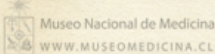


6 Mayo 96.



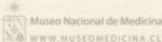
Contribucion al Estudio



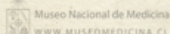
Museo Nacional de Medicina del.

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Raquitismo intra-uterino



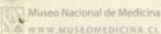
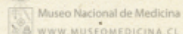
Memoria para optar al grado de licenciado
en la Facultad de Medicina i Farmacia.



por.

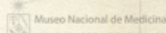
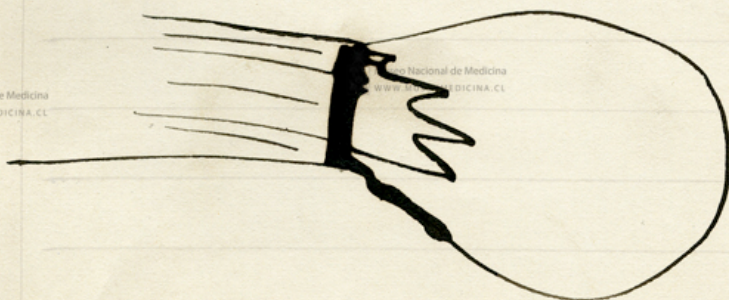
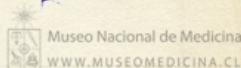
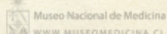
Bernardo Granázaral Ramos.

Abril de 1896.



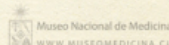
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Introducción

La rara oportunidad que tuve de observar un caso de raquitismo intra-uterino el año próximo pasado en que hice la Clínica obstétrica (1895) me decidió a dejarlo por tema de la presente memoria, contribuyendo a su estudio con las deducciones que ha sugerido a mi criterio. He dicho rara ocasión fundado en que desde 1880 la estadística de la maternidad de Santiago sobre un total de 11.739 nacimientos no registra otro caso en que se haya hecho semejante diagnóstico sino el que fue tema de la memoria del licenciado Don Elias Cordovez, encontrándose publicado en la Revista Médica de 1883 con el título de "Memoria sobre una observación hecha en la maternidad que ha sido calificada de raquitismo intra-uterino negada por Depaul i descrita por una enfermedad especial del sistema óseo." Es un punto de la patología fetal de lo mas interesante científicamente pues tanto su etiología como patogenia ha suscitado numerosas controversias i aun hoy día quedan muchos puntos oscuros, en especial su diagnóstico en el seno materno i no como sucede actualmente que se hace después del parto i frecuentemente post-mortem cuando es irremediable una afección que quizás se hubiere detenido por un tratamiento apropiado. Desde que presentó su trabajo el Sr Cordovez a actualmente han cambiado por completo las opiniones i el considerar la afección dentro



i fuera del claustro materno como dos entidades morbitas distintas es heronca, pues el desarrollo que tomé posteriormente la anatomia patológica ha venido a demostrar que el raquitismo intra i extra-uterino es la misma afección, opinión contraria a la de De Paul.

Para proceder con método he dividido mi trabajo en cinco partes que son:

- 1.^o Relación del feto observado;
- 2.^o Revisión sobre los trabajos que se han publicado sobre raquitismo intra-uterino;
- 3.^o Exposición de los teóricos sobre etiología i patogenia;
- 4.^o Anatomia patológica i
- 5.^o Reducciones personales.

Antes de entrar a este estudio debo hacer constar mis agradecimientos al profesor, señor Adolfo Murillo por haberme sugerido el tema de la presente memoria, guiándome con el tino que le es propio en materias que se relacionan con la creencia tócológica; como poniendo, bondadosamente, a mi disposición su cuantiosa biblioteca.

§ I Relación del feto observado.

Para mayor claridad i mas utilidad de su análisis trataré primero de su anamnesis i en seguida de la descripción del feto en su estado fœtal, como de su esqueleto.

