

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

EN TEGUCIGALPA

SOCIOS HONORARIOS

- 1 Dr. V. Mejía Colindres
- 2 Dr. Miguel Paz Baraona
- 3 Dr. José María Ochoa V.

SOCIOS ACTIVOS

- 4 Dr. Camilo Figueroa
- 5 Dr. José Ramón Durón
- 6 Dr. Salvador Paredes
- 7 Dr. Ramón Valladares
- 8 Dr. Ramón Reyes Ramírez
- 9 Dr. Antonio Vidal
- 10 Dr. Héctor Valenzuela
- 11 Dr. Tito López Pineda
- 12 Dr. Alfredo Sagastume
- 13 Dr. Marco Delio Morales
- 14 Dr. Trinidad E. Mendoza
- 15 Dr. Manuel Laríos Córdova
- 16 Dr. Julio Aspuru España
- 17 Dr. M. Castillo Barahona
- 18 Dr. Magin Herrera
- 19 Dr. Carlos Pinel h.
- 20 Dr. José Manuel Dávila

- 21 Dr. Manuel G. Zúñiga
- 22 Dr. Romaldo B. Zepeda
- 23 Dr. Abelardo Pineda U.
- 24 Dr. Pastor Gómez
- 25 Dr. Isidoro Mejía h.
- 26 Dr. Ricardo Alduvin
- 27 Dr. José Jorge Callejas
- 28 Dr. Samuel Molina Gómez
- 29 Dr. Ernesto Argueta
- 30 Dr. Rubén Andino Agullar
- 31 Dr. Humberto Díaz
- 32 Dr. Guillermo Bustillo Oliva
- 33 Dr. Miguel A. Sánchez
- 34 Dr. Francisco Valle
- 35 Dr. Rafael Rivera Lanza
- 36 Dr. Gabriel R. Aguilar
- 37 Dr. Víctor Manuel Velásquez
- 38 Dr. Francisco Sánchez U.
- 39 Dr. Emilio Gómez R.
- 40 Dr. Roberto Gómez R.
- 41 Dr. Justo Abarea h.
- 42 Dr. Manuel Cáceres Viji

EN LOS DEPARTAMENTOS

- 39 Dr. Isidoro Acosta Progreso
- 40 Dr. Pío Suárez Yoro
- 41 Dr. Pompilio Romero Olanchito
- 42 Dr. Guadalupe Reyes Progreso
- 43 Dr. José Martínez O. San Pedro Sula
- 44 Dr. Presentación Centeno " " "
- 45 Dr. Román Bográn " " "
- 46 Dr. Manuel Morales " " "
- 47 Dr. Cornelio Moncada " " "
- 48 Dr. Rafael Martínez V. La Lima
- 49 Dr. Juan V. Moncada La Ceiba
- 50 Dr. Francisco A. Matute " "
- 51 Dr. Tulfo Castañeda " "
- 52 Dr. Gregorio A. Lobo Catacamas, Olanchito
- 53 Dr. Juan F. Mairena Danlí
- 54 Dr. Carlos J. Pinel Choluteca
- 55 Dr. Manuel Corrales San Marcos de Colón

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

56	Dr. Francisco Guillén Aguilar	.....	"	"	"	"
57	Dr. Gustavo Boquín	.....	Comayagua			
† 58	Dr. Lorenzo Cervantes	.....	La Paz			
59	Dr. J. Miguel Zacapa	.....	"	"	
60	Dr. Adán Bonilla Contreras	.....	Marcala			
61	Dr. Rafael Muñoz Cabañas	.....	Matailaca, Gracias			
62	Dr. Luciano Milla Cisneros	.....	Santa Rosa de Copán			
63	Dr. Ramón López Cobos	.....	"	"	"	"
† 64	Dr. Marco Antonio Rodríguez	.....	"	"	"	"
65	Dr. Domingo Rosa	.....	Ocotepeque			
66	Dr. Virgilio Rodezno	.....	"		
67	Dr. Emigdio Mena	.....	Santa Bárbara			
68	Dr. Guillermo Pineda	.....	Trinidad, Sta. Bárbara			
69	Dr. Ricardo Aguilar	.....	Quiriguá, Guatemala			
70	Dr. Arturo Zelaya Z.	.....	Tela			
71	Dr. J. Jesús Casco	.....	"		
72	Dr. Gabriel A. Izaguirre	.....	La Ceiba			
73	Dr. Manuel L. Aguilar	.....	Choluteca			
74	Dr. José Leonardo Godoy	.....	La Ceiba			
75	Dr. José Antonio Peraza	.....	San Pedro Sula			
76	Dr. L. R. Fletcher	.....	Puerto Castilla			
77	Dr. Aristides Girón Aguilar	.....	París			

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Humberto Díaz

REDACTORES:

Dr. Antonio Vidal

Dr. Ricardo D. Alduvín

Dr. Salvador Paredes

ADMINISTRADOR:

Dr. Miguel A. Sánchez

Año III Tegucigalpa, Honduras, C. A., Julio de 1933 | N9 33

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

LOS distinguidos doctores don Juan A. Werner y don Pedro Baldeón, Secretarios de la Asociación Médica Peruana, nos participan en muy atenta nota, la reciente fundación en la ciudad de Lima, de la "Asociación Médico-Quirúrgica Latinoamericana.", bajo los auspicios de aquella noble entidad y de la Sociedad de Cirujanos de Santiago de Chile.

Este paso, de gran trascendencia y de gran significación para el gremio médico hispanoamericano, habla elocuentemente de la elevación de miras y de la **amplía** ideología de que están poseídos sus iniciadores.

De los conceptos de sus mensajes, enviados a 'nuestra asociación, hemos deducido también el saludable optimismo y el justo valor de las edificantes aspiraciones que animan a las sociedades médicas de los gloriosos países de **Chile** y el Perú, que acaban de unirse en estrecho abrazo.

Reconocen, entre otras cosas, que la unidad de acción del elemento médico de Latinoamérica debe realizarse, puesto que; "Ligados por vínculos etnológicos y geográficos, nada más natural que nuestros problemas resulten similares, nuestras tendencias comunes y comunes también nuestras aspiraciones ante los nuevos postulados que rigen a las ciencias médicas: Comprensión, Colaboración y Perfeccionamiento".

Los esfuerzos, pues, de la nueva agrupación, se fincarán en una labor de acercamiento espiritual, acercamiento fraternal, razonado y hondo que encausará a las generaciones médicas-de nuestro continente, a la conquista de su engrandecimiento,...

Como primer paso, se ha acordado la celebración de jornadas médicas que deben de haberse verificado en Lima a mediados del presente mes; y con ésto, no sólo se ha dado principio a la tarea mencionada ya, sino que se ha glorificado también a la figura luminosa de Hipólito Unanue, llamado con justicia el padre de la medicina peruana, de cuya sentida muerte se ha cumplido el primer centenario el 15 de julio del año en curso.

Del resultado de las referidas jornadas, dados los temas que se han propuesto, se derivará la continuación de la notable obra escrita por Unanue: "El Clima de Lima y su influencia sobre los seres organizados, en especial el hombre". Y con esto, nuestras esforzados colegas habrán ganado muchísimo terreno en la resolución de los grandes problemas que implican la geografía médica, la climatología y la higiene social peruanas.

Al llegar a nuestras manos el órgano de publicidad de la nueva falange, en el cual se encuentra el acta de fundación, la daremos a conocer a los lectores de la "Revista Médica Hondureña". Mientras tanto, que reciban un caluroso aplauso los distinguidos compañeros que acaban de iniciar una obra tan plausible, significativa y meritoria.

Un caso de embolia de la artería pulmonar

Por el Dr. S. Paredes P.

En el Hospital "II Policlínico" de esta ciudad, Clínica Quirúrgica del Profesor Alessandri, he visto hoy algo soberbio. Una mujer de 50 años fue operada hace 17 días por cuerpo extraño del esófago (hueso de carnero), consistiendo dicha intervención en una esofagotomía.

Sobreviene una mediastinitis ligera: la temperatura al principio alta desciende y los demás síntomas van desapareciendo. Hoy a las 8, cambio de aposito, no hay pus, no hay temperatura,

la herida está casi cicatrizada,

A las nueve y media, la enferma es atacada súbitamente de un fuerte dolor retroesternal, pulso acelerado y débil, cianosis y disnea. Alessandri hace inmediatamente el diagnóstico de embolia de la pulmonar. Su primer asistente, Profesor Valdoni, es encargado de operarla. La mujer es llevada muerta a la sala operaciones, siete minutos habían durado los padecimientos.

en la oscuridad, y sigue siendo, por lo tanto, objeto de grandes discusiones. Que la influencia de afeciones crónicas anteriores del aparato respiratorio, favorezca la fijación del treponema, parece incierto; aceptándose únicamente como regla práctica que, en las infecciones adquiridas la sífilis pulmonar es tardía, al contrario de lo que sucede en la sífilis hereditaria, la cual afecta el pulmón con una predilección particular aun antes del nacimiento.

Lesiones anatómicas. — Con respecto a las lesiones anatómicas, quiero recordaros que la sífilis, pudiendo asertar en cualquier parte del pulmón, parece que tiene preferencia marcada por localizarse hacia la parte media (Regiones biliares), sobre todo del lado derecho, según afirma Grandidier.

Sus formas principales: la forma **hiperplástica**, la forma gomosa y la **forma esclerosa**. La forma hiperplástica es la lesión característica de la heredosisífilis pulmonar, constituye lo que se llama la *neumonía blanca* de Virchow, forma que no difiere de la hepatización roja de la *neumonía lobar*, más que por su coloración blanca o asalmonada.

La forma gomosa, como su nombre lo indica, se caracteriza por la formación de gomas que evolucionan, ya a la degeneración caseosa o ya a la fibrósis, por reabsorción de las partes de tejido mortificado.

La forma esclerosa puede presentarse bajo dos aspectos: la forma blanda, que constituye un estado evolutivo de la *neumonía hiperplástica*, y la forma dura, que es el tejido cicatricial que probablemente sucede a la primera, produciendo lesiones de endo y periarteritis y tabicando el parénquima pulmonar con bandas fibrosas que por regla general parten del **hilio**. Esta forma, que he mencionado por último, es la que a mi entender predomina en el caso de que me ocupó, y digo *predomina*, porque todos los autores están acordes en que casi nunca se encontrará una **forma** aislada, la regla es comprobar lesiones de carácter mixto; por lo menos, procesos de dilatación bronquial. En grados diferentes se agregan a las lesiones fundamentales

Sintomatología. — La sintomatología de la **sífilis** pulmonar tiene grandes puntos de contacto con la **sintomatología** de la tuberculosis de dicho órgano, de **ahí** que se les confunda tan a menudo, sin que dejen de coexistir en muchos casos. En cuanto a los síntomas funcionales, os recordaré ante todo que la tos, es habitual en las neumopatías sífilíticas, sin que revista por eso caracteres especiales. La expectoración es abundante, mucopurulenta, purulenta y hasta puriforme cuando hay una considerable dilatación bronquial, pudiendo presentarse las vómiticas en dichas circunstancias. La disnea es **un** síntoma que

A NUESTROS LECTORES

Debido a las circunstancias anómala» por que atravesó el país, desde el mes de noviembre de 1932 al mes de febrero de 1933, la "Revista Médica Hondureña" ha sufrido un considerable retraso; para evitar las irregularidades consiguientes, se ha acordado ponerla al día con el presente número, el cual, en consecuencia, pertenece al mes de julio del año en curso.

L. D,

puede faltar, y en el caso de que me ocupó pudo comprobar su ausencia, por lo menos durante el tiempo que la enferma estuvo bajo mi vigilancia. El dolor, así como la tos, no tiene caracteres especiales y la punta de costado señalada algunas veces, depende de reacciones inflamatorias pleurales.

Las hemoptisis son menos frecuentes que en la tuberculosis, pero no dejan de ser un síntoma de gran importancia y de presentarse, como en ésta, algunas veces, proporciones alarmantes que pongan en peligro la vida del enfermo. En cuanto a los signos físicos, bien sabéis que están en relación con las diferentes formas anatómicas. Me concretaré a apuntar que en las formas esclerosas, entre las cuales he incluido el caso observado por mí, se manifiestan a la exploración física por los signos siguientes: A la inspección: cicatrices, retracciones, proceso de condritis y osteoartropatías torácicas, A la palpación: aumento de vibraciones vocales. A la percusión: submatidez. A la auscultación: respiración soplante, inspiración

ruda, pectoriloquia áfona y **todas** las manifestaciones en fin, del aumento de condensación del parénquima pulmonar. No me detendré a hacer consideraciones con respecto a la evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, a ello me referiré después en lo que concierne a mi caso, cuyo resumen de observación es el siguiente:

M. G. P., de 45 años de edad, de oficios domésticos, viuda y vecina ele **Yauyupe**, ingresa al 1er. Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital San Felipe, el día 9 de marzo de 1933, quejándose de TOS, DEBILIDAD y DOLORS DE CABEZA.

ANAMNESIA

Anamnesia Próxima. — Manifiesta la enferma que hace cuatro meses, poco más o menos, comenzó a sentirse **mal**, con falta de fuerzas para el trabajo, tos acompañada de expectoración abundante, dolor de cabeza, enflaquecimiento y falta de sueño. Nos cuenta, además, que hace algunas semanas tuvo hinchazón de los pies, lo cual he interpretado, en vista de los detalles que

me da la enferma, como un proceso de ulceraciones interdigitales (Mazamorra probablemente), con su repercusión consiguiente en los ganglios inguinales.

Anamnesis Remota. — En su infancia padeció de tos ferina, viruela y sarampión, más tarde liebres palúdicas y gripe. Ha padecido de leucorrea y tuvo hace algunos años un bubón que le fue tratado quirúrgicamente, Regló a los 15 años, siendo sus períodos menstruales de tres días de duración y con flujo abundante. Ha tenido siete partos, entre los cuales hay uno prematuro (8 meses), dos abortos: uno de 1 mes y otro de 2 meses. Sufrió abundante caída de cabello, cefalalgias, dolores articulares y torácicos. Hace dos años tuvo dos hemoptisis de regular magnitud. Su vida ha sido siempre de escasez, dedicándose exclusivamente a los oficios domésticos. Ha fumado en abundancia y con alguna frecuencia ha bebido licor. El apetito ha sido normal, sed algo abundante; sueño, digestiones y **evacuaciones** normales. Antecedentes de los órganos circulatorios, digestivos, nerviosos, urinarios y de los órganos de los sentidos, normales.

Antecedentes Hereditarios. .
— Sin importancia.

Antecedentes Colaterales—Sin importancia.

ESTADO ACTUAL

Estado General. — Mujer de fisonomía más o menos tranquila,

enflaquecida, de alta estatura, piel morena con numerosas pigmentaciones parduzcas diseminadas por todo el cuerpo. Mucosas pálidas. Temperatura normal.

Aparato circulatorio. — **Estado** del corazón y de los vasos normal; pulsaciones, 85 por minuto. Presión arterial, 9½ Mx. y 4y₂ Mn. al Vaquez-Lauby.

Aparato digestivo. — Ausencia de la mayor parte de las pieas dentarias, por lo demás, normal.

Aparato respiratorio. — *Signos físicos:* a la inspección, nada anormal. A la palpación, disminución de la excursión respiratoria del vértice izquierdo, aumento de las vibraciones vocales en ambas regiones hiliares. A la percusión, acentuada submacidez de las mismas regiones. A la auscultación, inspiración ruda, expiración soplate y **pectoriloquia** áfona; todo esto localizado también en las regiones anteriormente referidas.

Síntomas funcionales: No hay disnea, no hay punta de costado ni fiebre. Hay expectoración, francamente purulenta, los esputos son **numulares**.

Sistema nervioso. — Normal.

Sistema ganglionar, — Hay **micro-poliadenitis inguinal**, hay adenitis epitroclear y **retrocervical**.

Órganos de los sentidos. — Disminución de la agudeza visual y auditiva.

Aparato génito-urinario. — **Endurecimiento** del cuello de la matriz. Hay leucorrea escasa.

