

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MEDICA HONDURENA

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., Septiembre de 1933 I N° 35

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

En el número anterior de esta revista dimos a conocer gráficamente a nuestros lectores, los notables progresos realizados por el dinamismo del Dr. Alduvín en nuestra Escuela de Medicina. ■— Con un entusiasmo, con un optimismo y una energía dignos de todo encomio él ha logrado ya ofrecer a la juventud nuestra, un considerable campo de experimentación que por tantos lustros ha estado haciendo falta aquí en Honduras; ha conseguido sustituir en gran parte, los procedimientos abstractos, teóricos y por consiguiente antipedagógicos a los cuales ha estado subordinada nuestra Escuela, por algo que significa una enseñanza experimental, una enseñanza objetiva, que tendrá que dar indudablemente, una preparación científica más sólida a los futuros profesionales.

Esto en nuestro concepto, es uno de tantos modos de hacer patria, y si todos los hondureños poseídos de las ejecutorias necesarias en los diversos aspectos de la actividad humana y con la oportunidad de desempeñar un puesto importante en el engranaje administrativo del país, siguieran el ejemplo del Dr. Alduvín, no estaríamos tantos años atrás del minuto que viven los pueblos civilizados, y en ciento doce años de nuestra decantada vida independiente, quizás estuviésemos cosechando ya los opimos frutos de una labor altamente patriótica y altamente constructiva.

La Asociación Médica Hondureña, debemos declararlo para ser justos, ha auspiciado decididamente los nobles entusiasmos del Dr. Alduvín; del seno de esa noble agrupación han salido espontáneas voces de aliento, de aplauso y simpatía ofreciéndole a él, de esa manera, un precioso respaldo moral.

Dos Notas sobre Patología del Intestino

Por el Dr. Antonio VIDAL

SPEROQUETOSIS INTESTINAL

Se debe reservar el nombre de Spiroquetosis intestinal a la infección debida a los protozoarios spirilados, siendo el término de spirilosis intestinal aplicado en el caso de infección por bacterias onduladas.

Escherich en 1884 encontró spirilos en deyecciones de coléricos. — Kowalski (1893) hizo notar su frecuencia, Le Dantec (1900) individualiza la disentería spirilada.

Pecker (París 1920) y Delmare 1924 han publicado muy importantes trabajos a este respecto. — (Anales de Medicina).

Etiología. — El agente infeccioso más ordinariamente encontrado es la Spironema eurygyrata (Werner,) más o menos vecina de la spironema Vincenti. — Se encuentra también el Treponema Stenogyratum (Werner) muy vecino del Treponemo don-tium.

Numerosas son las Spiroquetosis intestinales observadas en el curso de las Anginas de Vin-

cent.

De hecho el número de parásitos crece con la intensidad de las colitis. — El terreno juega un papel de primer orden.

Syndromas clínicos. — Las Spiroquetosis pueden encontrarse en sujetos normales, o presentarse en los estados mórbidos extremadamente diversos.

Existen spiroquetosis en el curso de los estados sépticémicos; pero más comúnmente en los casos de colitis ó enterocolitis.

Cuando la spiroquetosis se encuentra asociada a gérmenes específicos, pasa en general a segundo plano, tal sucede en la fiebre tifoidea y en el cólera.

La sociación de la Spironema eurygyrata y de la Entameba disenterica es observada muy a menudo. — Esta asociación es tan frecuente que se ha querido ver en la llamada disentería spirilar de Le-Dantec, una amibiasis insopechada. —■ En todo caso las spirilas son factores de agravación.

En ciertos casos las Spiroque-

En el presente número tenemos el gusto de ofrecer a nuestros lectores otra serie de fotograbados, por los cuales se podrán apreciar varios aspectos más de las mejoras introducidas en nuestra Escuela, y de las que no dudamos la juventud estudiosa, sabrá aprovecharse debidamente por el bien de ella y por el bien de Honduras.

Sirvan estas cortas líneas para enviar un nuevo aplauso al Dr. Alduin y exhortarlo en nombre de la patria a que, al ocupar de nuevo el Decanato de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, continúe esa obra meritoria que ha empezado a desarrollar con tanto éxito.

tas se muestran asociadas a gérmenes banales ó nó: el bacilo fusiforme (sobre todos en el curso de la angina de Vincent), lamblías, flajelados diversos, levaduras.