Anamnesis: Mercedes Fúñiga de 43 años, lavandera, natural de Nancagua, casada entró al servicio de la maternidad, ocupando la cama N^o 8 el 10 de

Agosto de 1895 a las 6 $\frac{1}{2}$ P.M. - Tuvo su primera menstruación a los catorce años, fue normal como ha continuado siéndola siempre; su última regla data desde la segunda quincena de Diciembre de 1894, es decir, setata en el sétimo mes de su embarazo.

Es múltipara, ha tenido nueve hijos, de los cuales salvo los dos primeros que han sido de término, los siete restantes fueron abortos entre los cuatro i los siete meses sin causa apreciable para ella; los dos mayores murieron uno a los dos años i otro a los tres por motivos no explicados claramente. Las enfermedades que ha padecido esta mujer han sido ligeras indisposiciones gastro-intestinales en su juventud; neumonía a los veintidos años; disenteria hace cuatro años i como complicación de su embarazo influencia de forma punta con fenómenos gastro-intestinales i traques bronquiales, pero a pesar de haber sido benigna i curar en dos semanas quedó muy debilitada, se sentía defaltecida i a veces tuvo ligeros vértigos, reparándose paulatinamente. - Su último embarazo data desde dieziocho meses. Hice el examen objetivo i no constaté ni sífilis, ni tuberculosis, tiene el aspecto de una mujer sana i bien constituida. El padre que tuve ocasión de examinar lo subjetivamente i muy a la ligera me dió los datos siguientes: es alcohólico; ha tenido chancro indurado único, hace veintidos años; manifestaciones por parte de la piel; dolores osteócopos, caída del pelo i actualmente nota una disminución progresiva de la vision; lo que me hizo presumir con

certidumbre que había adquirido la sífilis que no pude controlar por el examen objetivo por no manifestarse de buena voluntad para ello este individuo, pero el interrogatorio no me dejó la menor duda que era un lúctico. - Al entrar a la maternidad la parturienta ya había tenido dolores regularmente fuertes i continuos desde las ocho de la mañana con pérdida de sangre; se le hizo el examen i se constató: útero desarrollado como en un embarazo de siete meses, su fondo se elevaba a tres traves de dedo por encima del ombligo; los movimientos activos no fueron nunca bien percibidos por la madre; se oían ciento veinte palpitaciones por minuto, regulares i un poco sordas; la dilatación del cuello era de ocho centímetros. A las 7 1/2 p.m. el parto se declara, marcha regularmente i con rapidez; un cuarto de hora después se rompen las membranas i sale bastante cantidad de líquido amniótico, mas que de costumbre; a las 8 p.m. la dilatación era completa i diez minutos después sin más de peso masculino que se presenta de vertice i en O. Y. Y. A. es expulsado. El alumbramiento i el volumen de la placenta eran normales. El trabajo había durado mas o menos seis horas. A pesar que el feto tenía palpitaciones débiles no se pudo establecer la respiración aunque se le prodigaron todos los medios indicados en estos casos. Desde el primer momento

llamó la atención de los presentes la conformación del feto que al presentárselo al día siguiente ante el profesor le diagnosticó de raquitismo intra-uterino, encargándose él que surcibe de su autopsia.

Descripción del feto en estado fero. - Peso 1200 gramos.

Longitud desde el vértice a los talones 28 centímetros, de los cuales seis pertenecen a los miembros inferiores. - Diámetros de la cabeza: occipito mentoniano 12

centímetros, occipito-frontal 10 centímetros; sub-occipito-bregmático $8\frac{1}{2}$ centímetros; bi-parietal 8 centímetros. - El

volumen de la cabeza es un poco grande en relación al pequeño desarrollo del tronco y miembros. - El cerebro en cuanto a su forma, color y consistencia es normal; el líquido cefalo-raquídeo no presenta nada de particular. La cara y órganos contenidos en ella normales. La columna vertebral muy breve

en la porción cervical, haciendo aparecer a la cabeza como hundida en la parte superior del tórax. - El tórax presentaba caracteres particulares, fuertemente aplastado de adelante atrás; el borde inferior de los cartílagos dirigido muy pronunciadamente hacia afuera, manifestándose bajo la