Exámenes complementarios. — *Sangre.* — Por hematozoario de Laveran, negativo. Recuento globular: eritrocitos, 3.872.000; leucocitos, 8,250 por mm. cúbico. Fórmula Leucocitaria: Mononucleares y Linfocitos, 63%; Polinucleares Neutrófilos, 47%; ausencia de Eosinófilos, Basófilos y Formas de Transición. Seroreacción de Kahn, positiva más cuatro (++++).

Espuito. — Negativo por bacilo de Koch, ocho veces consecutivas, aun después de la administración de yoduro de potasio. Negativo por micelios de hongos.

Orina — Normal. *Pus Vaginal*, —Negativo por gonococo. *Materias Fecales.*—Positivo por huevos de ascárides y oxiuros.

Examen Radiológico. — Envié a la enferma al departamento de rayos X, con el diagnóstico de esclerosis pulmonar de ambas regiones hiliares, en vista de los signos físicos, y de naturaleza sífilítica en vista de la historia de la paciente y del resultado de los exámenes de laboratorio. El Dr. Larios me remitió el informe siguiente: "Al examen radiográfico del tórax, se muestra un aumento de las arborizaciones bronquiales de, ambos lados, sobre todo del izquierdo, extendiéndose en forma de estrías desde el hilio hacia la periferie. El parénquima pulmonar no presenta infiltraciones. Diagnóstico: Fibrósis Pulmonar. No hay evidencia de Tuberculosis.

COMENTARIOS

Se trata, pues, de una enferma, que presenta una afección pulmonar de carácter crónico; con antecedentes específicos muy claros y que datan ya de varios años. La exploración del aparato respiratorio nos da toda la simiología de una esclerosis pulmonar, cuya naturaleza tuberculosa tuvo derecho a descartar en vista del resultado negativo de los repetidos exámenes de esputo, viniendo a justificar más mi proceder, la notable mejoría que se 'ha efectuado en la enferma bajo la acción del tratamiento específico, mejoría que llamó la atención del Dr. Larios, cuando la paciente se presentó por última vez al servicio de rayos X, dos días antes de dársele el alta, es decir, el 3 del presente mes.

La evolución del presente caso no pudo, pues, ser más satisfactoria y el tratamiento al que la enferma estuvo sometida fue el mercurial (cianuro de Mercurio por vía intravenosa), e inyecciones de bismuto por vía intramuscular. El yoduro de potasio lo administré en esta ocasión con el objeto de facilitar los exámenes de esputo y no con fines-terapéuticos; os extrañará tal vez mi conducta, puesto que recordáis que ha sido preconizado por ■ a mayoría de los autores en casos semejantes, pero es que me he atendido a la lógica con que Sergent restringe, por decirlo así, el empleo de este medicamento en las neumopatías **sifi-**

líticas; oíd lo que al respecto dice el maestro francés: "El empleo del **yoduro** de potasio requiere restricciones extremas. Su acción congestiva sobre la mucosa bronquial lo hará rechazar cuando exista alguna razón para temer la existencia de la tuberculosis, y no deberá emplearse ■—solo o asociado— más que en las formas fibrosas con enfisema, en las que parece obrar menos como antisifilítico que como

modificador fibrolítico. Aun en estos casos, sólo se prescribirá a pequeñas dosis y bajo vigilancia".

En el caso del cual os he hablado, no encontré ningún síntoma ni signo revelador de enfisema pulmonar y en cambio la duda *que* a pesar de ser cruel, nos salva muy a menudo de los fracasos, me acompañó hasta que vi los magníficos resultados del tratamiento específico.

Una nueva teoría de los soplos anorgánicos: Frotamientos Cardio-Serosos

Una nueva patogenia de los soplos orgánicos. Soplos sin vena líquida Por el Doctor TEÓFILO ORTIZ RAMÍREZ (Prof. de; Clínica Propedéutica Médica de la Facultad de Medicina de México, D. F.)

Le professeur de médecine commence son enseignement á une époque *de* la vie où il n'a pas l'occasion de s'assurer de la veracité de ce qu'il enseigne. Il est donc obligé de diré aux étudiants ce qu'on lui a dit. Quand un homme commence á répéter une **chase**, il arrive **graduément** á le croire, et au bout de quelques années le professeur croit implicitement ce qu'il enseigne. C'est pour cette raison que beaucoup de professeurs sont si lents á adopter une nouvelle conception, surtout si elle jette quelque doute sur ce **qu'ils** ont enseigné **pendant** des années.

J. Mackenzie.

La auscultación es de los procedimientos y recursos de la cardiología, tal vez el más importante; desde Laennec ha venido precisando y depurando un amplísimo campo de la semiología. Actualmente ha cedido su pues-

to, en la investigación, a los procedimientos de laboratorio —radiología, electrocardiografía — *no* menos fecundos. A pesar de que una falange de clínicos eminentísimos ha espigado durante un siglo, por 'medio de la auscultación, en las cardiopatías, quedan aún problemas muy serios por esclarecer. Para no citar sino aquellos que surgen comúnmente, recordemos los enfermos que sobrellevan en condiciones favorables, durante años y años, y no obstante esfuerzos físicos más o menos frecuentes y considerables, una lesión valvular perfectamente caracterizada por sus manifestaciones acústicas no acompañada de claudicación miocárdica. Inexplicables tam-

bien son algunas contradicciones de la clínica y de la anatomía patológica: las válvulas íntegras, los orificios suficientes de individuos portadores de síntomas estetoscópicos inconfundibles, reveladores de venas liquidianas soplantes. Y las cardiopatías "áfonas" o **silenciosas**, v.gr., la estenosis mitral, en determinados casos; y los ejemplos desconcertantes en que de modo bien **singular**, subsiste el soplo presistólico del ritmo de Purozicz, a pesar de que se instala una fibrilación auricular bien comprobada.

La semiología tiene que pedir aún mucho a los procedimientos clásicos y en particular a la auscultación.

En trabajo reciente (des souffles aortiques expérimentaux et l'hyperadrénalinémie. Aren. Lat. Amer. de Card. y Mem.), hacía notar, de acuerdo con Laubry y Thiroloux, la conveniencia de iniciar una revisión de ciertas nociones **estetoscópicas** casi dogmáticas, por su prestigio secular. En semejante labor, que sobrepasa cualquier capacidad individual, no deben olvidarse los conceptos de Laubry "...je voudrais montrer que le respect d'un Maître ne consiste pas dans une fidélité étroite á sa doctrine, **insuffisante**, prévisible ou périssable, mais dans un effort continu, imité de sa méthode et de son exemple, dans un élargissement de sa pensée, degagé des **erreurs** inherentes á notre **infirmité**,

adapté au progrès et au **temps**". (Sémiologie **Cardio-vasculaire. Troubles Fonctionnels**).

Se admite universalmente que el **deslizamiento** de una serosa sobre otra, no produce fenómenos ruidosos a menos de que existan alteraciones histológicas bien apreciables (despulimiento, procesos exudativos).

Las modificaciones de la lubricación acarrearán el "frotamiento" (frottement, frólement o frou-frou) con las variaciones bien sabidas de froissement" de pergamino y la de ruido de "cuir neuf" (**Collin**).

Sin embargo, la observación no ha sido conducida con absoluto rigor: las *serosas normales, barnizadas de sus trasudados fisiológicos, también originan ruidos, cuando se desusan con cierta energía*.

Tómese cualquier animal de laboratorio y hágase deslizar una sobre otra dos hojas peritoneales que cubran vísceras de superficie uniforme; auscultese por medio de un fonendoscopio, procurando que no se originen desalopamientos de la cápsula o cornetilla receptora sobre los tegumentos (para evitar el escollo de los ruidos de frotamiento piloso auscultese extirpando o separando un colgajo de piel) - Puede practicarse también la observación auscultando directamente el sitio suprayacente a las serosas peritoneales que se frotan, aplicando el pabellón de la oreja a la cara dorsal de la mano que se mantendrá fija sobre

la pared del vientre.

Con **variaciones** de técnica que fácilmente pueden encontrarse, explórese la gran variedad de ruidos que produce el deslizamiento de la pleura sobre la pleura, del pericardio sobre el pericardio y del endocardio sobre el endocardio. Esta experiencia debe realizarse, por supuesto, en animales que acaban de ser sacrificados y siempre en condiciones de lubricación similares a las fisiológicas: barnizando las serosas con suero fisiológico, serosidades lacunares. sangre oxalada, etc.

Una demostración cómoda y sencilla, si bien no muy correcta, consiste en aplicar la cornetilla del fonendoscopio al labio inferior mientras se desliza la punta de la lengua con extrema suavidad sobre la mucosa del vestíbulo; igual maniobra puede realizarse teniendo la boca llena de algún líquido. Es claro que en este caso las condiciones no son ideales y estrictas, por tratarse de epitelios pavimentosos estratificados y hasta cierto punto irregulares por la presencia de **las** papilas.

Todas estas experiencias demuestran evidentemente que las serosas producen un ruido *soplante* que tiene todos los caracteres de los soplos cardíacos **anorgánicos** y orgánicos. Es fácil advertir que, para lograr tal fenómeno, se requiere *cierta energía de frotamiento y que, a mayor energía, mayor intensidad y rudeza del soplo*. A medida que

se despule y altera la serosa o por *interposición de sangre* que sufre el proceso de la coagulación, se trasmuta el soplo en el clásico frotamiento, que llega a tomar los detalles descritos por Collin.

Las *serosas normales pueden originar soplos, en ciertas condiciones*. ¿Es aplicable este hallazgo a la semiología cardíaca? ¿Hay algunos soplos cardíacos que reconozcan un mecanismo análogo al de los *soplos sero-serosos*?

La clínica admite únicamente que los soplos anorgánicos *tienen las misma, localizaciones que los frotamientos pericardiacos, idénticos caracteres de mutabilidad, iguales variaciones con la actitud, relaciones análogas con el ritmo cardíaco y que unos y otros carecen de propagaciones*.

Según Barié los soplos anorgánicos se reparten de la siguiente manera: soplos preventriculares izquierdos 34%, apexianos 18%, **supra-apexianos 14%**, **pre-in fundibulares 11%**; el resto corresponde a los soplos pre-aórticos y endoapexianos. *Los soplos preventriculares izquierdos de la zona meso-cardíaca, son los más frecuentes*.

El frotamiento pericárdico "pendant quelques jours, il reste localisé soit à la région mesocardiaque, au bien à la base, au niveau du foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, plus rarement à la pointe au à appendice xiphoide", G. Bleohmann), Según Barié "...se recontre de

préférence à la base du coeur, vers le 3e. ou 4e. cartilage costal du cote gauche, ou encores au niveau de l'origine de l'artère pulmonare".

A estas referencias tomadas al azar, de la rica literatura concerniente, añadiré la descripción de un autor moderno: *"el frotamiento se observa principalmente en la región mesocárdica, o en la base y hacia el foco pulmonar, es decir, en la parte interna de los segundos y terceros espacios intercostales izquierdos; más raramente es lateral o dorsal".* (M. A. Clerc).

La zona mesocárdica es, pues, el sitio de elección de los soplos anorgánicos y de los frotamientos pericárdicos.

Los soplos anorgánicos son *merosistólicos* y en un 70%, *son mesosistólicos*; son raros los diastólicos (mesodiastólicos) y excepcionales los presistólicos.

El frotamiento pericárdico se yuxtapone a los ruidos cardíacos simulando un ritmo de galope; se percibe entonces en la *mitad de la sístole. No es frecuente el frotamiento mesodiastólico* Hay frotamientos dobles que se designan con el nombre de "ruido de vaivén".

Los soplos anorgánicos son merosistólicos y los frotamientos pericárdicos acompañan a los ruidos cardíacos "á cheval" (Gübler) o más bien se perciben "al derredor" de ellos.

Los soplos anorgánicos se atenuan o desaparecen al pasar del clinostatismo a la posición se-

dente; transformaciones similares acaecen bajo la influencia de los movimientos respiratorios. El eretismo cardíaco ora los provoca, ora los aminora y extingue. Los frotamientos pericárdicos se advierten mejor en ortostatismo o en posición sedente, cuando la flogosis no ha determinado un exudado abundante de naturaleza líquida; un derrame ligero hace que se perciban mejor en actitud semi-sentada.

Así, pues, la mutabilidad es un rasgo común a los soplos anorgánicos y a los frotamientos pericárdicos.

Los soplos anorgánicos son generalmente circunscritos y su propagación es insignificante o no existe. El frotamiento pericárdico, tal como afirma Jacoud, nace y muere en su sitio. Anormalmente se propaga en ciertas pericarditis "brighticas" y reumáticas. En el caso de Teysir, singularísimo por todos conceptos, la propagación era perceptible en toda la pared torácica anterior.

La falta de propagación constituye otra semejanza de los soplos anorgánicos y los frotamientos pericárdicos.

Ahora bien, los datos señalados no son absolutos y por lo tanto, no son aceptados igualmente por todos los clínicos; hemos hecho resaltar, no obstante, los rasgos comunes menos discutibles que permiten descubrir un parentesco elocuente entre soplos y frotamientos.

Tal parentesco se precisa más aún por una circunstancia que los clínicos contemporáneos han dejado casi en olvido, pero *que* no escapó a la sagacidad de los clásicos, a saber, *cuando los caracteres distintivos no bastan para identificar un soplo o un frotamiento es menester, precisar el "timbre especial" de fenómeno.*

Ahora bien, el clínico más "virtuoso" no podrá hallar distinción alguno cuando, como afirma Blechmann rotundamente, el soplo es duro y rasposo.

Hay, pues, frotamientos soplantes o soplos **fricativos** en que todo parentesco se convierte en identidad. Vemos también de qué modo la clínica corrobora los datos experimentales y hace resaltar la similitud patogénica de los *frotamientos pericárdicos* y los *soplos de laboratorio*.

La etapa inmediata consiste en averiguar si los soplos de laboratorio, dan razón de los soplos cardíacos anorgánicos.

Dichos soplos se presentan en los estados anémicos, en la fiebre, en el eretismo cardíaco de algunos padecimientos nerviosos y en ocasiones, sin modificación apreciable del estado general: soplos fisiológicos, soplos cardiopulmonares, extra-cardíacos, engañosos, etc.

El diagnóstico de un soplo anorgánico se funda en los caracteres arriba consignados — cualidades intrínsecas— y además, por la carencia de manifestaciones cardiopáticas.

Ahora bien, en las anemias criptogenéticas o sintomáticas, es evidente un desequilibrio vegetativo revelado por un eretismo cardíaco, palpitaciones, inestabilidad tensional, etc. Un ejemplo típico lo encontramos en la clorosis; en tal hemopatía se agrega a la perturbación gonádica una **disfunción** tiroidea, un cuadro frustrado de basedowismo (**crecimiento** glandular en 82% de los casos, según Hayem; taquicardia, temblor, ligera exoftalmia).

Los estados febriles realizan una verdadera tormenta vegetativa durante los brotes **hipertérmicos** y en los intervalos **apiréticos**. Los pródromos y la convalescencia son igualmente intrincadas y tupidas acciones vago-simpáticas.

Los trastornos subjetivos de los cardiopatas, *no* difieren sino por matices de los síndromos eréticos del anémico.

Laennec, hablando de los ruidos de "soufflet", asegura terminantemente que "la seud trouble de la santé qui **m'ait** par **coincider** constamment ou à peu près avec le bruit de soufflet du coeur et des **artères**, est une *agitation nerveuse* plus ou moins marquée..." (Traite de **l'auscultation** médiate et des maladies des poumons et du coeur, 1837).

El "síndrome de esfuerzo", el "corazón irritable de Da Costa", los "falsos cardíacos" que acusan cenestias, perturbaciones vasomotoras y ciertas anomalías psicológicas, las disendocrinias

graves, etc., etc.; constituyen categorías del primitivo lote aislado por Laenec de los corazones agitados y soplantes.

Lo dicho permite asentar, a manera de aforismo, que *los soplos anorgánicos traducen un estado permanente o transitorio de eretismo cardíaco*.

Ahora bien, sabemos que todo eretismo cardíaco se origina por alteraciones de tono vago-simpático, ya sea en sus manifestaciones físicas o en su fisonomía subjetiva; tal es su mecanismo **inmediato** o aparente, ignoramos su íntima causalidad.