Al punto de vista clínico, los spiroquetos pueden observarse en toda enterocolitis desde la más benigna hasta la más grave.

La infección por spiroquetos puede ser por otra parte esporádica, familiar y epidémica.

En el caso de spiroquetosis crónica puede observarse que las heces son putrefactas, conteniendo de cuatro a ocho por ciento de amoniaco, en lugar de dos a cuatro cifra normal.

El examen coprológico revela además una insuficiencia gástrica ó gastro-pancreático. — Esta diarrea crónica puede presentar mejorías espontáneas y recaídas, y particularmente rebelde.

Cuando el análisis acusa colitis derecha, la infección a spiro-

quetos se muestra a menudo más grave que en las putrefacciones a izquierda.

Diagnóstico. — Es necesario sospechar siempre spiroquetosis intestinal en todo caso de diarrea monótona y rebelde.

Tratamientos. — Es absolutamente inútil ensayar tal o cual medicina recomendada para esta clase de diarrea, pues existe una medicina específica: el arsénico, bajo la forma de Stovarsol ó Treparsol.

Estas drogas se administran a dosis cotidianas de 0.25 a 0.75 (uno a tres comprimidos por día) según la intensidad del Síndrome, llegando a una dosis total de cinco a diez gramos.

La acción de estos medicamentos es eficaz en gran número de colitis, no presentando al examen elementos figurados, y deberá darse siempre que se ha fracasado con otros medicamentos.

Diagnóstico entre la disentería bacilar y la amibiana

DISENTERIA BACILAR

Enfermedad aguda con tendencia a extensión epidémica.

Período de incubación corto, **siete** días ó menos.

Aparición aguda.

Pirexia común.

Curso en días ó semanas.

Complicaciones: ningún síntoma hepático; poliartritis frecuente.

Muerte debida a:

a) Agotamiento.

b) Toxemia.

Signos: dolor generalizado a todo el ebdomen, más marcado en la flexura sigmoide.

Tenesmo muy intenso.

Patología: necrosis difusa aguda de la membrana mucosa del intestino grueso debido a toxinas del bacilo disentérico.

Úlceras: Cuando existen, en los bordes libres de los pliegues transversos de la membrana mucosa y distribuidas transversalmente al eje mayor del intestino.

De contorno serpiginoso **con** bordes desprendidos que comunican a menudo con úlceras vecinas; la base consiste en tejido de granulación.

Membrana mucosa hiperemiada. — Rara vez perforada. — No hay engrasamiento compensatorio de la pared intestinal.

Deposiciones: escasas, numerosas, de color rojo de sangre, gelatinosas, de moco viscoso, inodoras, semejantes a jalea roja.

Examen microscópico: células rojas numerosas, numerosas polimorfonucleares con núcleos anulares. — Las células macrófagas pueden ser numerosas. — Pocos microorganismos visibles.

DICENTERIA AMIABIANA

Enfermedades crónica endémica.

Período de incubación largo, 20-90 días por lo menos, a veces más.

Aparición insidiosa.

Pirexia rara, a no ser que haya complicaciones.

Curso ordinariamente prolongado.

Complicaciones: hepatitis, abscesos del hígado, más raramente en otros órganos.

Muerte debida a):

- a) Agotamiento.
- b) Perforación.
- c) Hemorragia.
- d) Abscesos hepáticos.

Signos: dolor local y engrasamiento, más marcado en la flexura sigmoide, colón transversal y ciego.

Tenesmo no acentuado.

Patología: lesiones locales limitadas solamente al intestino grueso, debidas a las úlceras características.

"Úlceras: comienzan como pequeños abscesos de la submucosa, distribuidas en el eje mayor del intestino.

De forma oval, de contornos regulares, en forma de ampolla a sección, comprendiendo todas las capas; la base está formada de esfacelo necrótico, negro, adherente.

La perforación no es rara; engrosamiento compensatorio de la pared intestinal. — Membrana mucosa en los intervalos no alterada.

Deposiciones: excrementos mezclados con sangre y moco, semejante a salsa de anchoas. — Muy fétidas, oliendo a sangre descompuesta; copiosas generalmente.

Examen microscópico: células rojas numerosas y en masas, células polimorfonucleadas muy alteradas, a menudo con los núcleos desprendidos. — Células macrófagas escasas; numerosos bacilos móviles, Entamoeba histolítica generalmente con corpúsculos rojos englobados. — Cristales de Charcot — Leyden comunes.