piel, lo mismo que el apéndice cefoideo. Los pulmones pequeños, no habían respirado. El cora-

zón, timo y queros, varos bien conformadas; lo mismo los órganos abdominales, con excepción del hígado que era bastante voluminoso, el intes-

tino grueso contenía meconio. Los testículos no habían descendido a las balcas. Las extremidades muy notables por su poca longitud y volumen;

los movimientos en las articulaciones eran fáciles. El pániculo adiposo bastante espeso. Los músculos bien desarrollados. Las aponeurosis, vasos i nervios no llamaban la atención. La piel i cabellos no tenían nada de particular.

Descripción del esqueleto. Cráneo: diámetros: occipito-frontal 9 centímetros; biparietal $7\frac{1}{2}$ centímetros; sub-occipito-bregmático 8 centímetros; bi-temporal $6\frac{1}{2}$ centímetros, vertical $4\frac{1}{2}$ centímetros; fontanela anterior ancho 3 centímetros, de adelante-ahtras $4\frac{1}{2}$ centímetros; las otras fontanelas i suturas no presentan nada de particular. La orificiación de todos los huesos del cráneo es regular i completa. Cara: en proporción con el cráneo; los huesos maxilares bien desarrollados, regulares i contienen los firmenes dentarios, la frente un poco saliente. — Corac: no es considerable su capacidad. Las costillas i Cartilagos dirigidos hacia afuera; el apéndice xifoides dista de la cara anterior del raquis $2\frac{1}{2}$ centímetros. Las costillas son punti curvas, delgadas en su extremidad raquidiana, comienzan a ensancharse en su parte anterior concluyendo en una punta chajón considerable ahuecada, de donde parte el Cartilago que es delgado. Los espacios intercostales casi borrados, debido a la aproximación de los costillas. — Miembros superiores: Clavículas no llaman la atención por su tamaño, $2\frac{1}{2}$ centímetros de una extremidad a la otra, sin tomar en cuenta la curvatura; la orificiación normal. El húmero incurvado fuertemente sobre su cara anterior que

es muy convexa, las dos extremidades muy hinchadas, las epífisis cartilaginosas; la longitud de una extremidad a la otra, no tomando en cuenta la curvatura, es de 3 centímetros. En el radio i cubito existe una fuerte inflexión para los dos huesos de convexidad anterior, las extremidades son igualmente aumentadas, su longitud 2 centímetros sin la inflexión. La mano cartilaginosa i un poco grande. Pelvis: aplastada en sentido anterior posterior, diámetro transversal 16 milímetros, antero posterior 10 milímetros. — Miembros inferiores: femurs, tibias i perones son muy incurvados en el sentido antero posterior, de convexidad hacia adelante i un poco afuera, las extremidades voluminosas; su longitud sin fémur en cuenta las derivaciones 5 centímetros perteneciendo tres al humero i dos a las piernas. Los pies dirigidos un poco hacia afuera, los huesos no del todo osificados. — Columna vertebral: ligeramente sigfótica en la región dorsal; muy bueca en la porción cervical, por lo demás no tiene ninguna particularidad. El pericordio muy poco grueso i se desprende fácilmente.

§ II Reseña de los trabajos que se han publicado sobre raquitismo intra-uterino

Algunos fetos atacados de esta afección habían sido descritos; pero sin hacer un estudio científico, contentándose solamente con analizarlos sin comentarios tales son los casos de Weber (de Bonn) de Mannsfeld que relaciona el caso de una