Taquicardia, bradicardia, mayor energía del choque precordial, etc., factores mecánicos, en una palabra, serán los que aporten la base de una explicación de un fenómeno mecánico tal como el soplo anorgánico. Es conveniente por lo tanto, precisar cuáles son los cambios de forma, consistencia, posición, etc., que experimenta el corazón, en pleno eretismo, en los sitios en que se perciben preferentemente los soplos anorgánicos. Concretamos, pues, la cuestión, a la cara anterior y en particular, a la región mesocárdica.

La estructura **fascicular** del miocardio, la dirección de sus fibras, la forma y capacidad de sus cavidades y, sobre todo, la sorprendente similitud que tiene el corazón humano con el de algunos mamíferos (de corazón no coniforme ni puntiagudo y de punta no retráctil) por ejemplo, el perro, permiten conocer, hasta

donde la analogía hace valedera la certidumbre, que las paredes ventriculares derechas son las más móviles y que, del ventrículo derecho, la zona infundibular es la que más variaciones de amplitud experimenta. A medida que progresa la sístole ventricular, se abomban y endurecen tales regiones; la contracción, sin duda simultánea en todas las fibras, simula por los cambios morfológicos que origina, una onda que, partiendo del borde derecho, se propaga hasta el surco **inter-ventricular** anterior y se pierde en la porción cavernosa del ventrículo derecho, que como es bien sabido, no forma parte propiamente de la punta del corazón. La cámara posterior parece vaciarse en la cámara anterior o cámara de evacuación. La cámara anterior, el infundíbulo y la arteria pulmonar, no se deprimen sino al principio la diástole general.

La región mesocárdica corresponde justamente a la **cámara** anterior del ventrículo derecho. De modo ilegítimo, llaman algunos cardiólogos región pre-ventricular a la zona electiva de los soplos anorgánicos. pues el ventrículo izquierdo, apenas forma una mínima parte de la cara anterior y, en propiedad, constituye el borde izquierdo. Por su forma convexa, el borde mencionado se aleja de la pared anterior, y se pierde tras la hoja pulmonar del mediastino.

Los soplos *anorgánicos son topográficamente pre-ventriculares*

derechos. La zona mesocárdica se superpone en parte, al triángulo extrapleurar de la pared torácica anterior y en parte al seno costo-mediastinal en la escotadura cardíaca. No hay que olvidar que los corazones que dan frecuentemente soplos anorgánicos, son corazones pequeños.

Los soplos (inorgánicos se perciben, por lo tanto, en las regiones más movilizadas de la cara anterior.

Ahora bien, según Potain, los soplos cardio-pulmonares, son ruidos de aspiración pulmonar determinados por la retracción sistólica o diastólica de la superficie del corazón. El corazón provocaría en las porciones circunvecinas del pulmón, un movimiento de compresión y descompresión, semejante a un fuelle. El soplo anorgánico no sería al fin y al cabo, sino un **murmullo** vesicular, un ruido **parenquimatoso**, con ritmo cardíaco.

La experiencia de Franck, sirve de apoyo a esta teoría: en un perro portador de un soplo anorgánico indudable, se introdujo debajo de la pleura un gancho y se retiró suavemente la hoja pulmonar del sitio exacto del fenómeno. El soplo aparecía o desaparecía según que se dejara o quitara el borde pulmonar.

En el hombre, la legüeta de Luschka jugaría un papel análogo.

La teoría de **Franck-Potain**, tiene algunos puntos vulnerables; en efecto, es indudable que los soplos anorgánicos se perci-

ben *frecuentemente* en las zonas cubiertas por pulmón y que *seguramente* toma participación el borde pulmonar; *no es probable, sin embargo, que sea el murmullo vesicular transformado el origen del fenómeno, puesto que frecuentemente persisten los soplos anorgánicos durante la apnea en completa espiración.*

Si no existe corriente aérea vesículo-bronquial durante la apnea completa expiratoria, si hay **desalojamiento del borde pulmonar**, que es rechazado fuera, de la zona mesocárdica por la compresión y descompresión, que engendran la pared anterior del corazón y la pared torácica.

En nuestra opinión el *soplo anorgánico, sigue siendo cardio-pulmonar, pero no traduce la circulación de una corriente aérea vesicular, sino un frotamiento pleural; cuando el soplo no se percibe en las zonas cubiertas por pulmón, traduce o revela un frotamiento pericárdico.*

La base experimental de nuestra teoría, tiene suficiente solidez; ya hemos expresado y demostrado que *las serosas normales dan, por frotamiento, una gama de ruidos que van, desde el soplo suave, dulce, aspirativo, velado, hasta el frotamiento y la crepitación pasando -por las variantes de frotamiento de uña sobre papel, como quiere Huchard y todos los matices descritos por Laennec, Collin, Guéneau de Mussy.*

La experiencia de Franck, que ha dado lugar a la teoría de Po-

tain, no invalida la nuestra: si el soplo desaparece al retirar el borde pulmonar, es porque impide el frotamiento brusco de la pleura visceral, con la que recubre el lecho costo-mediastinal.

El soplo puede también provenir del frotamiento del pericardio de la cara anterior del corazón en la serosa parietal superpuesta.

Las experiencias demuestran que el soplo sero-seroso, requiere cierta energía; el eretismo cardíaco es, evidentemente, un factor manifiesto de enérgico deslizamiento sero-seroso, ya sea pleural o pericárdico.

La adrenalina inyectada por vía intravenosa, desencadena un eretismo típico, acompañado de soplo aórtico y de un soplo mesocárdico. Por excepción se pueden originar soplos pulmonares. El soplo mesocárdico, es generalmente sistólico.

En conclusión: la igualdad de variaciones, localización, etc., de

los frotamientos pericárdicos y de los soplos **anorgánicos**; la existencia de soplos que no puedan diferenciarse de manera directa de los frotamientos; la demostración experimental de los soplos sero-serosos; la reproducción clínica mediante la inyección de adrenalina del eretismo cardíaco determinante de los soplos anorgánicos; la experiencia de Franck; la persistencia de los soplos anorgánicos en apnea expiratoria completa; el desequilibrio común del sistema vegetativo cardio-vascular a todas las enfermedades que engloban en su cuadro sintomático los fugaces ruidos adventicios de la región precordial; he aquí los hechos que mutuamente se armonizan y sostienen dentro de la teoría que venimos defendiendo. Ahora bien, la cardiología tiene algunos problemas en que la teoría de los soplos sero-serosos arroja alguna luz. En efecto, si las serosas normales son capaces

de producir soplos, se advierte la posibilidad de que los fenómenos se acentúen en caso de haber ligeros procesos que las despulan. El pericardio es asiento de lesiones esclerosas —manchas lechosas o tendinosas— no muy raras, por cierto; estas placas lechosas se *observan de preferencia en la cara anterior del corazón, en donde alcanzan su mayor tamaño*; generalmente arredondadas, toman forma alargada o de cinta en las cercanías de los vasos. Las placas lechosas, son vestigios de viejas pericarditis o de alteraciones nutritivas seniles.

Son estas perturbaciones nutritivas del pericardio, las que dan razón, en nuestro concepto, de los *soplos más o menos constantes, de organicismo dudoso, que se descubre en sujetos cuyo corazón se encuentra indemne en la autopsia*. La contradicción clínico-necròspica. la falta de eretismo cardíaco y ja lesión cardio-vascular comprobable, no tienen actualmente manera de ser explicadas a satisfacción. Los soplos sero-serosos permiten, si no resolver el asunto, al menos dejan entrever una patogenia **razonable**.

Queda todavía otra aplicación de la teoría de los soplos sero-serosos ; en ambos ventrículos 'hay columnas carnosas de grosor y longitud variables, más o menos esculpidas en las paredes o libres y pediculadas. En la región de la punta, es donde se intrincan abundantemente. Las

de **primer** orden, tienen considerable importancia. En el ventrículo izquierdo existen dos que dan nacimiento a las cuerdas tendinosas en que se fijan y apoyan las valvas de la mitral; estos dos pilares —anterior y posterior— se engranan y acomodan durante la sístole de tal suerte que la convexidad del anterior, coincide con la concavidad del posterior. A este encajamiento se agrega el ligero movimiento rotatorio del ventrículo izquierdo; hay, por lo tanto, dos condiciones propicias para que, habiendo alteraciones ligeras del pulimento endocárdico, se produzcan frotamientos soplantes.

Aquí nos colocamos en un terreno franca y decididamente hipotético, pero la hipótesis es suficiente para determinados hechos. ¿No serán estos frotamientos endo-endocárdicos soplantes los que expliquen esas pretendidas lesiones valvulares de individuos que habiendo sufrido un proceso endocárdico no presentan cardiomegalia ni alguna de las manifestaciones de la insuficiencia miocárdica a pesar de los años que transcurren, de los esfuerzos físicos, del embarazo, etc.? Los casos en que la necropsia demuestra orificios normales y válvulas suficientes, con sorpresa del clínico que diagnosticó un soplo indudable ¿no serán explicables por pequeñas lesiones endocárdicas que pasan inadvertidas o que, por estar alejadas de los orificios, no se les concede importancia?

CONCLUSIONES :-

1^a Los soplos inorgánicos tienen las mismas localizaciones que los frotamientos pericárdicos, idénticos caracteres de mutabilidad, iguales variaciones con la actitud, relaciones semejantes con el ritmo cardíaco; soplos y frotamientos carecen de propagaciones.

2[§] Hay casos en que no es posible distinguir un soplo de un frotamiento, ni aun por el timbre; no hay diferencia alguna entre ambos, cuando el soplo es duro y rasposo (Blechmann).

3[^] Es fácil producir experimentalmente soplos por el frotamiento de serosas normales: peritoneo, pleura, pericardio, etc.

4[^] Los soplos experimentales sero-serosos no se distinguen de los -soplos clínicos y pueden adquirirse, mediante algunas circunstancias, los caracteres de los frotamientos típicos.

5[^] La adrenalina desencadena un eretismo cardíaco, acompaña-

do de soplos inorgánicos aórticos y mesocárdicos.

6[^] La experiencia de Franck traduce un fenómeno cardiopulmonar, distinto del que pretende la teoría de Potain; es un frotamiento soplante y no un ruido aéreo.

7^o Los soplos inorgánicos del corazón, se deben al frotamiento de serosas normales —soplos sero-serosos— en condiciones de eretismo cardio-vascular. El eretismo cardíaco es un hecho común a todas las enfermedades en que se presentan los soplos enorgánicos.

8[^] Los soplos inorgánicos se deben al frotamiento de pericardio con pericardio, o de pleura con pleura (lengüeta de Luscha).

9[^] Las manchas lechosas del pericardio, las lesiones endocárdicas alejadas de los orificios, pueden dar lugar a frotamientos soplantes —soplos sero-serosos—■ que simulen procesos orgánicos.

Comentarios al margen de la Etiología de la Atrepsia

Por el Dr. Antonio iVdal

Comenzaré estos comentarios diciendo que una mala alimentación debe ser siempre incriminada como la causa de graves perturbaciones gastro-intestinales, cuyo resultado final puede ser muy bien la Atrepsia: pero al mismo tiempo me permito hacer la observación siguiente: Si es verdad que a diario concurren a nuestras clínicas niños con graves trastornos gastrointestinales por mala alimentación, sobre todo a base de un régimen anticipado, casi exclusivamente a sólidos, como es corriente entre las clases inferiores que dan a sus niños desde el segundo mes, pan de maíz (tortilla), frijoles, plátanos, etc.; por otra parte otros niños en el mismo medio y alimentados de igual manera, no sólo no adolecen de ningún trastorno gastro-intestinal. sino que crecen robustos y sanos. ¿Cuál será entonces la causa diferencial entre una y otra clase de niños? Esta causa hay que buscarla como un factor individual para cada niño, factor constitucional, como sostiene la Escuela Pediátrica Alemana, a cuya cabeza se encuentra H. Finkelstein.

Según estas ideas, encontraríamos dos clases de niños: 1º, Niños hidroestables. 2º, Niños hidrolábiles.

Niños hidroestables son aquellos en los cuales el agua y las sales de los tejidos se encuentran normalmente fijados, es decir que los mecanismos reguladores del metabolismo de estas sustancias es perfecto. Estos niños son de tejidos duros y de tono muscular normal. Si acaso debido a diarreas o a una dieta intencional sufren una pérdida de líquidos, ésta es relativamente pequeña y muy luego es reparada por el organismo.

Niños hidrolábiles son aquellos en los cuales el agua y sales de los tejidos se encuentran débilmente fijadas, esto es debido a una imperfección del mecanismo regulador del metabolismo de dichas sustancias. Los niños hidrolábiles son de carnes blanduzcas, fofos y a veces obesos. En estos niños toda pérdida de agua se hace rápidamente y por eso es de temer en ellos, cualquier diarrea o causa que pueda producir deshidratación. Finkelstein dice que la dieta de hambre en estos niños jamás debe pasar de seis horas, de lo contrario se vuelve fatal.

La fijez del agua de los tejidos es debida a los hidratos de carbono y a las sales minerales.

En los casos avanzados de Atrepsia, cuando comienzan a desfallecer las energías oxidantes del metabolismo se encuen-

tra en la orina mayor cantidad de sustancias orgánicas que han escapado a la combustión.

Los estados distróficos, ya se trate de distrofias con o sin alteraciones orgánicas específicas, conducen casi siempre a la Atrepsia o *Descomposición*, como llaman a esta enfermedad los maestros de la Escuela Pediátrica Alemana.

En los niños **hidroestables** pueden presentarse distrofias con trastornos de la asimilación, estancamiento del peso, desnutrición lenta, cuyo estado recibe el nombre de "*Distrofia simple*", la cual puede presentarse con o sin diarreas y ser leve o grave, conduciendo en este último caso a la Atrepsia.

En cuanto a las *distrofias* de los niños hidrolábiles que se caracteriza por rápidas pérdidas de peso y consunción progresiva, puede ser también leve o grave.

En los casos leves la reparación se efectúa poco a poco; pero en los casos graves este estado conduce segura y rápidamente a la Atrepsia. •

En cuanto a los estados distróficos con alteraciones orgánicas específicas, mencionaré, por vía de ilustración, el escorbuto infantil, enfermedad que se presenta raramente.

Para la Escuela Pediátrica francesa, la Atrepsia o *Atrophia-Atrepsia*, como la llama Marfan, es considerada desde su **punto** de vista etiológico como debida a múltiples causas entre las cuales deben mencionarse:

a) *Causas secundarias o sintomáticas*, tales como infecciones diversas (tuberculosis, sífilis, erisipela, etc.), alimentación defectuosa y afecciones gastro-intestinales, especialmente diarreas.

b) *Causas esenciales o protopáticas*, tales como debilidad congénita y estados patológicos de los padres.

La Escuela Pediátrica Alemana no niega la multiplicidad de causas anteriormente enumeradas y que actúan para producir esta enfermedad; pero admite que estas causas obran secundariamente ayudando al desarro-

llo de un estado especial preexistente que constituye lo que llaman "*factor constitucional*", "*inferioridad individual*", debido a la falta de regulación del metabolismo del agua y sales minerales en los tejidos.

En los trópicos, donde los padres adolecen de Graves dolencias, tales como la uncinariasis, el paludismo y la sífilis; donde los organismos se encuentran debilitados por multitud de factores infecciosos, climatéricos, etc., y que sería inútil reseñar, los niños tienen que nacer necesariamente débiles y con este factor de "*inferioridad constitucional*" que los conducirá rápi-

damente a la Atrepsia tan pronto hayan sufrido las primeras embestidas de una mala alimentación conducida por padres ignorantes, como generalmente son los nuestros, o de las numerosas infecciones del medio ambiente.

Creo firmemente que se puede luchar contra la Atrepsia, dentro del terreno profiláctico, mejorando el estado constitucional de los padres, curando sus enfermedades, no permitiendo los matrimonios sino entre personas sanas y educando a las madres en los cuidados que deben prodigar a sus niños antes y después del nacimiento.

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos puede ser restablecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales.

Un tal órgano es también el testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas (glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza corporal general, el tono normal del sistema nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia, sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel en la función sexual. (Experimentos en perros de Biedl.) Por la misma

causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stiller, es la función sexual debilitada y la impotencia.