Consideraciones sobre las formas clínicas de la sífilis hepática terciaria

Por el Dr. Roberto C. Bizzozero

El diagnóstico de la sífilis hepática suele presentar a menudo dificultades por la multiplicidad de sus tipos clínicos, que pueden simular numerosas afecciones del hígado. Con motivo de un caso cuya historia referimos, estudiaremos brevemente sus distintas formas.

Se trata de una mujer de 56 años, internada en el servicio de Clínica Médica del Dr. C. Domínguez; en sus antecedentes encontramos como datos de interés el hecho de que sus dos primeros embarazos terminaron por aborto espontáneo y que tiene dos hijos internados en el Hospicio de las Mercedes por una afección mental.

La enferma consulta por opresión, dolor precordial y palpitaciones.

Al examen somático: buen estado general. El aparato circulatorio: discreta hipertensión (mx. 18 y mn. 10 y₂).

El examen radioscópico de tórax muestra la existencia de una dilatación marcada de aorta ascendente, que no se tradujo por ningún signo físico y que nos explica el origen del dolor y opresión precordial que acusa la enferma.

Esta negatividad del examen clínico sin ser un hecho corriente no es rara y muestra la importancia que tiene el examen radiológico para el diagnóstico de las cardiopatías.

El examen de abdomen, dificultoso por el enorme panículo

adiposo, nos permite descubrir una enorme hepatomegalia: el borde inferior del hígado llega a nivel del ombligo; es duro, cortante y con una escotadura marcada en su parte derecha; la superficie del órgano en su cara anterior es dura, regular, sin nudosidades y dolorosa a la presión; el lóbulo izquierdo está francamente aumentado de volumen y en proporción mayor que el derecho.

El bazo se palpa a nivel del reborde costal.

Sintetizando, se trata de una enferma que presenta antecedentes que hacen pensar en la posibilidad de una infección sífilítica; el examen confirma esta sospecha mostrándonos una aortitis que no se había traducido por ningún signo físico.

Además encontramos un hígado francamente cirrótico con ciertos caracteres particulares que ya hemos mencionado y acompañado de una esplenomegalia discreta.

La ausencia de antecedentes y síntomas de intoxicación etílica permiten descartar la cirrosis hipertrófica alcohólica contra la cual también se oponen la presencia de una cisura en el borde del hígado.

No podía pensarse en un hígado cardíaco por la ausencia de síntomas de insuficiencia cardíaca y por los caracteres del hígado que era francamente cirrótico con borde cortante y como sólo podría observarse en las asis-

tolias a reptición (cirrosis cardíaca).

Un cáncer del hígado podría descartarse por los caracteres del órgano, la esplenomegalia, la conservación del estado general, etc.

Lo mismo ocurría con los otros tipos de hígados tumorales (quistes hidáticos, etc.), contra lo cual se opinan además los exámenes laboratorios.

Por exclusión llegamos al diagnóstico de sífilis hepática, diagnóstico que se apoyaba además en los caracteres del hígado, en la existencia de dolores (que desaparecieron rápidamente con el tratamiento específico), en la esplenomegalia, en la presencia de una linfocitosis acentuada (45 %) y en el terreno sifilítico que tenía la enferma.



Antes de tratar de clasificar el tipo de lúes que presentaba esta paciente, estudiaremos brevemente las formas clínicas que puede revestir la sífilis hepática terciaria.

La división en formas clínicas, aquí como en cualquier capítulo de patología, tiene valor cuando se la toma con un criterio amplio, como guía y teniendo en cuenta que estos cuadros esquemáticos sólo sirven como orientación general y que raramente se encuentran completos en los enfermos.

Por otra parte, son frecuentes las formas de transición entre un tipo y otro, pudiendo existir todas las combinaciones y variedades. Así, es frecuente ver que una forma clasificada como

hipertrófica, al evolucionar, se transforma en atrófica, a semejanza de lo que ocurre con la cirrosis de Laennec; o que una forma caracterizada por la ausencia de ascitis, a medida que progresa, se hace ascítica; además a veces es difícil decir clínicamente si un caso dado debe clasificarse como una forma esclerogomosa o esclerosa pura.