ninita que vivió doce semanas, presentando las
 extremidades inferiores muy cortas i que murió de
 eclampsia; Pinel (Journal de Fourcroy) describe
 el esqueleto de un feto raquíctico; Graetzer, Borde-
 nave, Meckel, Frank, Ackermann i otros tambien
 han tenido la ocasión de observar i publicar casos
 de esta afección. Ogiander el año 1807 hizo la his-
 toria de un feto pie' bato que presenta en su es-
 queleto toda la conformación de un raquíctico. Otto
 en 1816 dió a conocer un aborto de cinco meses
 del cual conservaba en su museo una pieza
 que demuestra la producción de esta enfermedad
 durante la vida fetal. Notta (Boletín de la Sociedad
 Anatómica de Paris 1849) tambien relata un in-
 teresante caso. Pero es necesario llegar a Depaul
 para entrar en el verdadero estudio de esta inte-
 rante cuestión; a Depaul es a quien corresponde
 el honor de haber lanzado a la investigación que
 tipera el raquíctismo intra-uterino; despues de descri-
 bir minuciosamente un caso personal que tiene
 íntima semejanza con el que yo he observado,
 de estudiar un esqueleto que poseia tubos i mu-
 chos hasta reunir la suma de cuarenta, entre
 ellos uno que se encuentra en el museo de la
 facultad de medicina de Paris bajo el N.º 514 i
 con este título "feto de termino afectado de hiper-
 trofia raquíctica" dió a luz un interesante traba-
 jo titulado "Memoria sobre un enfermedad espe-
 cial del sistema óseo desarrollada durante la
 vida intra-uterina i que es generalmente descrita



5.

por mi bajo el nombre de raquitismo" (*Archivos de Fecundidad* 1877). Hecho el primer estudio de conjunto se sucedieron los trabajos, enriqueciendo la bibliografía de esta enfermedad. Sorak (*Tratado de Medicina* 1889), Charpentier i Guenot publican sin comentarios nuevos casos. Courtois en una memoria (*Anales de Obstetricia* 1889) quiso establecer una relación directa entre el raquitismo intra i extra uterino. Spiegelberg publica un interesante trabajo en que basándose en el examen histológico concluye por demostrar la identidad del proceso en el raquitismo intra i extra uterino. Panot i Troussier (*La sífilis hereditaria i la raquitismo* 1886) quisieron ligar como causa única del raquitismo a la sífilis. Después el raquitismo intra-uterino entra a figurar en el cuadro general del raquitismo, formando una división que describe generalmente con el nombre de raquitismo congénito. Para terminar esta revista histórica i bibliográfica mencionaré el artículo del gran *Diccionario Enciclopédico de Ciencias Médicas* i la disertación inaugural de Horp (*Raquitismo intra-uterino. Disertación inaugural Königberg* 1887).

§ III Exposición de las teorías sobre etiología i patogenia

El raquitismo fetal o congénito es una afección rara, Paul Guerin ha señalado tres casos sobre 346 enfermos; Chaussier uno sobre 23.193 nacimientos i se que Ritter el raquitismo congénito sería al raqui-



tismo adquirido en la proporción de 3.8 por 100 (D'Es-
pine i Picot. Enfermedades de los niños 1874); sinem-
bargo Kassowitz cree que el raquitismo es frecuen-
temente congénito i Urubuk con Schwartz pretenden
que lo es siempre, este último ha notado lesiones
costales i craniales en el 75 por 100 de recién naci-
dos en la Clínica de Viena (Tratado de Medicina
Charcot-Bouchard. Tomo 1.º 1892). — Antes de en-
tender de las diferentes opiniones que
existen sobre etiología conviene precisar lo que
se entiende por causas del raquitismo, Cam-
longue dice que no conocemos las causas inme-
diatas que obran sobre el organismo para pro-
ducir las lesiones del raquitismo i que igno-
ramos igualmente la naturaleza íntima de su
perturbación patológica; según esto tengo pues
que limitarme a decir cuales son las causas que
predisponen a esta afección. La herencia ha sido
aceptada por unos i negada por otros, Crousseau,
Duges i Gibert la aceptan, Natalis i Guilloz la re-
chazan; veamos lo que dice Depaul "¿No se ve
muchas mujeres que ofrecen trazos incuestionables
de esta afección (raquitismo) llevada en alto grado
dar a luz niños bien constituidos i cuyo desa-
rrollo ulterior se hace con una regularidad per-
fecta? Por mi parte podría citar muchos ejem-
plos que justifican esta opinión i no he encontra-
do uno que le sea contraria." Si la herencia di-
recta i similar no existe para Depaul; tampoco
es admisible la herencia indirecta desemejante, lo