Al capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis (especialmente del lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. Zondek y Asehheim demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomizados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia, las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un preparado que contenga las materias

que ayudan la función de los testículos.

El HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "**RICHTER**" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con resultado excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas (por onania, coitus interruptus o desperdicio del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo. El efecto del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "**RICHTER**" se presenta ya en poco tiempo: las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyaculación precoz (que es uno de los síntomas más frecuentes de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente de timo y cerebro aumenta el tono muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, el cansancio, la somnolencia cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito y se regulariza la digestión.

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "**RICHTER**" en los casos de obesidad de origen endógeno y de enajenación mental maniaca-depresiva. Así empleó **Schiff**, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que a pesar de la recepción disminuida de calorías no presentaron adelgazamiento, es decir en los cuales

la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 6 a 10 semanas y consistió en la administración de inyecciones y de **tabletas**. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material heteroproteínicas (Frota ven "**Richter**"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta Bakody, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enajenación mental, observó la aclaración de la cara sin expresión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las alucinaciones y la vuelta de la movilidad y del buen humor.

La administración se hace durante largo tiempo, porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio n-normal se puede restablecer solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas se administran según posibilidad diariamente una (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas es 1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y tabletas combinadas.

HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "**RICHTER**" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con 3 a 6 ampollas.

La Semiología del Espacio Interescapular

Síntesis de la conferencia pronunciada por el Dr. C. Fonso Gandolfo

SUMARIO:

- i.*—Espacio **interescapular** al estado fisiológico.
ii.—El espacio **interescapular** al estado patológico.
ÍIII. —**Adenopatía traqueobronquica.**

La anatomía normal de los ganglios linfáticos del mediastino debe estudiarse clasificándolos por grupos, en relación con el espacio que **ocupan** en el **mediastino** y en su relación con los órganos vecinos, para poder así comprender la fisiopatología de los síntomas que producen, estableciendo el diagnóstico diferencial, clínica y radiográficamente. No~ ocuparemos de los ganglios que se encuentran agrupados cerca de la parte terminal de la tráquea, y el origen de los gruesos bronquios, por ser los **que** más netamente presentan alteraciones., que se manifiestan con caracteres bien definidos.

La tráquea, en su parte inferior, al bifurcarse en los gruesos bronquios, derecho e izquierdo forma tres ángulos bien diferenciados. El grupo lateral derecho ocupa el ángulo formado por el borde derecho de la tráquea, y el borde superior del bronquio derecho. Este conjunto ganglionar recibe el nombre de ganglios pre-tráqueobronquiales dere-

chos. El del lado izquierdo, circunscripto por el borde izquierdo de la tráquea y el borde superior del bronquio izquierdo, se denomina pre-tráqueo-bronquico izquierdo. De estas dos agrupaciones ganglionares, la más importante es la derecha, por ser sus diámetros de mayor tamaño y encontrarse en mayor número: 4 a 6 para el lado derecho, 3 a 4 para el lado izquierdo. Los dos bordes antero-inferiores de los bronquios izquierdo y derecho forman un ángulo, ocupado por una serie de 10 a 12 ganglios que reciben el nombre de inter-tráqueo-bronquiales. De éstos, la mayor parte se disponen alrededor del bronquio derecho.

Si anatómicamente están bien diferenciadas, funcionalmente están en íntima relación entre sí y además tienen conexiones con las cadenas ganglionares que descienden del cuello. Siguiendo el trayecto del nervio recurrente comunican con el grupo de los ganglios mamarios internos y cada uno de los tres grupos diferentes comunica, por intermedio de los conductos linfáticos, con las cadenas que siguen a los bronquios y bronquiolos hasta la cuarta división, la más pequeña y más profundamente enclavada en el parénquima pulmonar.

Se comprende que el aumento

patológico de estas masas ganglionares y su infección traerán como consecuencia compresiones, excitaciones y lesiones de vecindad en los órganos vecinos, siendo dignos de notar el grupo de los inter-tráqueo-bronquiales, por su relación, hacia adelante, con el pericardio, y hacia atrás, con el conjunto de órganos vascular-nerviosos del mediastino posterior.

Los estudios anatómo-patológicos de la primo infección tuberculosa explican el por qué del infarto pulmonar que se observa en el mediastino de los niños o adultos enfermos de tuberculosis, donde puede localizarse radiográficamente el chancro de Gohn. La adenopatía que acompaña a la lesión es unilateral y corresponde al grupo ganglionar donde desembocan los linfáticos de la región afectada.

Se designa con el nombre de espacio interescapular la región limitada por los bordes internos de los omóplatos, y dos líneas horizontales, ficticias, que pasan la superior, por la espina del

omóplato y la inferior por el ángulo del mismo.

Se circunscribe así un cuadrilongo en sentido vertical. Tenemos para estudiar aquí, por inspección, la columna vertebral, las costillas y los espacios intercostales. A veces la atrofia unilateral de los músculos de la región, que se traduce por la presencia de la escápula alada, hace que uno de los bordes se presente excavado, tomando el aspecto de un verdadero hueco. Los puntos dolorosos de la columna vertebral deben hacernos pensar siempre en tuberculosis, cáncer o neurodocitis, esta última de bastante frecuencia en los tuberculosos pulmonares. También la columna puede ser asiento de tumores, en su mayoría más o menos sólidos. Otras veces la columna está deformada por escoliosis, cifosis, etc que modifican substancialmente la **simiología** de la región, haciendo difícil la interpretación física y radiológica.

La palpación nos ofrece, además de los puntos dolorosos, el

estudio de las vibraciones vocales, aumentadas **fisiológicamente** en la mitad derecha de esa zona. Las vibraciones pueden estar amplificadas por transmisión de las regiones vecinas. Los cánceres de mediastino posterior destruyendo las costillas, pueden dar signos a la palpación, aunque es siempre **la** radiografía la que aclara el diagnóstico. El cáncer pleural trae., cuando es avanzado, una deformidad completa del tórax, que se **incurva** generalmente, hacia el lado enfermo, haciendo más pequeños los espacios intercostales del lado enfermo en oposición con los del lado sano.

La percusión de esa región debe ser suave, pues la profunda haría vibrar los órganos huecos profundos —bronquios gruesos y tráquea, — cuando están desviados, por retracción, en el lado enfermo, o por desplazamiento, en el lado sano. Al percutir esa zona a nivel del 5^o espacio intercostal, percutimos el **hilio**. Este, por delante, está enmascarado por el corazón y las lengüetas pulmonares que tapizan por delante la cara interna del tórax. Por detrás, en cambio, el hilio es ampliamente accesible a la percusión y a la auscultación. Si tenemos en cuenta que la línea superior de esta zona pasa por la tercera vértebra dorsal y la línea inferior por la octava, la zona media corresponde a la proyección topográfica del hilio, la parte más importante de la región interescapular.

La sonoridad, **fisiológicamente**, está ligeramente disminuida por percusión suave. La auscultación ofrece el murmullo vesicular reforzado y la expiración a veces soplante. La conformación del tórax y las partes blandas que lo recubren puede hacerlo más o menos perceptible, pero lo que tiene valor fundamental es la igualdad en ambos lados de **la** columna **vertebral**. Del murmullo vesicular a la respiración soplante, **inspiratoria** y **expiratoria**, todo se puede encontrar fisiológicamente, a condición de que sea simétrico. Cuando la respiración es desigual, toma de inmediato un importante valor semiológico. En los niños de tórax estrecho, de respiración pueril, hace a veces pensar en **los soplos de la adenopatía traqueobronquica**.

La auscultación de la voz se percibe, en esta región, vibrante, notándose también normalmente, la voz cuchicheada, pero sin distinguir las sílabas que forman la palabra. Si **la pectorila** quía es áfona, ya es un signo patológico. También **la** tos se ausculta vibrante y a veces con resonancia metálica: es la vibración fisiológica de los tubos huecos: tráquea y bronquios.

La exploración radiológica sobre todo en oblicua, da normalmente, un espacio claro entre la columna vertebral y la sombra del corazón y los grandes vasos. En los derrames pleurales de mediana cantidad, es en el borde inferior de la zona interescapu-

lar donde se ausculta el soplo pleurítico y donde se percute el triángulo paravertebral de Garland.

La inspección da los datos ya consignados. La palpación ofrece **resultados** inconstantes. Las vibraciones vocales están a veces abolidas y otras exageradas, dependientes de **la** permeabilidad de los gruesos bronquios o de los procesos neoplásicos o inflamatorios que los rodean. En la **adenopatía** traqueobronquica, las vibraciones se encuentran aumentadas a nivel del **hilio**. En el niño, nosotros **las** solemos buscar con un lápiz o un estetoscopio desprovisto de pabellón auricular, para tomarlas en **pequeños** campos. No olvidar que tienen más valor esas modificaciones cuantío son unilaterales.

La percusión no se modifica ni en las estenosis bronquiales **ni** en **las** **mediastinitis** sifilíticas, ni en las bronquitis crónicas o agudas; pero, cuando el tejido inflamatorio, denso, produce una mediastinitis crónica, o en las adenopatías **traqueobronquicas** —tuberculosas, **coqueluchosas,**

cancerosas,— en los tumores diversos mediastinales, incluido el sífiloma, y en la enfermedad de Hodking. la percusión ofrece **una** submatitez o matitez bien marcada que contrasta con la hiposonoridad del resto de la región. La auscultación puede presentar modificaciones del soplo bronquial normal, que es reemplazado por soplos intensos, inspiratorios y expiratorios, que, en las adenopatías tuberculosas, lo mismo que en la forma gangliopulmonar, se irradian en semicírculo alrededor de la zona del hilio y van perdiendo poco a poco su intensidad, irradiándose en forma de abanico, teniendo por centro el hilio. A veces ese soplo brónquico se transforma **en tubario y**, aunque se escucha en los dos tiempos, es más intenso en la expiración. Caracteriza las compresiones **brónquicas** poco compactas que envuelven al **bronquio** como si fuera un "manchón". A veces estos ganglios infartados y caseificados entran en el parénquima como si fueran una cuña, abriéndose en los bronquios pequeños o en el

tejido pulmonar que los rodea, formando las tuberculosis **gangliopulmonares**.

Otras veces el soplo bronquial es reemplazado por soplos **pleuríticos**, cavernosos o anfóricos.

Pocas veces la presencia de un soplo pleurítico es índice de un proceso que no sea una pleuresía libre en la gran cavidad. Sin embargo, se le ha señalado en algunas congestiones pulmonares produciéndose en este caso como la propagación hacia el hilio riel soplo de congestión. En estas condiciones es excepcional.

Cuando el derrame es muy abundante y el pulmón ha sido apretado como un muñón alrededor de un **bronquio** grueso, al hacerse compacto trasmite el soplo bronquial, pero debido al espesamiento pleural y a la pequeña capa de líquido interpuesta en el repliegue posterior de la pleura, el soplo tubario no se oye bajo el oído, sino alejado, tomando los caracteres de un soplo cavitario. Si hay un poco de secreción al nivel del bronquio, tendremos signos **cavitarios** sin **cavidad**. En casos extraordinarios de bronquiectasias de tipo sacciforme o fusiforme, por este mismo mecanismo, el soplo cavitario puede tomar un timbre metálico, y **auscultarse** un soplo anfórico.

Cuando del interrogatorio de un enfermo se ha obtenido el dato de viejo tosedor, con expectoración abundante, sobre todo a las mañanas, al cambiar de posición durante la noche, etc.,

llegando a eliminar vómicas o pseudovómicas, con conservación del estado general, enfisema, dedos en palillo de tambor, y en la región inter-escapular-vertebral el soplo bronquial fisiológico es alejado, con broncofonía, pectoriloquia simple o áfona, debemos pensar en las bronquiectasias.

La auscultación de la voz ofrece normalmente una broncofonía y una pectoriloquia simple. En el niño, la pectoriloquia áfona constituye, para d'Espine, el signo patognomónico de las adenopatías traqueobrónquicas.

La radioscopia nos permite observar los movimientos hiliares, sobre todo en las sacudidas de tos que, en los bronquiales crónicos es característica, bajo el aspecto de una masa dura que se sacude como un cuerpo único, sólido, en ambos territorios pulmonares. Permite ver las desviaciones, adenopatías, derrames, etc. La ocupación del espacio libre, por delante de la columna, en posición oblicua, es de gran valor diagnóstico.

La radiografía no solamente nos ofrece mayor claridad, sino también nos permite hacer comparaciones más o menos alejadas, sobre el carácter de la enfermedad. Una tráquea desviada hacia el lado enfermo, justifica una sonoridad anormal en el hilio de ese lado. El mediastino retraído habla en favor de **viepos** procesos y la retracción hacia el lado sano nos hace pensar en tumores mediastinales.

■derrames, etc. Los bronquios, en el niño, son permeables a los rayos X₅ no así los senos venosos, bien perceptibles cuando hay dificultad en la circulación de retorno, como ocurre en las adenopatías traqueobrónquicas. Los antecedentes de alcoholismo, tabaco, sífilis y tuberculosis hacen los bronquios más opacos, con procesos de peribronquitis. La coqueluche da imágenes bronquiales en los niños, tanto más neta cuanto más grave es la infección. Produce, además, durante la convalecencia de las formas graves, infartos ganglionares de los tres territorios descritos: adenopatías simples que se transforman con facilidad en tuberculosas, que se acompañan o no de tisis brónquicas. Las formas ganglio-pulmonares se diagnostican clínicamente, pero la radiografía les ofrece su confirmación. Generalmente es unilateral, aunque puede invadir todos los ganglios y ambos pulmones. Las neoplasias y los tumores benignos pueden ocupar la zona, lo mismo que la aorta en los aneurismas de la descendente,

pericarditis, enfermedad de Hodking, etc.

La adenopatía traqueobrónquica

La coqueluche, clásica, frustra o larvada, produce alteraciones del árbol bronquial y hasta enfisema de los alveolos pulmonares que preparan el terreno para otras enfermedades infecciosas, a causa de la desnutrición producida por la tos emetizante, la falta de sueño reparador, etc. Una de las secuelas más frecuentes es la adenopatía traqueobrónquica, que se produce, unas veces, como primo-infección y otras, por el despertar de viejas lesiones hasta entonces latentes, en el organismo sensibilizado.

Esta adenopatía traqueobrónquica, no solamente se observa como secuela de la coqueluche en los niños, sino también en los adultos jóvenes. No es la coqueluche la única causa que la produce, pero siendo una de las más importantes, justo es que profundicemos su estudio al tratar de] espacio interescapular.

Aceptada unánimemente en los niños, la adenopatía traqueobrónquica masiva, tuberculosa,

ha sido discutida en el adulto. Después de los estudios de Borrel en Francia y los nuestros, en Buenos Aires, corresponde ampliar el horizonte de las tuberculosis traqueobrónquicas en el adulto, en lo que tienen de común y diferente con las formas gangliopulmonares.

No todo está suficientemente aclarado en cuanto a la adenopatía de los adultos. Para **Rist** hay una diferencia anatomopatológica: las adenopatías del niño son típicas, con ganglios grandes, esclerosos y con periadenitis. Los del adulto son de menor volumen, sin esclerosis, caesificación *ni* periadenitis. **Microscópicamente** los ganglios de los niños son foliculares y caseosos, y los de los adultos no. León Bernard sostiene haber encontrado en la masa **ganglionar** de los adultos, ese aspecto de castaña cocida característico de la adenopatía traqueobrónquica infantil. De *ello* saca dos conclusiones:

1^ Las lesiones pulmonares del adulto no provocan caseificación de los ganglios tráqueo-bronquiales.

^ En el adulto no se observa la caseosis ganglionar de las tuberculosis de los niños.

Por un espejismo, León Bernard explica esta diferencia por el concepto de la alergia de la primo-infección (Ranke), mientras que explica la falta de la lesión masiva caseosa, en el **adulto**, por el concepto de la reinfección. Es esta misma explicación

la que aclara el concepto.

Clínica y radiográficamente —y la autopsia lo demuestra— hay casos indiscutibles; el concepto de la primo-infección explica el por qué de *la* lesión del adulto, similar a la del niño. La tuberculosis ganglio-pulmonar se explica de la misma manera, aunque en ella influya, a veces, no la reinfección, sino la infección masiva por vía aérea.