Hay que tener en cuenta además al estudiar la sífilis hepática la asociación posible de otros factores etiológicos, especialmente el alcohol, el que en ciertas formas según ciertos autores, — intervendría de manera constante.

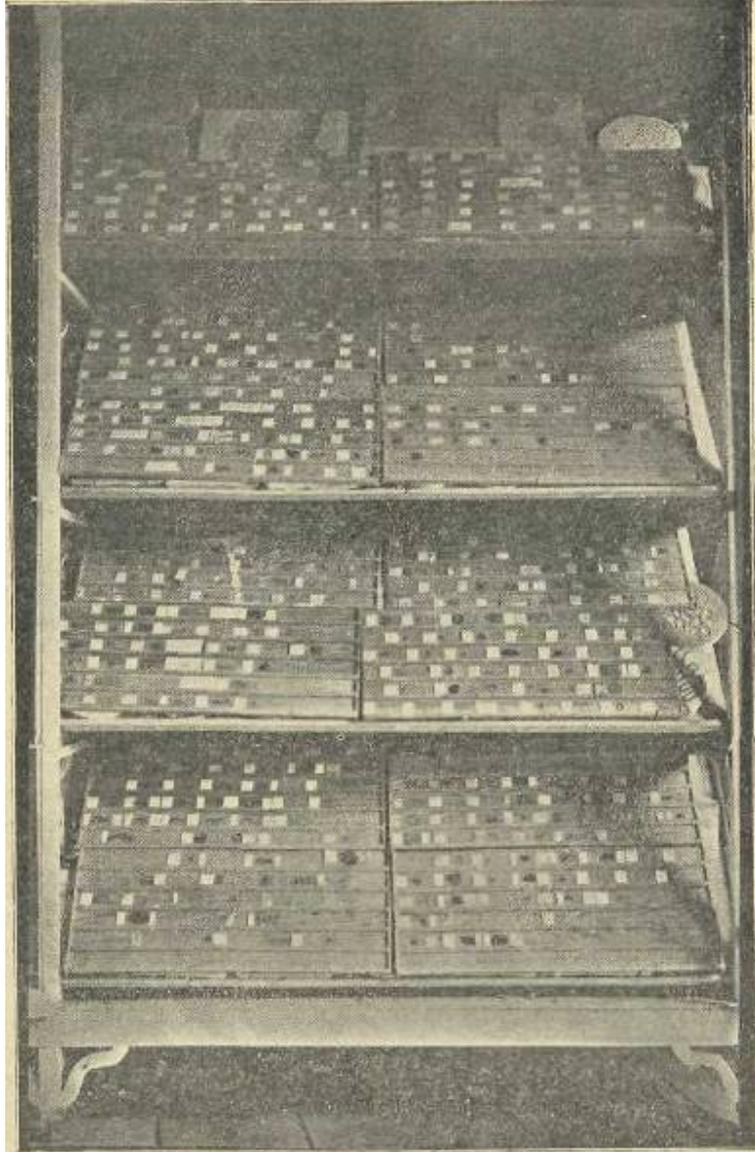
La sífilis hepática terciaria puede dividirse en tres formas anatomoclínicas principales, según la lesión sea gomosa, esclerosa o ambas estén asociadas.

Hepatitis. esclerogomosa. — Esta forma evoluciona a veces de manera latente o frustra.

Su comienzo es insidioso y se traduce por trastornos digestivos vagos, sin ningún carácter especial.

El examen somático, por el contrario, suele ser ilustrativo. El hígado se encuentra aumentado de volumen, a veces considerablemente, llegando y sobrepasando el ombligo. Su consistencia es dura, su superficie irregular con surcos y hendeduras que le segmentan y con nódulos y abolladuras que le confieren un aspecto especial. Con frecuencia es doloroso tanto espontáneamente como a la presión, debido a la presencia de un proceso de perihepatitis que es común encontrar en la sífilis hepática. La esplenomegalia es frecuen-

REVISTA MEDICA HONDURENA



Los Progresos de nuestra Escuela de Medicina-Sección de placas microscópicas

te; según algunos autores sería constante.

La ascitis es inconstante y cuando existe sería debida a un proceso de peritonitis sifilítica (Letulle).

La ictericia es rara.

A menudo se observa fiebre, síntomas de gran valor diagnóstico y que puede adoptar tipos diversos: remitente, intermitente, irregular; tiene la característica de que cede rápidamente al tratamiento específico.