decir la transformación de las enfermedades hereditarias, escrófula, tuberculosis, sífilis lo que es un error pues se ha probado especialmente para la sífilis que es una causa predisponente que juega mayor rol, opinión defendida calurosamente por Parrot, haciéndola exclusiva escribe: "el raquitismo es siempre una manifestación de la sífilis hereditaria, cuya última etapa constituye; manifestación que puede por lo demás aparecer aislada de cualquier otro accidente de la sífilis secundaria o terciaria"; Bouchard le objeta de este modo "considerando, dice, que la sífilis es extremadamente frecuente en las personas acomodadas, mientras que el raquitismo es extremadamente raro en sus hijos i que aun es raro tambien en algunos de sus hijos que presentan signos notorios de sífilis hereditaria; considerando por otra parte que el raquitismo es extremadamente frecuente en los hijos de los pobres i mas particularmente en ciertas regiones cuyo pallacion es bien poco maltratada por la sífilis, estoi tentado a creer, por lo menos le es preciso a la sífilis otra condición auxiliar i que esta causa debe buscarse en una alimentación viciosa". Fournier ha reducido a los siguientes límites la influencia patojénica de la sífilis; el raquitismo, dice, se encuentra en las personas heredo-sifiliticas con una frecuencia que no permite negar cierta relación de causa a efecto entre dicha enfermedad i la sífilis; pero en lugar de aceptar que el raquitismo sea una emana-

ción de la sífilis, el profesor de sifiliografía cree
mas admisible que el raquitismo sea una conse-
cuencia natural del influjo discrásico ejercido por
la sífilis sobre el conjunto del organismo i en
particular sobre el sistema óseo (Recepciones so-
bre la sífilis hereditaria 1886). El embarazo feme-
lin ha sido invocado tambien como causa, de
paul había notado que se observaba general-
mente en estos casos; la madre había podido
contribuir a la calcificación de un esqueleto,
pero era impotente para asegurar la nutrición
ósea de dos niños. — Lewis-Smith atribuye a
Heitzmann el caso siguiente (Enciclopedia Inter-
nacional de cirugía): una mujer que había fre-
cuentemente respirado vapores de ácido láctico i
diariamente durante muchos meses, pues se emplea-
ba en alimentarse animales con esta sustancia, de
embarazo de término sus niños que presentan los
signos del raquitismo. Los huesos del cra-
neo faltaban completamente, los huesos de los
miembros eran pobres en sales de cal i fractu-
rados en diversos puntos. — En fin toda enfermeda-
d aguda o crónica (bronco-pneumonia, fiebre eruptiva,
fiebre tifoidea, diarrea, escrófula, tuberculosis) que
ataque a la madre siendo causa de debilitamien-
to orgánico puede producir el raquitismo intra-
uterino i no sin razón se ha dicho "el mismo
jujo que se encarga de darle la vida le da mu-
chas veces la muerte" refiriendose a los lazos que
unen el hijo a la madre en el embarazo.

Schwartz aconseja como profilaxia el vigilar muy atentamente la salud de la madre durante el embarazo. Para concluir este párrafo diré que Comby (El Raquitismo. Biblioteca Charcot Debove 1892) resume la patogenia del raquitismo en cuatro teorías principales: 1.ª Teoría de Parot: El raquitismo es siempre de origen sífilítico, la alimentación viciosa no produce jamás el raquitismo; 2.ª Teoría nerviosa: El raquitismo es un desorden tóxico de los huesos dependiente del sistema nervioso central. Pommer, Tedeschi i los italianos; 3.ª Teoría alimenticia: El raquitismo es producido por una alimentación viciosa, por una insuficiencia de aporte o de asimilación de sales calcáreas. Guerin, Troussan, Chossat, Roloff etc. i 4.ª Teoría alimenticia i tóxica: El raquitismo es producido por una alimentación viciosa con acción de venenos introducidos o formados en el tubo digestivo, ácido láctico. Bouchard, Feissner, Heitzmann, Baginsky, Comby etc. - Ahora si es cierto que estas lesiones obran produciendo el raquitismo extra-uterino; No sucedería lo mismo ejerciendo su acción nociva sobre la madre influyese indirectamente sobre la salud del feto, cuando se ha demostrado por la anatomía patológica que la afección es única fuera i dentro del útero? El caso que describo vendría en apoyo de esta idea como lo hare ver en las deducciones