A veces estas adenopatías tienen una resolución **favorable**. Son las formas ganglionares mediastínicas, de cuyo diagnóstico se ha hecho un verdadero abuso; otras veces, invaden por contigüidad el pulmón y se transforman en ganglio-pulmonares, y, por último, son capaces de vaciar en órganos vecinos su sustancia caseosa, sembrando tuberculosis o afectando al esófago, los bronquios o la pleura. Se han señalado también generalizaciones de procesos como el señalado por Nobecourt, en un enfermo de 38 años que, después de un estado semifébril de 5 o 6 días, entra en apirexia, muriendo unos meses después de una granulía y encontrando en la autopsia voluminosos ganglios traqueobronquiales.

La invasión tuberculosa de los ganglios traqueobrónquicos se manifiesta, en primer lugar, por síntomas generales: adelgazamiento, pérdida de apetito, temperatura. Esto es común para el niño y el adulto. En los enfermos afectos de coqueluche, cuando ya las quintas han pasado o dismi-

nuido en número e intensidad, se observa que el niño, que venía desnutriéndose, comienza a tener temperatura. Esta puede presentarse en forma de febrícula con remisiones matinales o de fiebre alta que pasa a 39°, con remisiones de más de un grado. El examen de la región **interescapular** ofrece; gran soplo hilar que se propaga en forma de abanico, una respiración a veces debilitada en el resto del pulmón, signo de d'Espine, broncofonía y matites paravertebral con exageración de las vibraciones vocales. La **matitez** conviene certificarla percutiendo con el dedo bien adaptado, en forma vertical. Se prestará mayor valor si se encuentran, más pronunciados, en una zona **interescapular**. Que en otra los síntomas que enumeramos.

En el examen radiológico se nota el aumento de la zona del **hilio**, tanto en posición frontal como en posiciones oblicuas, y, con Mery. se pueden distinguir cinco estados diferentes:

1°—Adenopatía traqueobronquial simple, con ganglios del tamaño de una almendra al de una avellana. Los contornos son limpios.

2°—**Adenopatía**, congestión y periadenitis; block opaco, hilar, en el que no se disocia la zona vascular de la ganglionar. La claridad brónquica ha desaparecido. Algunos ganglios están caseificados y en su periferia se nota congestión del tejido celular vecino.

3°—**Adenopatía** con extensión parenquimatosa. Constituyen en realidad tuberculosis gangliopulmonares. Al block opaco hilar se agrega una zona oscura que contrasta con el resto de la imagen pulmonar.

4°—**Adenopatía** con calcificación. Son pequeñas manchas, muy opacas, de contornos netos, a veces irregulares y anfractuosos. Suele haber en la radiografía muchos ganglios más o menos alejados.

5° — **Adenopatía** mediastinal " voluminosa. Es un tumor ganglionar formado por una gruesa masa de contornos policíclicos sin periadenitis; su observación es rara y cuando se encuentra, se modifica favorablemente con la radioterapia.

O. F. Noguera.

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

— i

Por Guillermo E. Durón

Ninguna puerta es más ampliamente abierta para la farsa, que la que ofrecen las especialidades farmacéuticas. Desde los tiempos remotos se vendieron aguas maravillosas que curaban toda clase de dolencias, y la humanidad ha tenido gusto en creer siempre en todo aquello que va acompañado de misterio y de superstición.

La medicina moderna, que basa Hipo-nósticos en hechos comprobados, donde se encuentran como auxiliares los exámenes químicos y bacteriológicos, va descartando los curalotodo, creación de la charlatanería, haciendo implantar leyes que limiten su venta y la prohiban en casos en que la naturaleza de ellos así lo exija.

Entre las Especialidades Farmacéuticas se encuentran algunas que implican largos años de estudio y observación, con el objeto principal de ayudar a la humanidad: son pocas.

La composición de éstas no es la resultante de la adición de unas cuantas drogas o sustancias químicas definidas, cuya acción fisiológica sea similar; generalmente demuestran el esfuerzo del hombre, que conociendo la ineptitud de las sustancias medicinales obtenidas de manera natural de plantas o animales, para curar ciertos males, quieren mejorar tales condicio-

nes preparando sintéticamente compuestos de radicales químicos isómeros, pero de acción más eficaz y segura.

Ante las distintas variedades de Malaria, que hoy son un azote constante en todas partes, y cuando la quinina y sus sales nada" puede hacer, los químicos lanzan al mercado —no sólo para enriquecerse y nunca para engañar— preparados tales como la Atebrina, Plasmokino, Quinoplasmina, etc, que reúnen condiciones mejores y dan resultados de acuerdo con ellas, en la lucha contra el Paludismo.

Así han aparecido el Novoarsenobenzol, el yodo-bismutato de quinina, el Yatrén la Anayodina. hexilresorsinol etc., viniendo a demostrar 'que de la investigación científica por la cual pagan los grandes laboratorios del mundo sumas fabulosas, se obtienen las nuevas y poderosas armas con que hoy cuenta la medicina para combatir las enfermedades.

Pero, ¿opdrán llamarse preparados útiles y necesarios los que se hacen con el único objeto de llenar los bolsillos del fabricante? Los que día a día eliminan al médico y minan los organismos de sus consumidores? „„. En los países de mayor importancia mundial, se hace campaña en favor del médico y del farmacéutico, con el objeto de favo-

recer a la comunidad. El médico está capacitado para curar; el farmacéutico lo está para ayudar al médico, interpretando sus ideas, y dándole en debida forma lo que él necesita.

Hay especialidades que no son otra cosa que fórmulas tomadas de las Farmacopeas Oficiales, y preparadas con nombres llamativos: las hay que pretenden servir para curar miles de males, y cuya fórmula demuestra que no podrían curar ninguna; las hay que con el tiempo sufren transformaciones que alteran sus efectos con peligro de las vidas de los pacientes; existen algunas cuyo valor en oro no es un centavo y que se venden por varios dólares.

Hay que pensar que algunas especialidades farmacéuticas han hecho millonarios a individuos que hoy se llaman pomposamente filántropos, donando dinero y obras a instituciones benéficas, dinero que fue hecho engañando a la masa del pueblo, que como en el tiempo de los alquimistas, sigue dejándose

engañar de aguas maravillosas que se toman cuando los astros así lo indican. . .

Las razas ejercen su acción dominante hasta en estos detalles, al parecer insignificantes: los extranjeros quieren hacernos tragar "sus pildoras" a la fuerza; y si les pedimos que para tragarlas nos den algunos centavos, se indignan y nos amenazan con dejarnos morir sin sus valiosos e insustituibles remedios...

Nosotros, que conocemos la competencia de nuestros facultativos, y la farsa de la mayoría de las especialidades farmacéuticas, hemos sentido verdadera alegría cuando hemos visto que las autoridades de nuestro país apoyan la labor meritoria de la Facultad de Medicina y Farmacia en toda forma, y cuya labor en parte ha sido la selección científica y verdadera de las Especialidades Farmacéuticas.

Nos reservamos para otro artículo, la clasificación y estudio de las especialidades hoy en el mercado de drogas nuestro.

El tratamiento de los Vómitos Dravídicos por la Insulina

Habida cuenta del sinnúmero de opiniones emitidas respecto a la Patogenia de los vómitos de las embarazadas, hasta hoy desconocida, nada es de extrañar, se emplean en la práctica múltiples tratamientos, con mayor o menor éxito, pero casi siempre etiológicamente incorrectos.

Por la gran frecuencia de los vómitos incoercibles y su rebeldía a los tratamientos hasta hoy indicados en la mayor parte de los casos, transcribimos esta contribución a su estudio del Dr. B. González Sierra ("Medicina Latina", noviembre de 1931).

El hecho de que un tanto por ciento muy elevado de embarazadas, no finalice su gestación sin haber tenido vómitos, puede considerarse como raro, de aquí, que muchas de ellas aceptándolos como cosa natural no concurren al médico más que en casos de persistencia de los mismos y cuando el quebrantamiento de su estado general las obliga.

Por ese motivo diferenciaremos aquellas pacientes que en su primera mitad del embarazo tienen vómitos matutinos fácilmente corregibles y nos ocuparemos preferentemente de aquellas otras en las que estas manifestaciones son más ostensibles y se producen en la mitad y último tercio de la gestación.

Patogenia. —Conceptuando los vómitos gravídicos de origen

tóxico, no podemos dejar de reconocer que muchos de ellos en los primeros meses son de origen histérico-nervioso (Kaltenbach-Ahlfeld), aun cuando es incuestionable que un gran número de embarazadas con un sistema nervioso normal, se ha observado la hiperemesis en grados severos. No se puede negar que una labilidad nerviosa es circunstancia predisponente de importancia, pero en ninguna forma causa única del vómito, a pesar de opiniones que no se pueden conceptuar como antiguas (Winter), que ha vuelto a poner de manifiesto conceptos abandonados.

La existencia de zonas vomitógenas en el istmo uterino, los trastornos reflejos producidos por malposiciones de esta viscera, trastornos psicógenos, etc., abundan en este sentido.

Esto aparte, la observación clínica sistemática y los hallazgos histopatológicos de autopsia, nos han afirmado más en el sentido de la concepción de la teoría tóxica de la hiperemesis. Sin duda es este un terreno más firme. Hasta hoy conocemos muy poco de estos venenos que se producen en el organismo de la mujer embarazada, no obstante, su realidad parece indudable, pues las alteraciones anatomopatológicas de hígado, riñones, etc., difícilmente podrían explicarse no

siendo producidas por la acción de sustancias tóxicas. La acción beneficiosa de la sueroterapia homologa (Mayer y Linser) y de la interrupción del embarazo constituyen pruebas en apoyo de esta hipótesis.

En el sentir de Seitz se trata de productos anormales del desdoblamiento de las albúminas. En estos últimos tiempos se ha pensado en las irregularidades del recambio mineral de hidrógeno.

Rusca Vilardell fija su atención sobre la correlación que pudiera existir acerca de la evolución de las islas de Langerhans en el embrión humano para ver si su secreción interna se relaciona con la desaparición de los fenómenos de auto-intoxicación-gravídica.

Debemos tener presentes las alteraciones endocrinas, cuyo papel nos parece muy importante (deficiencias de absorción del cuerpo lúteo insuficiencia su-

prarrenal). La relación íntima de diversas glándulas endocrinas explicarla la acción similar ocasional efectuada por la administración terapéutica de extracto tiroideo, para tiroideo, adrenalina, etc.

Asimismo debemos tener presentes las alteraciones del metabolismo y de la nutrición, pues durante el embarazo normal la reserva alcalina está disminuida, siendo este factor acidótico el promotor de vómitos y de la toxemia gravídica, como verdaderas reacciones hipoglucémicas.

El factor renal tiene una importancia no despreciable en la producción de fenómenos autotóxicos, motivo por el cual debe tenerse siempre presente la posible existencia de una retención clorurada y nitrogenada más grave muchas veces que la existencia de albúmina.

En suma: lo más lógico de nuestros actuales conocimientos es considerar la hiperemesis gra-

vídica como una toxicosis en cuya aparición y evolución participan determinados factores nerviosos, endocrinos y constitucionales.

Esta idea en nuestro sentir, es aplicable a todos los grados de vómitos gravidicos, desde los más ligeros hasta los cuadros más graves (hiperemesis), 'Caracterizados por acetonuria y urobilignuria, cilindraría, graves trastornos de pulso, etc.

En los primeros casos se trata de alteraciones orgánicas fácilmente reparables, tal vez no demostrables por nuestros métodos de investigación; en los segundos las lesiones son de tal importancia, que no se pueden compensar. En síntesis, se trata de diferentes matices de un mismo proceso tóxico, y conste que al sumarnos a este modo de pensar no ignoramos algunas opiniones contrarias.

TRATAMIENTO

Como se infiere por lo expuesto, el tratamiento de los vómitos gravidicos ha sido y continúa siendo puramente sintomático. Y es lógico que así sea, mientras no se desvanezcan las oscuridades etiológicas del proceso tan sólo abordable en la actualidad en una forma empírica.

A nuestro juicio, este tratamiento debemos considerarlo en dos aspectos: preventivo y paliativo o curativo.

El primero, en esencia, *no* es otra cosa que una serie de preceutos higiénicos, entre los cua-

les tiene capital importancia la dieta.

Dieta. — Durante los primeros meses de embarazo no son infrecuentes las perturbaciones de las apetencias alimenticias de las mujeres, de origen neurósico, muchas veces reforzadas por las creencias más vulgares. Nuestro primer cuidado debe ser la indicación de una alimentación adecuada, entendiendo por tal un régimen mixto con ligera restricción de grasa y albúminas animales (que pueden compensarse por medio de proteínas de origen vegetal) y una regulación hidrocarbonada bien establecida.

No es preciso insistir en la prohibición absoluta de alimentos excitantes y en la conveniencia de evitar las influencias psíquicas perniciosas. Vida sana, en cuanto sea posible, ejercicio físico moderado. En resumen, la mejor profilaxia estriba en una exaltación de los cuidados higiénicos generales o en el tratamiento de aquellas enfermedades predisponentes.

Innecesario nos parece hacer mención especial de aquellas pacientes que por padecer lesiones gástricas, hepáticas o pancreáticas son tributarias de especiales cuidados, cuyo comentario escapa a la brevedad de nuestra aportación.

Numerosos han sido los medicamentos empleados para combatir los vómitos gravidicos.

No pretendemos aquí hacer una crítica de los mismos. Con-

signemos algunos más difundidos como el oxalato de cerio, la tintura de estriknina asociada a substancias alcalinas, la orexina, **urotropina** endovenosa, la adrenalina y otras preparados organoterápicos, hemoterapia, etc.

También se han empleado preparados de bromo o como aconseja Pal, la papaverina, de reconocida acción antiespasmódica. Todos estos medios asociados a un régimen oscilante desde pequeñas restricciones alimenticias hasta las dietas más severas.

Advirtamos los resultados obtenidos por internamiento de las pacientes en sanatorios, tratamientos psicoterápicos, Quirúrgicos, etc.

Insulina. — Los conocimientos bioquímicos adquiridos últimamente que nos han dado a conocer el metabolismo de los principios inmediatos en las embarazadas han marcado nuevos derroteros en el tratamiento de los vómitos gravídicos.

B. Me Nider ha estudiado el valor de las soluciones de glucosa en la sangre de los animales preñados como mantenedora del equilibrio ácido básico.

Sus conclusiones parecen negativas a esta acción protectora de la glucosa en oposición a otros resultados.

Pérez Velasco, en un trabajo sobre "Acidosis y embarazo" ("Boletín de Bibliografía Médico-quirúrgica"), hace referencia a los trabajos recientes de Boekelman y oBek sobre la toxicosis e hiperemesís **gravídicas**, haciendo resaltar los altos valores de acetona en sangre obtenidos, y como consecuencia, recomienda la terapéutica insulínica.

Desde el año 1924, Talhimber, que había empleado la insulina en el tratamiento de acidosis no diabéticas, la ensayó en los vómitos incoercibles del embarazo.

Señalamos la opinión de Seiltz sobre diez casos de hiperémesis de los más graves, en los cuales se empleó la insulina. El examen

de la cetona y ácido diacético, resultó positivo en siete casos. En todos con la administración de insulina subió el peso corporal se suprimieron los vómitos y el contenido de acetona en la orina bajó con rapidez.

Los doctores Lequeux, Andre Weil y Landat, presentaron en el año 1924 a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París un caso de vómitos incoercibles con acidosis, tratado brillantemente con insulina.

Mendoza de Bilbao, Torello, Carrasco Formiguera, King E. L., Thalhimer W., Murauga C, Le Febre, **Howit** H. O., Constance E. D., Arcy, Sellers T. B., publican posteriormente casos tratados con insulina y glucosa con brillante resultado.

Animados por estos resultados, desde hace dos años venimos empleando el tratamiento insulina-glucosa, que también tiene sus detractores (Titus en Norte América y Blanco Soler en España), con resultados satisfactorios.