A veces se observan fenómenos de malestar general que se exasperan a la tarde y que para ciertos autores serían bastantes característicos.

Hepatitis gomosa. — Esta forma es rara y en general latente. Se traduce por síntomas digestivos vagos; puede haber ictericia y ascitis por comprensión por un goma. El dolor es frecuente. El hígado se presenta deformado, presentando una superficie nodular o una tumoración redondeada, según se trate de gomas múltiples o de un goma solitario.

La esplenomegalia es frecuente.

Hepatitis esclerosas o cirrosis sifilíticas. — Blum divide esta forma en dos tipos principales, según exista atrofia o hipertrofia del hígado. Esta división es algo artificial por las razones ya apuntadas, pero resulta útil desde el punto de vista práctico.

1) *Formas atróficas.* — Estas formas pueden revestir el cuadro de la cirrosis atrófica de Laennec o del síndrome de Banti.

En el primer caso las diferencias clínicas que existen entre el tipo alcohólico y el sifilítico son

poco marcadas. Es posible a veces comprobar por la palpación del hígado que en la forma debida a la lúes la superficie del órgano es irregular, con surcos y nódulos.

Los argumentos en favor del origen sifilítico — o mejor de la participación de ésta (dado que para algunos autores el alcoholismo intervendría constantemente), — deben basarse en la existencia de antecedentes o de lesiones específicas en otros órganos, en las reacciones serológicas y en la acción del tratamiento sifilítico que en algunos casos ha hecho desaparecer la ascitis. Este último argumento es sin embargo de valor relativo por la posibilidad de retroceso espontáneo de la ascitis y porque las sales mercuriales, que son las que han sido empleadas en estos casos, tienen una acción diurética marcada, pudiendo haber obrado por ese mecanismo.

Por otra parte, el rol de la sífilis en la cirrosis atrófica, lo mismo que en la hipertrófica, es un asunto no completamente dilucidado aún y sobre el cual existen opiniones contradictorias.

El síndrome de Banti obedece según algunos autores — entre nosotros Resio, Escudero, etc., — con mucha frecuencia a la sífilis. Su sintomatología no se diferencia en nada de la enfermedad descrita por el anatomopatólogo italiano, salvo el hecho de que en el período de cirrosis suele encontrarse un hígado nudoso y deformado. Se han citado algunos casos de desaparición de la ascitis por la acción del tratamiento sifilítico.

2) *Formas hipertróficas.* —■ Blum distingue cuatro tipos:

a) Forma hipertrófica esplenomegálica con ascitis e ictericia;

b) Forma hipertrófica esplenomegálica con ictericia y sin ascitis, que realiza el cuadro del arome de Hanot.

c) Formas hipertróficas esplenomegálicas con ascitis.

d) Formas hipertróficas esplenomegálicas sin ictericia ni ascitis.

En realidad esta división es sumamente esquemática siendo frecuente observar, a medida que evolucionan, la aparición de nue-

vos síntomas (ascitis, ictericia), que hacen pasar un caso dado de una forma a otra y también al tipo atrófico.

A estas formas puede agregarse las *parenquimatosas*, poco estudiadas desde el punto de vista clínico.

Además, algunos autores describen otros tipos según el predominio de los síntomas o el aspecto clínico que presenten: formas febriles, seudoneoplásicas (simulando un cáncer, un quiste hidático, etc).

—o—

Volviendo a nuestra enferma

podemos clasificar su sífilis hepática dentro de las formas de cirrosis o hepatitis esclerosas hipertróficas esplenomegálicas basándonos en los caracteres de su hígado, grande, francamente cirrótico con borde cortante, con una escotadura en el mismo, con una superficie regular en su cara anterior, sin los nódulos, ni abolladuras que caracterizan a la forma esclerogomosa que es con la única con la cual podía plantearse el diagnóstico diferencial y que no nos atrevemos a descartar completamente.



Los elementos que frente a una hepatopatía deben orientar hacia la etiología sifilítica del proceso son:

1). Las reacciones serológicas positivas en sangre o en líquido de ascitis.