§IV Anatomía patológica

Hoy día se tiene la tendencia de considerar el raquitismo no como el resultado de un desorden acaecido en las evoluciones normales de los huesos, sino como una enfermedad general que interesa todos los órganos i todos los tejidos de la economía. Las lesiones macroscópicas son casi las mismas que se encuentran en la descripción del caso observado.

Para evitar repeticiones inútiles, me concretaré a resumir i agregar las alteraciones que no se presentan en mi observación: los huesos de la bóveda del cráneo son ya normales o ya incompletos, como el caso del Sr. Cordovez, en que el cráneo estaba desprovisto del frontal i remplazado por membranas enteramente adheridas al pericraneo. Las suturas i fontanelas son más o menos largas de lo que debían ser. El esqueleto facial no tiene nada de particular. En la columna vertebral hai pocas deformaciones, es rectilínea según Garnier i Budin (Tratado del arte de los partos 1886), sin embargo en el caso observado era sigfóica en la región dorsal i la porción cervical muy corta. Las costillas son a menudo más delgadas que de ordinario, se doblan en su parte anterior juntándose de tal manera que parecen que no existieran los espacios intercostales, como en mi caso i atribuyo a esta lesión probablemente el que no pudiera establecerse la respiración. Las lesiones son sobre

todo acentuadas en las extremidades: los omópla-
 tos afectados frecuentemente de incurvaciones sobre
 su cara anterior, a veces la cavidad glenoidal
 está completamente osificada i llenada; los ca-
 viculas comunmente indemne; pero en el caso
 de Depaul tenía una longitud desmesurada que
 arrojaba los hombros hacia atrás haciendo cabal-
 gar los omóplatos por su borde espinal. Los
 huesos de las extremidades generalmente son cortos,
 presentando los epifisis gruesas, la brevedad en
 parte es debida a la corvatura hacia adelan-
 te siendo en los miembros superiores la cara
 anterior cóncava i la posterior convexa. La pel-
 vis es mas aplastada de adelante atrás como en el
 caso observado por mí, pero no es frecuente, lo
 mas común es que sea normal. Los miembros
 inferiores incurvados influyen sobre la forma i di-
 rección de los pies que pueden tomarse por
 pie bats. Las lesiones del raquitismo son gene-
 rales a todo el esqueleto o parciales a ciertos huesos
 que frecuentemente son los miembros inferiores.
 Los huesos atacados por el raquitismo son ya mas
 osificados que en el estado normal, su canal me-
 dular casi obturado i parecen que no fueran
 formados sino de tejido compacto, a la sim-
 ple vista tienen aspecto eburneo o, ya, mas
 a menudo, los huesos al contrario son blandos,
 flexibles, a penas osificados i el canal medular
 se presenta muy ancho, rodeado de una delga-
 da capa de tejido oso friable. El niño que

