

FETO CON ESPINA BIFIDA CERVICODORSAL

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.
En la ciudad.

El caso que voy a relatar observado en el servicio de clínica obstetrical a cargo del señor doctor Miguel Rueda y de la cual era yo Interno, lo creo interesante, y por lo mismo juzgo útil hacerlo conocer de la Academia de Medicina, pues la espina bífida cervical es sumamente rara y es casi siempre huella de espiroquetosis de los ascendientes.

Historia obstetrical.

Betsabé Sandoval, natural de Anolaima, soltera, de veinticuatro años de edad y de profesión sirvienta, entró al servicio el 14 de marzo en trabajo de parto.

Antecedentes hereditarios. El padre sufrió de reumatismo. La madre murió de viruela. Como antecedentes personales tuvo sarampión a la edad de ocho años y últimamente reumatismo y sífilides.

Dice tener diez hermanos, y entre ellos hay una casada que ha tenido dos embarazos terminados por aborto.

Aspecto general. Muchacha de regular estatura, piel trigueña, de cabellos escasos, acusa fuertes cefalalgias.

Aparato digestivo. Lengua roja, limpia.

Aparato circulatorio. Corazón con sus límites normales, palpita con fuerza.

Aparato respiratorio. Normal.

Entró a la sala de maternidad el 14 de marzo en trabajo de parto prematuro. Edad del feto, siete meses.

Examen obstetrical.

Cuello del tamaño de una moneda de 50 centavos. Bolsa buena. Tanto a la palpación como al tacto me fue imposible hacer el diagnóstico de la presentación de cima o modalidad incompleta de nalgas.

Auscultación. Ausencia de ruidos.

El 15 de marzo fui llamado a las dos de la mañana por fuertes dolores que presentaba la parturienta. Se efectuó el parto de siete meses en bloque. Nació un feto muerto, deforme, con espina bífida cervicodorsal, acéfalo y muy mal conformado.

Peso del feto, 1,800 gramos.

Peso de la placenta, 800 gramos. Placenta gruesa, sangrosa, oválar.

Cordón. Cuarenta centímetros de largo. Sumamente grueso, como no lo había visto en ninguno de los pequeños nacidos en el servicio.

Colgajos. Treinta centímetros de largo.

Puerperio. Loquios normales. No tuvo temperaturas elevadas.

Salió de la sala el 23 de marzo.

Presento respetuosamente a la consideración de la Academia el caso de que hago la pre-

sente relación; y adjunto los documentos del examen practicado en fragmentos de placenta y de hígado que tomé y llevé al laboratorio de los doctores Samper y Martínez.

Soy de esa honorable corporación atento servidor.

PLÁCIDO A. SÁNCHEZ H.

*Laboratorio de Higiene—Número 999—Marzo
18 de 1918.*

Señor doctor Miguel Rueda—En su casa.

La reacción de *Wassermann* de la señora Betsabé Sandoval fue positiva.

Somos de usted servidores atentos,

J. MARTÍNEZ

Laboratorio de Higiene—Abril 5 de 1918.

Señor doctor Miguel Rueda—Hospital de San Juan de Dios.

El 15 de marzo se recibió en este Laboratorio un fragmento de placenta de Betsabé Sandoval y la tercera parte de hígado de un feto.

Una parte de ellas se conservó en líquido de *Zenker* y la otra en alcohol con sublimado de Hg.

Histología patológica.

Las secciones coloreadas con azul de *Unna* y eosina dieron lo siguiente:

Hígado: las células hepáticas se observan en islotes separadas por numerosas células del plasma. No hay tejido conjuntivo ni arteritis. —

Placenta: en este órgano llaman la atención las arteritis, que son muy visibles.

Las secciones coloreadas por el método de *Levaditi* para investigación de espiroquetas, fueron todas negativas.

Diagnóstico.

La presencia de numerosas células del plasma indican un proceso inflamatorio, crónico; no habiendo tejido conjuntivo, arteritis o espiroquetas, no es posible hacer el diagnóstico de hígado sifilítico, sino el de una cirrosis de origen infeccioso.

En cuanto a la placenta, sí hay fundamento histológico para considerarla como sifilítica, no obstante la ausencia de treponema.

Para futuras rectificaciones quedan en este laboratorio las secciones bajo el número 6.

Soy de usted atento servidor,

J. MARTÍNEZ

Bogotá, mayo 8 de 1919

Señor Secretario de la Academia Nacional de Medicina.

Presente.

Tengo el honor de devolver a usted con el informe respectivo el trabajo del doctor Plácido A. Sánchez, titulado *Feto con espina bífida cervicodorsal*, que me fue pasado en comisión por el señor Presidente en la última sesión de la Academia.

El trabajo en cuestión se compone de la historia clínica del parto de la madre del feto; de la comprobación en ella de una infección sifilítica por la reacción de Wassermann practicada en el Laboratorio de Higiene; del examen histológico y bacteriológico de la placenta y del hígado del feto practicado en el mismo Laboratorio, y del feto preparado como pieza anatómica para el museo de anatomía patológica de la Academia.

En la observación clínica aparece suficientemente probada la sífilis de la madre por los antecedentes patológicos; la reacción de Wassermann positiva; las dimensiones, peso y examen histológico de la placenta, y lo grueso del cordón. Solamente la investigación del treponema fue negativa.

La sífilis del feto no se pudo comprobar, pues no se encontró el treponema en el hígado, y las lesiones histológicas observadas por los señores Martínez y Samper en esta víscera solamente los llevó a la conclusión de que había un proceso inflamatorio crónico de origen infeccioso.

Es sensible que el doctor Sánchez no hubiera hecho el estudio anatómico de la pieza que presentó para determinar el sitio preciso de la espina bífida, el número de arcos vertebrales ausentes y la forma y constitución anatómica e histológica del tumor.

Es noción clásica que el sitio más frecuente de la espina bífida es la región lombosacra; raras veces se observa en la región cervical y casi nunca en la región dorsal.

Cuatro grados se aceptan en esta deformidad ocasionada por una detención del desarrollo nor-

mal en épocas diferentes de la evolución del feto, y habría sido interesante determinar si se trataba de una simple hendidura vertebral; de un hidrorraquis externo, meningocele; de un hidrorraquis interno, mielocistocele, o de la forma más grave y también la más frecuente que es la extrofia medular mielomeningocele. La circunstancia de tratarse también de un feto acéfalo, según aparece en la observación, hace pensar que sea el último grado de la lesión el que se observe en la pieza anatómica.

Conceptúo que la Academia debe dar las gracias al doctor Sánchez por el envío de su trabajo y de la pieza anatómica, y pasar la observación clínica con los exámenes histológicos y bacteriológicos que la acompañan, a los Redactores de la *Revista Médica* para su publicación.

Soy del señor Secretario muy atento, seguro servidor y colega,

CARLOS ESGUERRA

La Academia aprobó la proposición y dispuso la publicación del trabajo y del informe.