2). La existencia de otras lesiones de naturaleza sifilítica: gomas cutáneas, aortitis, aneurisma de aorta, signo de Argüi-

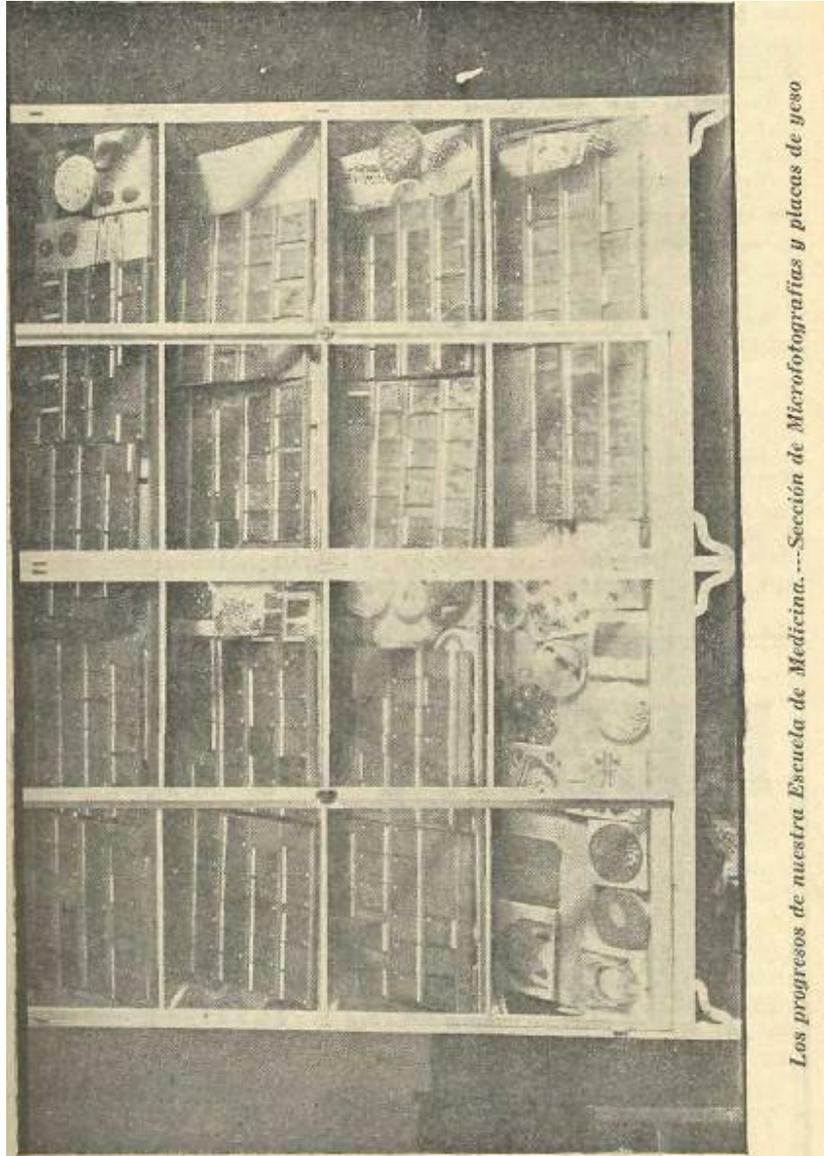
Robertson; o de antecedentes luéticos.

3). Ciertos caracteres del hígado, tales como: la irregularidad de su superficie que se presenta ondular con abolladuras, surcos y hendiduras que segmentan al órgano; su borde interrumpido por cisuras; la hipertrofia y aumento de un lóbulo en relación al otro; el dolor que es muy frecuente y que traduce un proceso de perihepatitis, la que podía manifestarse también por relativa inmovilidad respiratoria del órgano que estaría fijado por dicho proceso.

4). La existencia de esplenomegalia, que para muchos autores "sería constante.

5). La fiebre que acompaña con mucha frecuencia a la sífilis hepática terciaria.

6). La comprobación de una linfocitosis en el líquido de ascitis extraído en la primera punción, que hablaría en favor de un proceso peritoneal inflamatorio.



Los progresos de nuestra Escuela de Medicina. --- Sección de Microfotografías y placas de yeso

7). La existencia de una leucopenia con linfocitosis, dato al que Micheli asigna gran importancia especialmente cuando coexiste con fiebre.

8). La acción del tratamiento de prueba sobre el que ya hemos hablado.

Todos estos elementos aislados tienen un valor relativo, pero su asociación constituye un argumento poderoso en favor del origen sífilítico de una afección hepática.

Desde el punto de vista del pronóstico conviene en nuestro caso ser reservado por la presencia de la aortitis y porque la lesión hepática ha llegado a un período en el cual poco puede esperarse

del tratamiento, dado que suponemos que domina el proceso escleroso. La base de la terapéutica constituirá en la institución del tratamiento específico que se hará a base de yoduro de potasio que encuentra aquí su indicación principal, mercurio y bismuto. El neosalvarsán aquí como en toda afección de la glándula hepática, presenta sus peligros por ser un tóxico poderoso del hígado. Si se quiere se *lo* puede emplear a pequeñas dosis y vigilando continuamente al enfermo; la aparición de urobilina señalaría la conveniencia de su suspensión.

Fuera de esto, régimen dietético a predominio hidrocarbonado, opoterapia hepática, insulina y glucosa, etc.

(De El Día Médico)

REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. PAREDES P.

—I—

E, Ronnenfeldt de la Misión Americana en Siberia estudia el problema de la úlcera tropical. Después de recordar las noticias clásicas, distingue muchas variedades de úlcera: fagedénica, propiamente dicha con fenómenos inflamatorios y edema ó bien injertada sobre una cicatriz ó complicada con otra enfermedad: Pian, sífilis, lepra, epidermoficia, pénfigus, etc. etc.

La terapéutica clásica y rutinaria ha sido dar yoduro e inyectar salvarsán. — El autor desea adoptar medios más racionales, basados sobre reacciones humorales. — Preconiza como medios terapéuticos locales: curetaje, La medicación a base de yodoformo, azul de metileno, **rivanol**, tripaflavina, solución Dakin. — Agentes físicos: lámpara de cuarzo, luz solar, etc. etc.

—II—

Schunck de Berlín en el Deutsche Medicinische Wochenschrift trata de la cirugía del dolor, especialmente de la cordotomía en los cánceres inoperables.

Después de una crítica sobre las intervenciones periféricas: sensitivo motrices y simpáticas, el autor se declara partidario desido de la cordotomía por sus asombrosas posibilidades.

A su entrada a la médula la sensibilidad se separa en dos vías: la profunda, sentido muscular pasa por el cordón supe-

rior y mas arriba por los haces de Goll y Burdach; la sensibilidad al dolor y a la temperatura ganan las células ganglionares del cuerno posterior, cuyas neuronas cruzan la línea media, y van al cuerno anterior opuesto (Haz lateral restante). — Es sobre este cuerno anterior que tiene acción la cordotomía. Es una operación precisa, no peligrosa que afecta un órgano no atacado patológicamente, de escasa mortalidad. — Los resultados son notables: el dolor hasta el ombligo desaparece definitivamente, persistiendo la sensibilidad al tacto, a la presión y el sentido muscular. — Si la operación es bien practicada no se presentan trastornos motores ni vesicales.

La indicación: cánceres pelviano inoperables: próstata, recto, útero.

—III—

Raigo, en las Memorias de la Sociedad de Cirujanos de París, se ocupa del tratamiento de los forúnculos de la cara por el bacteriófago.

Opone a las formas circunscritas forúnculos y ántrax de las descripciones clásicas, las formas difusas mal individualizadas **que** son verdaderas miositis agudas representado la infección de los cutáneos de la cara, de evolución en dos tiempos o en uno.

Utilizando inyecciones *in situ* ó por vía endovenosa, el autor presenta una estadística de 362

casos, con una mortalidad de 0,85%.

Kennon de Liverpool, relata el caso de un hombre de 69 años que había sido operado en 1930, por colecistitis aguda supurada: extracción de cálculos, drenaje, curación sin incidentes.

Después de un año de salud perfecta, nueva crisis dolorosa con ligera ictericia. — Nueva intervención en 1932. — Se encuentra una vesícula biliar conteniendo un cálculo y paralelamente a su cara inferior una segunda vesícula libre de cálculos pero mostrando la cicatriz de la primera operación. — Las dos vesículas se abrían por dos císticos en un solo, colédoco. — Curación retardada por una embolia pulmonar.