¿Queremos decir con esto **que** todos los casos de vómitos durante la gestación sean tributarios del tratamiento insulínico? No. Hemos de evitar hacer concesiones a snobismos en desarmonía con una conducta científica.

Para que del tratamiento insulínico se obtenga la máxima eficacia, es fundamental la determinación de algunas condiciones previas.

19 *Elección de casos.* — No todas las enfermas son tributarias del tratamiento insulínico. Nosotros sólo lo empleamos en aquellas pacientes en las cuales se encuentra un déficit en la compensación alcalina.

20 *Determinación de dosis.*—La dosis a emplear debe estar en relación con el peso de la enferma, Ph de la sangre y grado de acetonuria (coeficiente de Maillard-Laugebeg). Nosotros iniciamos el tratamiento administrando mañana y tarde una inyección de 10 unidades de insulina asociada al suero glucosado,

REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. Paredes P.

La intervención quirúrgica en ciertas icterias por retención sin obstáculo. — La influencia del drenaje biliar externo sobre las funciones hepáticas.

Pierre Mocquot en el Journal de Chirurgie admite con muchos autores, aunque algunos médicos y cirujanos no lo aceptan, el **síndrome** clínico de la ictericia por retención sin obstáculo.

Dos observaciones recientes apoyan, tanto lo dicho como los

como tanteo previo, aumentando el número de unidades de insulina si no se presentan trastornos hipoglucémicos.

3° Combatir la deshidratación bien manifiesta de estas enfermas, por medio de inyecciones repetidas de suero evitando la desnutrición con un régimen dietético apropiado, de comidas poco copiosas pero sí frecuentes, frías y metódicas, pues el apetito de estas enfermas siempre es caprichoso, **cuidándonos** mucho de regular la función intestinal.

Con el tratamiento predicho, los resultados son halagüeños y permiten recomendar la práctica del mismo sin el temor que algunos autores tienen a las crisis hipoglucémicas, pues haciendo un empleo discreto de la insulina no hemos observado nunca el menos incidente.

En su **consecuencia** podemos

felices resultados del tratamiento quirúrgico.

En la primera, una señora que sufre desde hace 9 años de trastornos hepáticos y digestivos, se le practica una colecistostomía que da lugar a salida de bilis, **125** gramos el primer día; **150** el segundo y se mantiene entre 50 y 75 gramos hasta el 15°. Los primeros días la bilis era muy oscura, poco a poco fue aclarándose con grandes variaciones de color. Al vigésimo fue quitada la

concretar nuestras observaciones resumiéndolas del modo siguiente :

CONCLUSIONES

1° Los vómitos gravídicos son tributarios del tratamiento insulínico.

2° El tratamiento insulínico deberá ir precedido siempre de la determinación de glucosa de la sangre.

3° Dada la predisposición de estas enfermas al choc hipoglucémico durante el tratamiento, se deberá ser prudente en el empleo de la insulina asociándola siempre **al suero glucosado**. La dosificación dependerá del análisis de orina y de la cantidad de cuerpos acetónicos.

4° Toda embarazada con vómitos debe ser examinada atentamente para investigar las posibles causas de los mismos.

(Tomado de El Día Médico).

sonda y no salió más bilis. Se le hace por el agujero vesicular una inyección de lipiodol y una radiografía muestra el cístico hepático y colédoco completamente libres. Los trastornos van desapareciendo y cuatro meses después de operado el individuo se encuentra en muy buen estado.

El otro caso es más o menos igual a éste, citándose además buen número de observaciones de varios cirujanos.

¿Cuánto tiempo debe mantenerse el drenaje? Un mes, dos y en un caso 3 años. Es cuestión que se resolverá según el estado del enfermo.

*Tratamiento ambulatorio del
Hidrocele por el método
Kirschner*

Kaisten Keltel de Copenhague, ha observado, en 177 intervenciones practicadas en la clínica Joyer-Jensen, 41/2% de recidivas, sensiblemente la misma encontrada por Heyman en una serie de 214 inversiones de la vaginal.

La técnica de Kirschner es la siguiente: Anestesia local, la mano izquierda toma el polo inferior del tumor y lo empuja hacia el anillo inguinal y hacia la pared anterior del escroto. La piel tensa se incinde para que salga el tumor. Incisión en cruz de las túnicas del hidrocele y evacuación del líquido; hemostasia cuidadosa y exploración del testículo. Después se pasan cuatro hilos tomando cada ángulo

de la incisión crucial y se vuelven a pasar a través de la vaginal de dentro a fuera de modo que coaptan las caras internas, quedando una amplia abertura cuadrangular en el polo inferior del saco; reducción del saco y sutura cutánea. Cambio de curación, al cuarto día. quitada de hilos al 109. El enfermo puede irse a su casa el día mismo de la operación. Durante los primeros días se nota a menudo un ligero edema del escroto.

Es capital situar justamente en el polo inferior el orificio, de lo contrario el testículo, haciendo de flotador, obturaría y esa es la causa principal de la recidiva.

Tratamiento de las fistulas vecico-vaginales por laparotomía

Caso presentado por E. Vogt de Zwickan, referente a una vieja fistula véscico-vaginal, por histerectomía vaginal tratada por dos veces sin éxito.

Laparotomía bajo raquianestesia. Desprendimiento de la ilíaca al muñón vaginal y a la vejiga, después de extirpar los anexos izquierdos adheridos a la fístula sin abrir la vajina.

Para exponer bien la fístula llenan con tapones de gasa la vagina, la cual es empujada hacia arriba por un ayudante. Exciación del trayecto fistuloso en 10 1/2, cms., sutura de la vejiga, mucosa exceptuada, con catgut y colocación de tejidos sanos y peritoneo por encima. Sutura de la pared vaginal y peritonización. Tabicamiento de la pelvis

La importancia de las Hormonas del Lóbulo anterior de la Hipófisis (prolanes) para la función genital, el embarazo y el problema de los tumores.

*Por el Prof. Dr.
Bernhard Zondek
(Berlín)*

Atendiendo a la amable invitación de la Redacción, me complazco en informar con la brevedad posible sobre los estudios realizados por mí en los últimos años en el dominio de la hormonas. En 1925 conseguí, con la colaboración de Brahn, la obtención de la hormona folicular en solución acuosa (la actual "foliculación"), por lo que esta hormona se encuentra ya en uso clínico desde hace varios años. Con la foliculina podemos provocar el estado de celo (oestrus) tanto en el roedor infantil, como en el adulto castrado. Al investigar los ovarios de estos animales puestos artificialmente, por la foliculina, en estado de madurez sexual prematura, comprobamos, con gran sorpresa, que los ovarios mismos no eran influidos para nada por la foliculina. El impulso de la función ovárica no debía de provenir, por lo tanto, del ovario mismo, por lo que tenía que buscarse fuera de éste, en otra región del organismo. En efecto, lo encontré en el lóbulo anterior de la hipófisis. Implantando a un animal infantil un trocito de lóbulo anterior de la hipófisis —el lóbulo poste-

rior y las demás glándulas resultan inactivos— de hombre o animal, de un organismo masculino o femenino, joven o en envejecimiento, se producen en las 100 horas siguientes modificaciones enormes del animal infantil. Este alcanza la madurez sexual. Pero implantando el lóbulo anterior a un animal infantil castrado, no se produce efecto alguno sobre el aparato sexual. Resulta, pues, que el lóbulo anterior sólo actúa por vía de la glándula sexual. No entraré aquí en detalles sobre las investigaciones, limitándome únicamente a exponer las conclusiones que sacamos de estos experimentos con la hipófisis: el lóbulo anterior de la hipófisis es el motor de la función sexual; las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis son las hormonas sexuales no específicas, generales y directoras. Las hormonas del lóbulo anterior son lo primario; las hormonas sexuales, lo secundario.

La aportación de sustancia de lóbulo anterior provoca en el ovario del roedor infantil (ratón, rata, conejo) un triás de modificaciones morfológicas y funcionales, a saber:

HVR I—Madurez folicular y celo.

HVR II—**Hemorragias** múltiples en el dilatado folículo (puntos hemáticos).

HVR III---Formación de cuerpos amarillos (**luteinización**).

Lo importante práctico es el hecho de que estas tres reacciones (HVR—III) pueden ser empleadas como método exacto para la comprobación de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis (Prueba de Zondek-Aschheim), lo que permitió la importancia de las mismas para el organismo.

Con ayuda de esta prueba se consiguió preparar la hormona de lóbulo anterior de hipófisis

que he llamado "**Prolán**", Clínicamente, el Prolán ha dado resultado en las alteraciones de la función ovárica, especialmente en la amenorrea e hipomenorrea; en estos casos doy la preferencia a un tratamiento combinado con Prolán y foliculina—los primeros 10 días. Prolán (1 ampolla diaria por vía intramuscular) ; después, foliculina sola o acompañada de Prolán.—. Esta hormonoterapia me ha dado buenos resultados también en los casos de esterilidad **por** hipoplasia del útero. El Prolán provoca hiperemia específica de todos los órganos genitales femeninos. Esta acción hiperemizante del Prolán ha sido aprovechada por mí para el tratamiento de las afecciones inflamato-

rias de los anexos. En estos casos el Prolán determina hiperemia de la pelvis, con la consiguiente acción curativa. En los casos de tumores agudos piógenos de los anexos, elimino por punción el pus e inyecto 10 días seguidos 1 ampolla (— 100 unidades de rata) de Prolán. En los casos de tumores subagudos y crónicos de los anexos, se emplea sólo Prolán, habiéndose demostrado que así es acertada notablemente la curación. Según han demostrado H. Zondek y Kohler, un tratamiento de meses por el Prolán influye favorablemente sobre el grave síndrome de la caquexia hipofisaria.

En el lóbulo anterior de la hipófisis son producidas 2 hormonas sexuales directoras: la hormona de la madurez folicular (A) y la de la luteinización (B). La dualidad de los Prolanes no demuestra que en el ovario son producidas dos hormonas: la del folículo y la del cuerpo amarillo. Según esto, la hormona provocada de la madurez folicular (HVH-A) es la hormona sexual directora, que mediante la foliulina provoca la fase de proliferación; en tanto que la hormona luteinizante que produce el lóbulo anterior (HVH-B) es la hormona sexual directora que mediante el cuerpo amarillo provoca la fase de secreción en el aparato sexual femenino y al mismo cuida del mantenimiento del óvulo fecundado.

El Prolán tiene acción también sobre el aparato sexual masculi-

no, pero no de manera tan pronunciada como sobre el femenino —como hemos podido comprobarlo nosotros, de acuerdo con P. E. Smith, Steinach y Kun, Borst, Doderlein y Gustimirovic—. Con el Prolán podemos provocar cierto aumento del tamaño de los testículos y fuerte aumento del desarrollo de la próstata y sobre todo de las vesículas seminales; también es excitada la espermatogenia del animal infantil; pero no se consigue la provocación de una madurez espermática prematura plena. Con el empleo de dosis elevadas de Prolán se puede aumentar el crecimiento de los testículos, pero por hipertrofia del tejido intersticial, no por aumento del generativo. La acción del Prolán sobre el aparato sexual masculino se produce, lo mismo que en el ovario, por vía de la glándula sexual. El Prolán es inactivo en el macho castrado. De acuerdo con las investigaciones efectuadas con la colaboración de Boters, supongo que la hormona de la madurez folicular que produce el lóbulo anterior de la hipófisis (A) actúa sobre el aparato generativo; la de la luteinización (B), sobre el aparato¹ intersticial y los órganos accesorios.

Nuestra hipótesis considerando el lóbulo anterior de la hipófisis como el motor de la función sexual, no ha quedado sin refutar. Ha sido colocado el óvulo en madurez en el centro del proceso de la generación y ha presta-

do al cuerpo amarillo un papel director. Como ya he manifestado en mi libro, es indudable que el lóbulo anterior de la hipófisis es influido también por las hormonas del ovario, por lo que la foliculina puede actuar también como impulso y freno de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis. Dada la mutua dependencia de las glándulas endocrinas y la delicada graduación de los productos químicos suministrados por las glándulas, no nos debe sorprender que las mutuas relaciones de las glándulas sean muy variadas e íntimas. El motor de la función sexual —como me he expresado— puede ser regulado por la sustancia que produce el mismo. Pero persiste el hecho de que el lóbulo anterior de la hipófisis desenvuelve influencia sobre el proveso sexual, como se desprende de los experimentos siguientes: extirpando el lóbulo anterior de la hipófisis, cesa la vida funcional de la glándula sexual; sin lóbulo anterior no hay madurez folicular, ni es posible la fecundación; extirpando la glándula sexual, en cambio, no sólo continúa la vida funcional del lóbulo anterior, sino que además empieza sobre-

producción de Prolán; con el Prolán podemos provocar experimentalmente todas las fases del fenómeno sexual; el folículo madura y salta, los óvulos pascán por las trompas al útero. Además de esto he conseguido, con la colaboración de Boters, provocar la fecundación del óvulo madurado por el Prolán, del animal infantil, es decir, así ha sido posible el provocar gravidez en el organismo infantil, alcanzando de esta manera el punto máximo de la función genital: con el Prolán puede ser quebrantada la ley de la **latencia** de la función ovárica durante el embarazo, provocando nueva maduración de óvulos en el animal grávido; la dormida función ovárica del animal senil puede volver a ser puesta en marcha con el Prolán, lo que determina la reanudación rítmica del celo. Los citados hechos, comprobados por el experimento, demuestran, a nuestro juicio, lo acertado de nuestra hipótesis considerando el lóbulo anterior de la hipófisis como glándula sexual directora. La prueba para la comprobación de la hormona, de lóbulo anterior—las reacciones HVR II y III— constituye la base de

un método de diagnóstico, de la reacción hormonal del embarazo en la orina (Aschheim-Zondek). La orina matutina filtrada y, si es alcalina ligeramente acidulada, se inyecta en dosis ascendentes (6x0,2—6x0,4c. c.) a 5 ratones infantiles de 3 a 4 semanas y 6 a 8 gr. de peso. Si a las 100 horas se puede comprobar en algún ovario algún punto hemático (HVR II) o algún cuerpo amarillo HVR III). se puede establecer de ello el diagnóstico embarazado. Según la literatura mundial, las comprobaciones correspondientes han demostrado que este método tiene una seguridad de 98 a 99%, lo que se puede considerar como el óptimo de una reacción biológica. El método tiene dos inconvenientes: 1. No todas las orinas pudieron ser analizadas, por la acción tóxica que acusaban algunas. Por eso no se pudo someter a la prueba un 6 a 7% de las orinas. 2. La reacción dura 4 días. Estos inconvenientes he podido eliminarlos agitando la orina con **éter**, con lo que las sustancias tóxicas pasan al éter. Después se añade a la orina 3% de glucosa. De esta manera pueden ser investigadas todas las orinas y la reacción no dura ya 4 días, sino 3. Ahora empleo con toda regularidad mi método de azúcar-éter. Los americanos Friedmann y Schneider han señalado una modificación para acelerar todavía más la reacción del embarazo, y que consiste en inyectar la orina no a ratones por vía subcutánea, sino

a conejos por la intravenosa. Se inyectan 7.5 a 10 cc. de orina matutina por vía intravenosa, se vuelve a inyectar la misma dosis a las 24 horas y se lee el resultado al cabo de otras 24 horas. La reacción dura, por lo tanto, 48 horas. No creo recomendable acortar todavía más la reacción, porque los resultados pierden entonces exactitud. Con la reacción hormonal podemos diagnosticar el embarazo a los 5 o 6 días de no manifestarse la menstruación, de modo que se trata de un diagnóstico precoz.