de nacer cuando se encuentra en plena evolu-
ción estas lesiones, como sucedía en el que hice
su autopsia o bien curado de ellas i solo con
rastros de la afección como por fracturas e in-
fracturas. En cuanto a las lesiones de histología
patofisiológica Spiegelberg ha demostrado ser los mis-
mos en el raquitismo intra i extra uterino no
teniendo interés para las deducciones que han de
terminar este trabajo no quiero alargarme re-
produciendo lo que dicen los autores puesto que
no los he comprobado en mi caso.
Como he dicho al principio las lesiones óseas
no son las únicas, son las principales o mas
bien dicho las mejor estudiadas: Girou señala
el desarrollo insólito del tubo digestivo lo que
produce el aumento de volumen del abdomen a lo
que contribuye también la estrechez del tórax i yo
agregaría respecto a mi observación al volumen con-
siderable del hígado que según Comby está enfermo
generalmente i Huguenin se precisa diciendo que
está hipertrofiado i grasoso; otros han señalado
la degeneración amiloidea del hígado i yo
que no dió la reacción por la tinctura de yodo
en mi observación. Los ganglios pueden estar hi-
pertrofiados. La masa encefálica es a veces muy
voluminosa i hai hidrocefalia. Los músculos pue-
den encontrarse atrofiados, estar blandos, llegando en
varios casos la atrofia muscular a la pseudo-parálisis: En
fin hoy por hoy no estan por completo determinadas las lesi-
ones del raquitismo en todos los órganos.



§V Deducciones personales.

1.^a El caso que he observado tiene mucha semejanza con el de Depaul. Es un tipo de raquitismo intra-uterino, cuyos lesiones se presentan sobre todo en el tórax i miembros. Las deformaciones tráxicas fueron las que impidieron la respiración, haciendo imposible el juego de esta caja i produciendo la muerte.

2.^a Juzgando por el tiempo que ha transcurrido desde que se presentó otro caso diagnosticado de raquitismo intra-uterino, desde 1883 a 1895, doce años sobre un total de 11.739 nacimientos que se han efectuado en la Maternidad de Santiago en esta época i frecuentando jente menesterosa esta clase de establecimientos como siendo la jente del pueblo la que mas ataca esta afección, según los autores, puede decirse que felizmente entre nosotros el raquitismo intra-uterino es excepcional.

3.^a A la conclusión anterior puede agregarse fundándose en la misma prueba que la opinión de Parrot haciendo causa única del raquitismo a la sífilis es completamente heroica pues en los años que he asistido a los hospitales tanto a los cursos de clínicas como a las visitas me ha convencido que la sífilis es aquí frecuente en la clase pobre i por lo tanto debia producir mayor número de raquíticos en sus hijos.

4.^a La opinión sostenida por Depaul el año 1877. a que se inclinaba el Sr. Bordouy en su memoria del año 1883, considerando la afección

fuera i dentro del útero como dos entidades mor-
bidas distintas hoy día no puede sostenerse, pues
Spiegelberg basándose en la Anatomía patológica
ha probado que no se trata sino de la misma
afección, las lesiones histológicas son las mismas en
los dos casos.

5^a En el caso que sirve de base a esta memoria
hai antecedentes sífilíticos paternos ¿ No sería esta
una causa predisponente? No hai la menor duda
que la sífilis del padre viene ejerciendo su influjo
en el producto de la concepción, mucho antes de
este embarazo. ¿ Si no? Cómo explicar la serie de
avortos que ha tenido esta mujer? A qué atribuir
la poli-mortalidad de sus hijos? La observación
de todos los días ha sentado como una verdad que
generalmente es la sífilis la que produce estos desas-
tres. Agregemos la influencia que padeció la ma-
dre durante su embarazo produciéndole profun-
do debilitamiento; i Bonchard no ha dicho que esta
afección es una causa de desnutrición? Mi opinión so-
bre la etiología del presente caso es atribuir su causa
a la sífilis paterna como causa predisponente, agrega-
ndole la influencia que sufrió la madre durante su em-
barazo; aunque parezca un poco atrevida esta afirmación
por no estar sustentada en muchas observaciones, debido
a la escasez de ellas; el estudio de la opinión de los
diversos autores conduce lógicamente a esta conclusión.
Concluyo creyendo haber hecho cuanto pueden mis
fuerzas para contribuir a un estudio que está lejos
de haber salido por completo de la brevedad i cu



Los problemas no están del todo resueltos.

Santiago, Abril de 1896

Bernardo Trarajara Camoz



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL