcificación y osificación se efectúan con irregularidad. En el perostio se descubren procesos análogos a los de las epífisis, estando engrosada la capa osteoblástica interna.

Las demás partes del organismo atacadas por esta enfermedad, son: las fibras musculares que están pálidas, transparentes, desorganizadas y sin alteración grasosa; el tejido pulmonar, el cual es asiento de enfisema que resulta de la distensión exagerada de las vesículas, por el aire; las glándulas simpáticas, el hígado, los riñones, el corazón y el timo que pueden ser atacados de degeneración amiloidea.

Manifiesto que estas lesiones anatómicas-patológicas se observan después del cuarto año de existencia de la enfermedad, mediando las alteraciones del tejido óseo a estas y muchas veces terminando por la destrucción completa del tejido óseo que es lo que constituye, aunque raramente, la consunción raquíctica.

A veces se resorbe, aunque con lentitud, el tejido esponjoso, permitiendo recuperar a la osificación su evolución normal, terminando así por la salud.

Respecto a la patogenia cito y exploro las diferentes teorías propuestas por los autores para explicar el raquíctismo; distinguiendo ante todo dos órdenes de hechos en las alteraciones raquícticas: 1.º Los procesos de proliferación y vascularización excesiva y 2.º La irregularidad y deficiencia de la calcificación.

Marchand partiendo del hecho acreditado por la experiencia de que muchos niños raquícticos empiezan por padecer diarreas que duran largo tiempo antes de que aparezcan las alteraciones en los huesos, explica este hecho por un exceso de ácido láctico producido por la fermentación de la leche y los desórdenes digestivos, el cual, penetrando en la sangre y en los jugos que mantienen en disolución las sales calcáreas, impide su precipitación en los huesos.

Hilkenham ha conseguido provocar el raquíctismo en los animales mediante la introducción continuada de ácido láctico en inyecciones subcutáneas.

Senator ha querido demostrar que la presencia del ácido carbonico en los tejidos podria intervenir del mismo modo que el ácido láctico.

German se funda en la deficiencia de absorcion de sales calcáreas por el intestino, comprobando su presencia en las heces fecales.

Hassowitz dijo en el Congreso internacional de Londres en 1881 que el proceso raquíctico no consistia en la falta de sales calcáreas en los huesos, sino en la inflamacion crónica de sus superficies yuxtapuestas.

Dr. Eickhorst explica la enfermedad por trastornos de asimilacion consentivos a la perversion de los procesos nutritivos ó a otras causas generales; afeccion inflamatoria local de los cartilagos epifisarios; deficiencia e irregularidad de la calcificacion a causa de la pobreza en sales calizas de los tejidos y del estado inflamatorio de los cartilagos.

Fischer de Trieste admite la hipótesis de que la afeccion ósea de esta enfermedad podria ser la expresion de alteraciones de ciertos centros del sistema nervioso, de sitio y naturaleza todavía no precisados. El oratorante hizo suya esta hipótesis, apoyándola en la insuficiencia de las leonias hasta ahora admitidas para explicar la patogenia del raquíctismo, y para demostrar su acerto citó las bases en que se apoya.

Levantose la sesion a las ocho y media de la noche, quedando en el uso de la palabra el Dr. Wieden.

Lejose la siguiente de la misma sesion, correspondiente al 7 de Abril de 1888.

Bajo la presidencia del Dr. Candela, abriose la sesion a las seis y media de la tarde, y leida el acta de la anterior, fué aprobada.

Concedida la palabra al Dr. Wieden, continuo su disertacion sobre el raquíctismo.

Antes de los síntomas dijo que no es siempre posible reconocer la época precisa de la invasion del raquíctismo por la variedad de los síntomas que le constituyen. Manifestó que esta dolencia va precedida casi siempre de un periodo de incubacion en el que se aperciben gachos-enteritis crónicas, bronquitis, pul-

monías tubulares. Mas como los síntomas prodromicos son mas insidiosos, tales como tristeza, abatimiento, repugnancia al movimiento, dolores en las articulaciones y en el trayecto de los huesos largos; sudores durante el sueño y en cualquier ejercicio; accesos febriles; alteracion de las funciones digestivas de manera que tienen poco apetito, mucha sed, abundante diarrea y vómitos meteorizados; orinas abundantes, pálidas, ligeramente turbias y sedimentosas, durando este periodo de uno a tres meses en unos, en otros de cinco a seis segun su mayor ó menor gravedad.

Una vez iniciada la enfermedad, se observa en el enfermo; mal humor, irritableidad de caracter, apetito caprichoso, desórdenes intestinales pronunciados, las excreciones son fétidas y de color plomizo, sed, hinchazon de vientre debido a la disminucion del tórax y a la debilidad muscular del abdomen, a la flatulencia ó a la hipertrofia del higado y bazo; fiebre ligera, sensibilidad e hinchazon de las articulaciones, sobre todo en las de la muñeca y los pies; al mismo tiempo aumentan de volumen los huesos en su vecindad a las articulaciones, persistiendo sin oñificarse las fontanelas, las que persisten muchas veces abiertas hasta el final del tercer año.

Afirmo que la enfermedad tiene su principio y asiento particularmente en las epífisis de los huesos largos, en las costillas ó en los huesos del cráneo; disminuye el cuerpo y queda voluminosa la parte superior de la cabeza, contrastando sus grandes dimensiones con la pequenez de la cara, pálida, y adelgazada que presenta una forma alargada en sentido vertical, constituyendo la dolicocefalia. La frente está prominente, los ojos brillantes, movibles y su mirada es triste y expresiva. Tienen generalmente la inteligencia despejada y responden con claridad a las preguntas que se les dirigen. Las suturas se forman con mucha lentitud, presentándose con frecuencia deprimidas. Algunas veces se aprecian, mediante el tacto, unos puntos blandos, facilmente depresibles que producen una sensacion parecida a la del pergamino; espucialmente en la region occipital y al rededor de las suturas, denominando este sintoma craniotales de Osower, siendo

con mucha frecuencia uno de los signos mas inequívocos del raquitismo cuando el desarrollo de la afección ha llegado a un alto grado.

Como síntomas de significación secundaria menciono la aspereza de los cabellos y la caída de estos en la parte posterior de la cabeza, siendo efecto esta caída, segun Ho Eichhorst, de la permanencia continuada en la cama apoyando la cabeza sobre el occipucio y a los sudores copiosos de la misma.

Como síntoma de particular importancia consideraban los antiguos el ruido de soplo sistólico en el cerebro, llamado soplo cefálico, descubierto por Fisher de Boston, y que se percibe con mas claridad en la gran fontanela, ruido isocrono con el diástole de las arterias; sin embargo no tiene significación absoluta para el diagnóstico del raquitismo por haberse comprobado su existencia en muchos niños sanos y no haberse apreciado en multitud de enfermos de raquitismo.

El volumen de la cabeza no aumenta sensiblemente cuando el raquitismo se desarrolla en niños cuyas fontanelas estaban ya ossificadas, presentando el cráneo gran número de abolladuras.

Las alteraciones de los huesos maxilares son: acortamiento de diámetro antero-posterior de la curva formada por el maxilar inferior; el borde alveolar dirigido hacia dentro en vez de ser vertical y el borde inferior de la mandíbula se dirige hacia afuera. La curva del maxilar superior, en vez de ser regularmente parabólica, se parece a la sección de una pera con su pequeña extremidad dirigida hacia delante; el borde alveolar dirigido hacia fuera. El Sr. Stantke declaró haber observado varios casos de igual naturaleza en una niña de 7 años y en otros de menor edad. Estos síntomas coinciden con los del cráneo, siendo una de sus manifestaciones mas precoces. Los dientes comprimidos por falta de sitio, salen con una irregularidad y unos encima de los otros, estando dirigidos los del maxilar superior hacia fuera y los del inferior hacia dentro. La influencia del raquitismo en la dentición se da a conocer:

por retardó en la aparición de los primeros dientes, por la duración anormal de los intervalos que separan la aparición de los dientes de leche, y en la calidad de estos mismos.

Acerca de las deformidades del tórax, séntase en primer lugar el llamado rosario raquíptico que se compone de nudosidades que se observan a cada lado del esternon y que corresponden a las extremidades anteriores de las costillas y al ángulo ligeramente saliente de las articulaciones condro-costales; signo patognomónico de la enfermedad.

La cavidad del tórax es menuda y se presenta aplastada por los lados. El esternon fuertemente dirigido de delante hacia atrás, mientras que los cartilagos costales coblandose mas ó menos por detrás de este dan al pecho una forma particular parecida al pecho de pájaro ó a la quilla de un bazo.

El diametro longitudinal del tórax se acorta y en la reunion de las falsas con las verdaderas costillas existe una retraction en forma de cinturón.

El Dr. H. Richhorts ha demostrado que la reunion transversal en los raquípticos afecta la forma de una pica, cuyo pedicelo está dirigido hacia delante y la base hacia atrás. Los pulmones, estan oprimidos por encontrarse disminuida la capacidad torácica y por consiguiente se dilatan con dificultad, produciéndose con frecuencia el enfisema.

La columna vertebral, aunque raras veces es atacada, sin embargo se dobla con mas frecuencia hacia delante (cifosis); siendo menos frecuente la lordosis y la escoliosis.

Expuso algunos datos relativos a la compresion dada por el Dr. Dubois, el cual refiriéndose a las alteraciones raquípticas, dijo que las desviaciones eran producidas por la atrofia de determinados músculos laterales de la espalda y pecho que por la contraccion espástica de los contrarios y dada la debilidad venia que los primeros oponen a los segundos, se dejan arrastrar juntamente con sus inserciones óseas; de ahí la forma de pecho de pichón y la dificultad é insuficiencia de la hematosis.

Los huesos de la pelvis, cuando son atacados, tienen gran importancia en las mugeres por lo que se relaciona con las



funciones de generacion y sobre todo en el acto del parto.  
Cito las deformidades de que pueden ser asiunto estos y las diferentes formas que pueden afectar.

El abdomen está generalmente muy abultado (vientre de rana).  
El hígado y el bazo inflatados, adquiriendo un volumen 2 ó mas veces mayor que el normal; la pared del vientre muy sonora, gracias al meteorismo de que es asiunto; el apetito perturbado; son casi constantes los trastornos en la digestion, entre estos las enteritis catarrales; en el examen quimico de las heces fecales se ha encontrado aumentada la cantidad de cal, pero sin mayor eliminacion de fosfatos; la orina, de color amarillo pálido, presenta variaciones muy marcadas en cuanto a su cantidad y peso especifico; y por el analisis quimico se ha demostrado que la cantidad de urea excretada no presenta alteracion alguna constante; la de los cloruros disminuye y la de los fosfatos no está bien determinada.

La flexibilidad de los huesos está aumentada y disminuida su solidez de tal manera que son fáciles las fracturas. La incurbacion de los miembros inferiores es mas fácil en los niños que ya andaban durante el periodo de reblandecimiento que en aquellos que han sido colocados en posicion horizontal. En los niños pequeños que andan arrastrándose por el suelo, las deformidades se ceban en los miembros superiores.

Sobre las humefacion de las epífisis dijo que invaden habitualmente y en primer lugar a los miembros inferiores. Las del cuerpo son mas tardías, dándose el nombre de nudosidades a estas humefaciones de las estremidades.

Acompañan con frecuencia a estas alteraciones vivos dolores, cuando la enfermedad es intensa.

La consistencia del tejido óseo disminuye notablemente, de ahí las fracturas tan frecuentes en los niños afectados de raquitismo, producidas segun Keimer por el adelgazamiento de las capas corticales de los huesos y en algunos casos por la simple traccion muscular, y sobre todo por la carga que les imponen prematuramente a las estremidades muy débiles de estos

ner el peso de todo el cuerpo.

A causa del reblandecimiento explican todos los autores la curvatura de los huesos largos en un punto de su diáfisis, pero el Dr. Federico Rubio dice que jamás lo ha comprobado, antes al contrario, le han parecido siempre mas duros que en el estado normal, para lo cual cito varios casos prácticos observados por el citado Dr. junto con el Sr. Martínez y entre ellos el caso en que se practicó una resección de un trozo de tibia que fué indicada por la curvatura en ángulo de la diáfisis del hueso nombrado, en su tercio inferior y reayendo en los que se pudiera decir tipo perfecto de raquitismo osteomaláctico, y sin embargo recordaba á los que habian asistido á la operación que el hueso estaba extraordinariamente duro hasta la corta edad de la patiente. El Dr. Rubio explica la curvatura de los huesos, no por el reblandecimiento de estos, sino por las tracciones irregulares y constantes de los planos musculares. Con el objeto de reforzar mas su opinion recuerda la disposicion en que se encontraba el pie de la niña anteriormente citada, esto es el talon dirigido hacia fuera y atras por la contraccion espasmodica del tendon de Aquiles y falta de resistencia oponente. El siguiente experimento al alcance de todo, explica el estado mecanico: se coge un baston y se ata una cuerda por sus dos extremos y retorciéndola á fin de que se avante el diametro longitudinal, la diáfisis del baston como punto de menor resistencia se irá doblando tanto cuanto se lo permitan su flexibilidad y resistencia.

Termino el Dr. Wieden lo relativo á los síntomas explicandome el porqué los huesos, á pesar de aumentar la sustancia orgánica, son mas frágiles, diciendo que por efecto del vicio de nutricion con que se inicia el raquitismo, aparece bien pronto la anarquía en la ossificación, mas tarde esta se paraliza mediándose cambios muy pronunciados en el tejido compacto y esponjoso y sus alveolos ensanchados se llenan por vasos de nueva formacion; de aqui aumentada la porosidad y conservando cierto grado de dureza, se explica la fragilidad.

Levantóse la sesion á las ocho y media de la noche, que-

Jauro en el uso de la palabra el Sr. Wieden.

En el curso ordinario, fueron propuestos y admitidos socios correspondientes, D. Manuel Navarro Navarro, residente en Montan y D. Cayetano Torres Torres, residente en Segorbe, Licenciado y Doctor en Medicina y Cirujía, respectivamente.

La propuesta de la presidencia acordó haber constar en acta el agradecimiento de la Corporación hacia el Congreso médico de Barcelona por la acogida dispensada a los dignos representantes D. Magraner, Gimeno, Barberá, Gantó y demás socios que fueron presentados por nuestro digno Presidente. También acordó dar un voto de gracias al Sr. Magraner por haber llevado allí la voz del Instituto.

Dióse cuenta de las obras recibidas durante las vacaciones que fueron:

Guadernos 2.<sup>o</sup> de la Enciclopedia de terapéutica general bajo la dirección del Sr. Bismuth.

Libro de actas del Congreso hidrologico nacional. Boletín de Ciencias matemáticas, físicas y naturales de Lisboa, correspondiente al último trimestre de 1887.

Lección de farmacología y terapéutica por el Sr. Motté, socio correspondiente de la Academia de Ciencias de Lisboa.

La moderna cirugía pulmonar. Memoria del curso 1886 a 87 de la Academia de Lisboa.

Parte segunda del Tomo sexto del Boletín de la Real Academia de Ciencias de Lisboa. y

El folleto titulado Giuseppe - Carrillo.

Dióse cuenta del donativo hecho por Sr. Joaquin Rodrigo al Instituto, de las siguientes obras:

La fraternidad = Revista de Medicina, Cirujía y Farmacia en 1886, tres tomos en uno.

La actualidad = Periódico de Medicina, Cirujía y Farmacia y Ciencias auxiliares del 19 Noviembre de 1887 al 26 Diciembre de 88.

Diez y seis entregas de la Ilustración Médico - Quirúrgica española pertenecientes a los años 1880 - 81.

La actualidad, segunda época = Un tomo del 99 al 60.

Un tomo del Monte médico - quirúrgico, publicado en 1887.

El Boletín de la Corporación desde el año 1870 al 24 de octubre in-  
clusivos, faltando los correspondientes a los años 1881 y 1882.  
Acordóse dar las gracias al donante.

El Dr. Guillen Ferrerín ha visto una entrega de la obra  
relativa a la Sifilia y su tratamiento, presentada a la Cor-  
poración y premiada por la misma en el Concurso último,  
y no creyendo haber sido autorizado el autor por el Institu-  
to para publicarla, puesto que es propiedad del mismo, pro-  
puso se averigüe lo que haya de cierto sobre el particular  
y en caso afirmativo participarle suspenda la publicación  
interim no se le autorice por quien corresponda.

Diose cuenta de un oficio del Juzgado municipal del  
Mar encareciendo a todos los médicos en ejercicio la con-  
veniencia de que den cuenta al registro civil, de los abortos  
y fallecimientos que ocurran antes de cumplir las veinte  
y cuatro horas de edad, para la estadística que se lleva a  
cabo en el Instituto Geográfico, acordóse participar en el ofi-  
cio de contestación que, aplaudiendo como es debido tal  
medida, no puede menos la Corporación que recomendar-  
lo únicamente a sus socios, en manera alguna preve-  
niendo puesto que el Instituto Médico no es una Corporación  
oficial y por ende no cubre en su seno a toda la clase mé-  
dica.

El Dr. Barberá preguntó por la suerte que ha sufrido el album  
que se tenía que regalar al Sr. Birujada, digno Sean de esta  
Bartilán. Contestósele que se pondría la pregunta en conoci-  
miento de la comisión respectiva.

Diose lectura a las cuentas de vacunación del ejercicio 1887  
a 1888, quedando designados los Sres. Landín Fornas, Moreno Ga-  
ballero y Rodrigo para su informe.

Entrando en la orden del día, suspendióse la sesión por breves  
minutos para que los señores socios se pusieran de acuerdo  
respecto al candidato para la redacción del discurso apolo-  
gético del viniente año y habiendo, aquellos, reunido,  
procediéndose a la elección por escrutinio, quedando desig-  
nado por unanimidad D. Luis Uebrian Murgueta.

No habiendo mas asuntos de que tratar, levantóse la sesión.

a las siete y media de la noche.

Salon del Instituto Medico Valenciano 29 Octubre de 1888.

El Presidente

El Secretario de Gobierno.

Mariano Olmos.

Julio Arce