Debemos recalcar que también se puede diagnosticar por la orina el embarazo patológico, tanto la mola hidatídica y su estado consecutivo, el epiteloma del **cortón**. Bajo esta degeneración patológica de las vellosidades del corión se produce una fuerte sobreproducción y notable aumento de la eliminación del Prolán por la orina, con lo que los análisis hormonales cuantitativos de la orina permiten establecer el diagnóstico mola o epiteloma de corión. Durante el embarazo normal son eliminadas 5.000 a 30.000 unidades de ratón de Prolán por litro de orina, en tanto que durante el embarazo patológicamente alterado se eleva esta eliminación hasta 500.000 unidades por litro. El diagnóstico es tanto más seguro, cuanto más pasa el contenido hormonal de la orina de 100.000 unidades por litro. Si es posible provocar ya la reacción con 0,005 cc. de orina (=200.000 unidades de

ratón por litro), queda confirmado, según mis resultados, el diagnóstico "mola" o "epitelioma de corión". Sólo la reacción positiva es aprovechable para el diagnóstico. Después de la expulsión de la mola hidatídica el médico está obligado a practicar la reacción del embarazo a intervalos regulares. Si la reacción negativa se vuelve positiva sin haber nuevo embarazo, es que hay epitelioma de corión. De esta manera **estamos** en condiciones de diagnosticar esta maligna enfermedad en sus estados iniciales, caso que hasta ahora no era posible.

La mayor eliminación de Prolán en el epitelioma de corión, me conduce al problema de los tumores. En los estudios sobre los tumores logré adelantar sólo por el conocimiento de que aquí se trata de un problema hormonal cuantitativo, de que la eliminación del Prolán en los enfermos de tumor se encuentra entre la eliminación fisiológica, por un lado, y la mayor excreción durante el embarazo. Según mis análisis, la eliminación fisiológica de Prolán importa en la mujer sana 5 unidades de ratón por litro, durante el embarazo aumenta en mil veces y en los enfermos de tumor está aumentada sólo 20 a 30 veces frente a

lo normal. Los enfermos de tumor eliminan por término medio 100 a 150 unidades de ratón por litro de orina. Conviene advertir que con la orina de mujeres carcinomatosas sólo se pudo conseguir en general la reacción HVR I y raras veces las **HVR II** y **III** en el ratón infantil, de modo que en la orina de las cancerosas solamente está aumentada la hormona de la madurez folicular (A), no la de la luteinización (B). La mayor eliminación hormonal por la orina de las cancerosas, no se puede aprovechar en general para diagnóstico, porque a veces la registramos también en los casos de tumores benignos. Pero aquí ocupan un lugar excepcional los tumores malignos de los órganos genitales; en efecto, en los casos de tumores genitales benignos de la **mujer**, se registra en el 20% mayor eliminación de Prolán; este hallazgo podemos hacerlo igualmente en el 36% de los casos de carcinoma extragenital de la mujer, en tanto que la cifra se eleva al 80% de casos en el tumor genital maligno de la mujer. Vemos pues que en la reacción hormonal no interviene sólo el tejido carcinomatoso, sino también el asiento de carcinoma en cierto órganos, aquí en los genitales. De todo esto se despren-

de la cuestión de si estas condiciones hormonales excepcionales se refieren sólo al carcinoma genital de la mujer o al carcinoma genital en general. Por eso hubo que hacer investigaciones también en hombres. Los análisis urinarios resultaron negativos en los casos de carcinoma extragenital y de la próstata, pero positivos en los de tumor maligno de los testículos. Si la orina del paciente da HVR I positiva en el ratón infantil, ello significa que hay que sospechar la existencia de tumor maligno de los testículos. Si con la orina nativa y concentrada 5 veces podemos provocar en el ratón las reacciones HVR II y III, puede aprovecharse el hallazgo para el diagnóstico del tumor maligno del testículo (1). Las reacciones, o sea las HVR II y III, que nos señalan en la mujer la existencia de un embarazo, permiten diagnosticar en el hombre la existencia de un tumor maligno del testículo. Lo correspondiente es aquí el hecho de que la mayor eliminación de Prolán en la orina del hombre se produce principalmente en los casos en que se trata de un epiteloma de corión del testículo, aunque en casos raros pueden dar también una reacción positiva los tumores testiculares de células grandes (seminomas). En dos casos pude establecer con seguridad el diag-

(1) Según demostró E. J. Kraus, se pueden encontrar a veces condiciones análogas en los casos de tumor cerebral y presión cerebral.

nóstico "tumor maligno del testículo" por la comprobación del Prolán en el líquido hidrocelico, en tanto que el anatomista patólogo (Prof. Anders) no pudo conseguir ningún punto de apoyo para el diagnóstico de tumor maligno, pues los métodos citológicos ordinarios no permitieron comprobar células de tumor en el material de la punción. En estos dos casos resultó superior el aquí descrito método biológico-hormónico.

Si se provocan las reacciones HVR II y III, mediante la implantación de pequeños trozos de tumor (0,05 a 0,1 gr.) o pequeñas cantidades de extracto de tejido tumoral, se puede establecer sobre esta base el diagnóstico de la malignidad del tejido investigado. Con todo esto se ha colocado la primera piedra para el desenvolvimiento de un método al *que quisiera denominar "tisudiagnosis hormonal"*. De los procesos biológicos provocados en el cuerpo animal —la hemorragia folicular (HVR II) y la formación del cuerpo amarillo (HVR III)— podemos deducir en determinadas condiciones el género de crecimiento del tejido tumoral humano implantado, es decir, hacer la determinación de su malignidad.

La importancia del Prolán para el problema de los tumores, se desprende ya de la posibilidad de paralizar en alto grado el desarrollo del carcinoma experimental del ratón (Ehrlich) con dosis elevadas de Prolán, como

ha sido demostrado por H. Zondeck y Hartoch. Los tumores resultan debilitados de tal manera en su vitalidad, que en su trasplante ulterior (segundo pasaje) prenden poco o nada.

Finalmente hemos de señalar una posibilidad de diagnóstico basada en la comprobación de la eliminación exagerada de la hormona de la madurez folicular (HVH-A) en los adultos. Como he demostrado, la hipófisis secreta mayor cantidad de hormona de la madurez folicular en el momento en que las glándulas sexuales interrumpen su función. Si se castra por operación una mujer de sexualidad madura—cosa que los ginecólogos estamos obligados a hacer muchas veces con motivo de modificaciones patológicas de los ovarios—, comprobamos en la inmensa mayoría de los casos la presencia de la hormona de la madurez folicular en la orina a las 2 semanas de la operación. Si el caso nos permitió dejar un resto de ovario, el análisis hormonal de la orina nos permite sacar conclusiones sobre la función del mismo, que en un hombre joven que tuvo que ser castrado por operación, se comprobó. Igualmente el aumento del Prolán de la orina a las 3 semanas de la operación. El aumento de la eliminación urinaria de la hormona parece constituir, por lo tanto, una ley biológica en el hombre. En la orina de ratones y bovinos castrados no pude encontrar aumento de la eliminación

hormónica, pero sí en la de ratas y caballos castrados.

¿Cómo podemos explicar los hallazgos del Prolán después de la castración? —1) El Prolán actúa sobre el ovario. Cuando falta el tejido ovarial y así el punto de acción del Prolán, es de comprender que el Prolán producido entonces inútilmente sea eliminado por la orina. 2) Las glándulas sexuales pueden actuar también, según se ha dicho, como frenos del lóbulo anterior de la hipófisis. Faltando el aparato de freno, es de comprender que el lóbulo anterior produzca en mayor medida sus hormonas, que entonces son eliminadas por la orina. Esta hipótesis es confirmada por la comunicación de Evans, quien manifiesta que las hipófisis de los animales castrados acusan un contenido hormonal mucho mayor que las otras —comprobación hecha con nuestro método—. Es posible que ambas causas coincidan, es decir, la falta de los sitios de actuación de la hormona de la madurez folicular y del freno de la hipófisis por las glándulas sexuales después de la castración. Mediante el análisis hormonal de la orina (hormona de la madurez folicular — HVH-A) podemos comprobar en el hombre que ha llegado a la interrupción tanto la función sexual, como la falta de las glándulas sexuales.

(Tomado de la Revista Médica Germano-Ibero-Amecirana).

La lucha contra el Paludismo con los nuevos medicamentos sintéticos Plasmoquina y Atebrina

Por el PROFESOR DR. P. MUHLENS. Hamburgo

(Concluye)

Mis primeros tratamientos en 7 casos de perniciosa y 4 de terciaria, en noviembre y diciembre de 1930, con dosis de 3 veces 0,1 gr. de Atebrina 5 días seguidos, confirmaron ya los resultados de Sioli y Peter: fiebre y parásitos desaparecieron de la sangre periférica en un plazo de 3 días —a lo sumo de 6— con la sola excepción de los gametos (cuerpos en media luna) de la fiebre perniciosa. En cambio parecía que los esquizontes de la perniciosa eran atacados antes y con más intensidad con la Atebrina, que por la Plasmoquina y hasta por la quinina. Pero cuando combinábamos la Atebrina (3 veces al día 0,1 gr.) con la Plasmoquina (3 veces al día (0,01 gr.) desaparecían tanto los esquizontes como los gametos, por lo general en 3 a 6 días. Al administrar desde un principio la

combinación **Atebrina-Plasmoquina**, en los casos que solamente presentaban esquizontes de la perniciosa, se evitaba casi siempre la formación de los gametos. En los casos en que estos últimos se presentaban, no obstante, en número escaso, al principio, volvían a desaparecer por lo general en 1 a 2 días.

Además pude comprobar, que también la fiebre cuartana puede ser curada con la Atebrina, aunque los gametos de ésta suelen desaparecer con más lentitud que bajo el tratamiento píasmoquinico.

Por último se ensayó la Atebrina en un caso muy grave de *idiosincracia quinínica* con hemorragias de la piel y mucosas, y en un candidato a la fiebre hemoglobinúrica. En estos tios casos la tolerancia fue perfecta.

En tanto que después de estas previas comprobaciones mi colaborador O. Fischer proseguía los ensayos en nuestro Instituto de Hamburgo —desde diciembre de 1930—, mi viaje a Venezuela y México —enero a marzo de 1931— me ofreció repetidas ocasiones de tratar casos agudos y crónicos de paludismo, entre los que se contaban numerosos niños, v. gr. con el Dr. Bennarroche en Maracay (Venezuela); con el Padre Benedictino Hieronymus Boos, en el Asilo de Huérfanos de Maracay; con el Dr. H. Cuenca, en Maracaibo (Venezuela), y últimamente en la finca "La Granja" (Chiapas-México), todas éstas zonas palúdicas propiamente dichas de países tropicales. Asimismo animé en Colombia a los colegas Dr. Rehbein (Barranquilla) y Dr. Thonnard-Neumann (Santa Marta) a efectuar comprobaciones, después de haber hablado con ellos detenidamente sobre los métodos de tratamiento, a mi paso por Barranquilla.

Los resultados de todas estas observaciones registrada¹: en América del Sur y Central, que se prosiguieron y ampliaron por los citados colegas después de mi partida, serán publicados oportunamente por dichos señores.

Hoy sólo puedo manifestar de antemano y resumidamente lo siguiente: Los pacientes tratados en dichos países, entre los que se contaban algunos casos graves de perniciosa y varios de infecciones dobles (perniciosa +terciana), reaccionaron de ma-

nera tan buena y segura a la Atebrina —que empleamos siempre en la combinación Atebrina + Plasmoquina —. como nuestros casos de Hamburgo, a pesar de que los pacientes vivían en parte en malas condiciones de morada y alimentación; raras veces algunos de los enfermos recibieron al principio también inyecciones de quinina (3 casos gravísimos de perniciosa de Thonnard-Neumann). En todos estos enfermos el tratamiento combinado con Atebrina y Plasmoquina hizo desaparecer, casi siempre en muy pocos días, la fiebre y los parásitos (incluidos los gametos de la perniciosa). Asimismo remiten las a menudo fuertes esplenomegalias. Los adultos y niños expuestos a la irradiación solar, no acusaron ninguna clase de fenómenos de fotosensibilidad como los que se pueden producir con el preparado acridínico Tripalflavina. Sobre todo pudimos comprobar perfectamente la buena tolerancia del preparado, hasta por los niños. Los niños recibieron, como es de comprender, dosis menores, correspondientes a su edad, que fueron tomadas sin aversión, con frecuencia mezcladas con papilla o mermelada.

En el Hospital Militar de Maracay, el Dr. Bennarroche y yo tratamos 5 casos: uno de gravísima perniciosa comatosa con ictericia grave (esquizontos +++++) no se pudo salvar, a pesar de la administración de Atebrina + Plasmoquina e inyeccio-

nes de quinina, Pero en los 4 casos restantes (2 de pernicioso con gametos ++, 1 de pernicioso con esquizontos +++ y 1 de infección doble de terciana+++ con pernicioso +) se consiguió un resultado excelente a los 4 días de tratamiento con Atebrina -|- Plasmocina; los numerosos gametos de los dos primeros casos, ya no se comprobaban tampoco a los 5 días.

Igualmente tiene un valor muy especial los magníficos resultados del Dr. H. Cuenca y del Padre Benedictino Hieronymus. Ambo: trataron sus enfermos, el último solamente niños, en forma en parte ambulante. El tratamiento se desarrolló de manera excelente hasta bajo la dirección del no médico Padre Hieronymus.

Desde luego, el último llevaba ya varios años tratando sus huérfanos, con quinina y Plasmocina, comprobando siempre la sangre. Según pude convenirme, manejaba el microscopio muy bien, y me mostró bellas preparaciones de trópica, terciana y cuartana, hechas y diagnosticadas por él mismo.

A pesar de los 'muy favorables resultados que había registrado ya antes con la **Plasmocina** compuesta y la Quinoplasmina. me escribía verdaderamente entusiasmado sobre sus éxitos con la Atebrina: "Los 11 pacientes (todos ellos casos agudos de pernicioso) quedaron todos ellos libres de fiebre a los 4 días, y a los 5 —la mayoría ya a los 4— habían desaparecido también los parásitos. Hasta ahora no he registrado recidiva alguna."

También el Dr. Cuenca, quien trató casos en parte muy graves de paludismo —los primeros **conmigo**— ha informado sobre análogos resultados favorables. En Maracaibo tuve ocasión de analizar la sangre de sus primeros 9 casos, comprobando así el resultado del tratamiento: se trataba de 3 casos graves y **uno** benigno de fiebre terciana, de un caso crónico y otro agudo de fiebre pernicioso y de 3 casos de infección doble (2 de terciana -|- pernicioso y 1 terciana +

cuartana). En todos estos casos desaparecieron con el tratamiento por la combinación de **Atebrina** + Plasmoquina los síntomas febriles y los parásitos, en muy pocos días, también en los niños pequeños. Según pude comprobar personalmente y me comunicó después el Dr. Cuenca, los pacientes se restablecieron en seguida, remitiendo rápidamente sus esplenomegalias.

Thonnard-Neumann calificaba la Atebrina, resp. la combinación Atebrina + Plasmoquina, en un informe que me remitió, de "enérgico antiplasmódico de excelente acción clínica, hasta en los casos más graves de fiebre perniciosa". Sus enfermos habían sido tratados en el Hospital Santa Marta de la United **Fruit Company**.

En la finca "La Granja" (Chiapas-México), donde estudié con Carlos C. Hoffmann y Roehr los casos de filariosis (*Onchocerca caecutiens*), tuve ocasión de tratar, en forma ambulante, a fines de marzo de 1931, cuatro casos de terciana, con dosis de 3 veces al día 1 o $\frac{3}{2}$ tableta. (2 niños). Los 4 quedaron libres de fiebre y de parásitos en 3 días, pues de haber tomado 9 tabletas enteras o 9 medias respectivamente.

Después de mi vuelta a Hamburgo, me volví a encargar, a fines de abril de 1931, de los tratamientos antipalúdicos con Atebrina en nuestro Instituto de Enfermedades Tropicales.

O. Fischer había comprobado entre tanto en los casos tratados por él durante solamente 3 a 5 días con dosis de 3 veces al día 0.1 gr. de Atebrina, que el resultado parecía ser igualmente favorable que en los casos tratados varias veces a 4 días de intervalos durante 3 días seguidos con las mismas dosis. Esto parece explicarse por el hecho —comprobado por W. Weise— que la Atebrina permanece largo tiempo en el cuerpo, comprobándose en la orina durante varias semanas.

Los 122 casos tratados por nosotros hasta fines de febrero de 1932 en nuestro Instituto de **Hamburgo**, fueron sometidos a los más diversos métodos y dosificaciones: desde solamente 3 días seguidos a razón de 3 veces al día 0,1 gr. de Atebrina o Atebrina J- Plasmoquina, hasta 10 días seguidos con igual dosificación; además, con 5 a 7 días de intervalo, o sea según el esquema siguiente: 3—5—7 días tratamiento; 4 días de descanso; 3 días de tratamiento; 4 días de descanso; 3 días de tratamiento; etc. Para más detalles véase el trabajo de Mühlens-Fischer citado en la página **171**. En total hemos tratado 85 casos de fiebre perniciosa, 17 de fiebre terciana, 8 de fiebre cuartana, 2 de idiosincracia quinínica y 10 de complicaciones palúdicas. Casi todos nuestros pacientes eran casos de recidivas de las más diversas regiones tropicales, que ya habían

sido tratados con quinina o Plasmoquina.

Todos los pacientes toleraron bien la Atebrina, hasta en la dosis total de 4,8 gr. durante 4 semanas. Solamente pocos se quejaron de transitorios dolores de vientre (6) después del uso de la combinación Atebrina -j- Plasmoquina, molestias que no tardaron en desaparecer con la interrupción de la medicación; poco después se pudo continuar el tratamiento.

(6) También Rehbein en Barranquilla y Thonnard-Neumann en Santa Marta (Colombia) observaron esto; el último registró dolores muy violentos, de naturaleza espástica, que reaccionaron al tratamiento por la belladona.

En algunos pacientes que habían sido tratados con dosis totales elevadas, llamó la atención cierta coloración amarillenta de la piel, producida por el colorante acradínico contenido en el preparado. Este pequeño defecto de belleza no produjo molestias de ninguna clase y desapareció siempre en 2 a 3 semanas.

En total registramos solamente 2 recaídas de terciana y 2 de perniciosa. Pero hay que tener en cuenta que nuestros pacientes sol permanecieron en observación 4 semanas o 12 a lo sumo. De haberse presentado muchas recaídas después de la salida de nuestro hospital, es seguro que una parte de los casos se habría vuelto a presentar personalmente.

te o por escrito, pues a todos los pacientes se les previno en este sentido.

La acción de la Atebrina parece ser muy intensa en la perniciososa, ante todo sobre los esquizontos. Tres días de tratamiento bastaron ya para que desaparecieran de la sangre periférica, en 3 a 6 días, todas las formas en anillos. Solamente los gametos persistieron con la atebrinoterapia sola, a veces hasta durante más de 30 días. Pero con algunas dosis de Plasmokino desaparecían también en pocos días. Cuando tratábamos desde un principio con Atebrina -f- Plasmokino, los gametos presentes en la sangre solamente se podían comprobar durante 3 a 7 días. Si había solamente esquizontos, se evitaba casi siempre la formación de gametos.

No en todos nuestros casos, ni mucho menos, se realizaron post-tratamientos después de la administración ininterrumpida de Atebrina durante 3 a 10 días (3 veces al día 0,1 gr.); en ocasiones sólo 1 vez 3 días seguidos, más a menudo 2 veces a 3 días; rara vez 3 veces 3 días.

Merecen interés especial los tratamientos de 2 candidatos a la fiebre hemoglobinúrica y 2 casos de grave idiosincrasia quinínica. Los 4 pacientes toleraron bien la Atebrina, asimismo en combinación con Plasmokino.

Nuestro segundo caso de idiosincrasia quinínica, observado por O. **Fischer**, relativo a un paciente de perniciososa, **llevaba** ya más de 4 meses en tratamiento en el Hospital Municipal de Kiel. La quinina le provocaba **hemorragias** de la piel y mucosas. La hemoglobina había descendido a veces hasta 35 %. Tampoco la Plasmokino podía hacer desaparecer los parásitos esquizontos de modo duradero, presentándose decididas que ya no reaccionaban a la Plasmokino. Los ensayos hechos en Kiel con Neosalvarsán. Germanina, irradiación con rayos X del bazo, transfusiones de sangre, etc., no habían dado ningún resultado positivo. El 13. **III**. 31 entró el enfermo en nuestra Sección, en un estado deplorable, con fiebre, fuerte esplenomegalia, anemia y esquizontos y gametos de perniciososa. Desde el primer día recibió el paciente Atebrina en pequeñas dosis que fueron bien toleradas. Al cabo de 0,6 gr. de Atebrina. **había** desaparecido la fiebre, y alcanzada la dosis total de 1,2 gr., ya no se comprobaban esquizontos; los gametos persistieron al principio, pero no tardaron en desaparecer a los 3 días de añadir Plasmokino. Los parásitos no volvieron a manifestarse (con sólo un post-tratamiento de 3 -días con Atebrina).

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN TUBERCULOSA PULMONAR

*Por el Dr. Alejandro C. Berges, Servicio para Tuberculosos.
Hospital General de México.*

(CONCLUYE)

Siempre lo atribuiré al error de haber empleado la anestesia clorofórmica, que fue tóxica para la función hepática probablemente, determinando la insuficiencia hepática que según Fiessinger es factor de energía grave y que por falta de saturación de toxinas tuberculosas desprendidas del foco pulmonar comprimido, determinó un grave desequilibrio neurovegetativo y la excitación del simpático (?) determinando una taquicardia que mató al enfermo.

Haré mención de dos condiciones a las cuales atribuyo la tolerancia que han mostrado posteriormente los casos operados de toracoplastía:

1°—La anestesia local y regional por nevocaina con suprarrebina, en solución de por 200 liara los planos cutáneo-musculares en los que infiltramos **por** término medio unos 50 cgrs. de producto, sean 100 ce. y en so-

lución al 1 por 100 empleando unos 20 c. c. de solución para la anestesia tróncular "le los **nervios** intercostales.

2^o)—La lentitud y **ponderación** para **epecutar** operaciones tan mutilantes en organismos tuberculosos siempre **muy debilitados** y expuestos al choque; el tiempo empleado por Marín o por Ruda Magro para una resección paravertebral de 7 costillas es de unas 2 horas, contando desde el comienzo de la minuciosa analgesia hasta la colocación **del** apósito. Se dice que **Sauerbruch** hace una toracoplastía **total en 15** minutos, con enfermo anestesiado y **sin** practicar la **sutura** d.-**reconstrucción** de los planos.

El tiempo de mis colaboradores tal vez podría ser mejorado en algo menos de 2 horas, pero nunca permitiré que mis enfermos sean pasto de la voracidad operatoria, pues estimo que tuberculosos como los que he con-

fiado a mis colegas cirujanos citado?, hubieran sucumbido indefectiblemente si no hubieran sido operados con toda calma, evitándoles todo sufrimiento por falta de anestesia y toda hemorragia por la prisa o desdén hacia los pequeños vasos que tanto abundan en esta región operatoria.

Resumiendo los resultados obtenidos por **toracoplastía** paravertebral, operados por indicación pulmonar en nueve casos, encuentro:

—Una **curación "prácticamente definitiva"**.

—Una **"mejoría"** unilateral, **con** regresión radiológica de las lesiones y sin manifestaciones clínicas de actividad en el mismo lado.

—Una **"mejoría notable"** caracterizada por colapso completo de la lesión de tipo **limitarte**, y cuya probable evolución se mantendrá favorable.

—Cuatro **"mejorías muy favorables"**, de cuyo porvenir nada puede juzgarse, porque fueron recientemente operadas; notable benignidad de la operación.

—Una **"mejoría mediana"**, por la persistencia de expectoración bacilífera que proviene de caverna que será colapsada en el 2° tiempo inferior; esta enferma será operada antes del 15 del corriente, pues ya está preparada.

Es decir, sobre 9 operaciones,

7 mejorías y un caso mediano.

—**Mortalidad operatoria: un caso.**

Sólo en un caso, infección superficial ya curada por cicatrización.

En ninguna enferma se han vuelto a presentar perturbaciones del ritmo cardíaco graves, sólo aceleración muy transitoria y de poca intensidad.

En todas las enfermas el mediastino permanece en su lugar y opone **un** sólido apoyo para el colapso pulmonar eficaz, a la pared torácica, cuya inflexión aun no es completa en las recientes operadas.

No deseo incurrir en el error de querer hacer **estadística** con tan pocos casos, ni tampoco formular conclusiones definitivas.

Hubiera sido preferible, si no fuera abusar del tiempo y de la benévola atención de mis oyentes, dignos de ser consagrados a más altos temas, detallar algunas de las eventualidades que se nos han presentado en cada caso; pero quédese esto para mí y mis estimables colaboradores, reclutas en estas disciplinas, para provecho y experiencia cosechadas con lentitud en nuestras modestas observaciones.

Ojalá que la mala o escasa reputación que aun pudiera perdurar en torno de esta terapéutica quirúrgica de la tuberculosis, -o- bre todo entre los señores médicos, desaparezca cuando se den

cuenta de la escasa mortalidad operatoria.

Si algún alcance clínico tuviera este trabajo, apenas lo creo provechoso para mis enfermos, tuberculosos avanzados todos ellos, y rescatados algunos al oscuro porvenir de su afección evolutiva y mortal; su tratamiento, si otro podría encontrárseles, requería largos años de permanencia en Hospital; si se les dejara salir del Establecimiento sin hacerles nada, serían otros tantos vectores de contagio para el medio social e ineptos para todo trabajo; he aquí el alcance social que, nos parece, tiene su tratamiento por [a cirugía.

Tampoco espero que este mal eslabonado relato, contenga adelanto o contribución para la ciencia médica; sólo desearía, si me fuese permitido expresarlo, que los señores internistas tomaran algo más en cuenta a los cirujanos que han logrado aportar un gran progreso en el tratamien-

to racional de la tuberculosis pulmonar.

Son los internistas, en efecto, los que encuentran tuberculosos pulmonares y son, por tanto, los llamados a acudir al cirujano, cuando otros medios no sean aplicables, para que opere y cure a sus enfermos.

Antes de terminar, quiero pagar una deuda de gratitud a mis colaboradores quirúrgicos a quienes debo la materia para este trabajo, así como el precio de su labor competente y la deferente subordinación con que amablemente atendieron cuantas indicaciones les hice acerca de sus actos quirúrgicos en diversos casos para mí más conocidos; esta colaboración médico-quirúrgica en todas las ramas de la Ciencia médica, pero sobre todo en las enfermedades torácicas, es un gran factor de progreso en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar y para ello urge se fundan en una sola las personalidades del médico y del cirujano.

Contribución al Tratamiento de la Retroversión con Cistocele

el Dr. Mario Valles.

ALGUNOS DATOS ANATÓMICOS

Es muy importante, para la comprensión del mecanismo de producción de los prolapsos genitales, así como para el proceso que siguen en su evolución, el conocimiento anatómico de la región del periné y de las estructuras de soporte de los órganos en la cavidad, de la pelvis. Debido a la complejidad de estas formaciones, una descripción anatómica precisa de ellas resultaría poco clara y cansada; por lo que trataré solamente de recordar lo que a mi modo de ver y en lineamientos perfectamente generales, tiene mayor importancia o mayor relación con las intervenciones que en éstas, como digo, complicadas regiones se practican, y más especialmente con el procedimiento operatorio de que es objeto el presente trabajo. Así pues, no creo necesario hablar de la configuración exterior de los órganos que se encuentran comprometidos en los prolapsos genitales, ni tampoco detallar sus relaciones anatómicas, ya que ésto lo encontramos perfectamente descrito en cualquier tratado de anatomía, me concretaré a lo que, como he dicho, me parezca indispensable recordar.

En el capítulo de patogenia volveremos a ver algunos detalles interesantes de anatomía.

Varios factores intervienen de manera aparente, para el mantenimiento de los órganos pélvicos femeninos en su posición normal.

A este respecto, numerosos trabajos se han presentado, y entre sus autores destacan principalmente los americanos, franceses y alemanes, ya que el procedimiento operatorio que trataremos aquí; está basado en los conocimientos y descripciones anatómicas de los primeros, y habiéndolo encontrado de gran utilidad práctica, nosotros nos adherimos a ellos en su modo de pensar, y sobre todo en lo que se refiere al papel preponderante que conceden a toda la estructura de naturaleza, tanto fascial o aponeurótica, que se encuentra contenida en la cavidad de la pelvis, como el aparato muscular del suelo pelviano, que constituye el llamado diafragma perineal.

La primera estructura a que nos referimos, está formada por la fascia endopelviana principalmente, que no es sino la continuación directa de la fascia endo-abdominal. Su contorno dibuja exactamente la pequeña pelvis, de la misma manera que la fascia endo-abdominal dibu-

ja la cavidad abdominal y la fascia endo-torácica, la cavidad de este nombre. Esta fascia sube el útero, vejiga y recto, y al aplicarse contra estos órganos sufre una hipertrofia y aumento de consistencia, estando por lo tanto más desarrollada en estos puntos.

A la porción visceral de esta fascia, común en la cavidad abdominal, es lo que se le designa con el nombre de fascia pélvica visceral. Los órganos pélvicos están, de esta manera, cubiertos por un tejido conectivo que obra como soporte o piso y ayuda a la conservación de la estabilidad y posición de los órganos con los que se relaciona.

La consistencia de esta fascia, depende en gran manera de sus necesidades funcionales: Esto es que siendo en su mayor parte constituida por una capa delgada y poco resistente, sufre **una** hipertrofia e hiperplasia notable, en aquellos lugares en los cuales funciona como un tejido realmente fijador. Está notablemente desarrollada en las porciones más débiles del suelo pélvico, es decir, en los sitios en que el diafragma pélvico es más deficiente, por ejemplo (y que es primordial su papel), a nivel del llamado hiatus genital.

La porción de esta vaina fascial que cubre el suelo de la vejiga, está unida con aquella otra porción que cubre la pared anterior de la vagina Unidas estas dos porciones, forman un engrosamiento que constituye una ca-

pa fuerte y resistente, conocida con el nombre de septun o fascia **vésico -vaginal**.

De manera análoga, la fascia de la parte posterior de la vagina, se une con la que procede de la parte anterior del recto, para formar la fascia o septun recto-vaginal.

La porción uterina de la fascia endo-pelviana también obra como medio de sostén importante para el útero, se irradia hacia fuera del útero, hacia los tejidos del **parametrio**, **hipertrofiándose** en su unión con los ligamentos útero-sacros posterior y literalmente así como la parte anterior, con los ligamentos vésico-uterinos y en la parte baja de cada ligamento ancho, contribuyendo en este sitio a formar el llamado "ligamento cardinal".

Los americanos designan estas prolongaciones fasciales que cubren a los órganos situados entre el pubis y el útero, con el nombre de "fascia útero-púbica". Es importante hacer esta aclaración, pues usaremos este término en el curso del presente trabajo.

Trataremos ahora el aparato muscular que forma, el diafragma pelviano. Está constituido principalmente por los músculos elevadores del ano. Desde el punto de vista netamente práctico, es decir, como datos que interesan a la cirugía, hay que distinguir dos zonas que podríamos llamar de resistencia:

Primero, un grupo de fascículos posteriores y externos que

insertándose en la cara posterior del pubis, sobre el "arcus tendineus" (engrosamiento de la aponeurosis obturatriz), extendido del conducto obturador a la espina ciática, se dirigen hacia atrás para fijarse en los bordes del coxis, sobre el rafe ano-coxi-geo y a los lados del recto.

Segundo, fascículos internos que, fijándose delante del pubis (en la rama horizontal y en la descendente; abajo de los interiores), se dirigen hacia atrás; a las paredes laterales del recto. Forman así una asa que abraza en su concavidad la parte posterior de la vagina (músculo pubo-rectal).

Abrazada en esta forma la vagina por el ara de los dos pubo-rectales, se encuentra ceñida por ojal muscular. Ahora bien,

cuando estos músculos se contraen, aproximan la pared vaginal posterior a la anterior. Gracias ya a la contracción, ya simplemente a su tonicidad en el momento de reposo, el músculo pubo-rectal tiene un papel predominante en el sostenimiento del aparato vagino-uterino. Adelante existe una abertura por donde pasan la vagina y la uretra; es la zona o punto débil del suelo pelviano, y en este lugar pueden producirse, por el mecanismo que más adelante veremos, verdaderas hernias de útero. Aquí *es* donde actúan de modo manifiesto las formaciones aponeuróticas de que anteriormente hablamos, ya que como vimos, adquieren en este lugar una consistencia considerable. (Continuará).