—V—

H. Hoffman de Fraga, en el *Zetraplatt fur Gignakologie*, aborda los trastornos consecutivos a la histerectomía.

En una gran serie de examinados, investigando alteraciones simpáticas, cerebrales, cardíacas, articulares y trastornos de los deseos y placeres sexuales, resume su encuesta en esta pregunta. "¿Está Ud. satisfecha de su estado actual?" — Hoffman clasifica las respuestas en tres grupos. — 1er. Grupo: Mujeres que no han tenido ninguna alteración: por su operación, en número de 106. — 2o. Grupo: Mujeres que han presentado trastornos vasomotores moderados, y aunque un poco molestas habían conservado su aptitud pa-

ra el trabajo, pero estaban satisfechas de su suerte, en número de 121. — 3o. Grupo: Mujeres que han tenido serios trastornos vasomotores y manifestaciones nerviosas graves con fuerte alteración del estado general, número de 19.

Trece de éstas no tenían 40 años cuando su operación; 2 están en un estado lamentable, nervosismo extremo, trastornos cardíacos, dolores articulares, insomnio y astenia muy marcada. — "Un caso de locura.

Lo curioso es que en estos 19 casos graves, 12 veces los ovarios fueron conservados y las trompas extirpadas.

Podría sacarse la conclusión que la presencia de ovarios en las histerectomizadas agrava el pronóstico. — pero ante tales casos es mejor estudiar más la cuestión.

—VI—

G. Baño de Budapest en el *Zentralblatt fur Ginekologie*, sobre 768 operaciones hechas por prolapsos vaginales y uterinos, durante los últimos 10 años en La Policlínica de Budapest, concluye:

1o. — En la excelencia de la colpoperineorrafia en los cisto—rectoceles.

2o. — En la necesidad, en los casos de caída vaginal con descensos del útero, de fijar éste.

3o. — Necesidad de amputar el cuello tan alto como sea posible cuando hay un alargamiento hipertrófico.

—VII—

Elliot C. Cutter, profesor de cirugía de la Universidad de Har-

vard, an interesante artículo del Journal de Chirurgie de París, describe la evolución rápida de la cirugía del corazón.

Desde que se hicieron las primeras suturas del corazón, los horizontes se ampliaron al grado que actualmente se interviene no sólo en afecciones puramente quirúrgicas, sino también en las del orden médico, gracias a los trabajos excelentes de fisiólogos y clínicos, que han aconsejado a cirujanos de nota, la práctica de tales operaciones. — Se distingue entre ellos: Brauer, Brunton, Francisco Franck, etc.

En 1898 Samway, veterinario inglés sugirió que el desbridamiento del orificio mitral podría mejorar los casos graves de estenosis del mismo.

Arbutnot Lañe y Lander Brunton, cirujanos ingleses justificaban la esperanza de tener buenos resultados en semejantes casos.

Las experiencias han demostrado que la estenosis es siempre más grave que la insuficiencia, y también que la corrección de una estenosis produce insuficiencia compatible con una vida llevadera.

Después de 2 años de investigaciones experimentales, y habiendo adquirido una habilidad especial en las técnicas de cirugía endocrónica, encontró Cutter la ocasión de liberar una estenosis mitral en una niña de 11 años. — La enferma sobrevivió cuatro años y medio a la operación. — La autopsia mostró que realmente se había agrandado el orificio mitral.

La operación se hace por medio de una esternotomía media de Duval Barusoy que da acce-

so a la totalidad del corazón sin penetrar en las cavidades pleurales.

A través de una pequeña herida, la suficiente para dar paso a un tenótomo o cardiovalvulótomo del autor, y pasados previamente dos hilos cruzados se introduce el instrumento hasta el orificio mitral seccionando las bridas. — El procedimiento aconsejado, es abordar la mitral de abajo arriba, es decir, del ventrículo hacia la aurícula. — Seis operaciones más ha practicado el autor pero ninguno vivió más de 6 días. — Otros autores también la han practicado, y un enfermo de Sutter de Londres vive todavía.

Indudablemente que la última palabra no puede decirse sobre este asunto pero, las experimentaciones en animales de laboratorio continúan y ahora con mejor material desde que Powers ha creado el método de realizar la estenosis mitral. — La esperanza de resolver el problema se afirma más sólidamente ahora.

En cuanto a la cirugía del pericardio, los progresos son más efectivos.

El drenaje del pericardio en la ictericia aguda supurada es operación corriente. — Resección del cuarto y quinto cartílago costal izquierdo seguido de pericardotomía y drenaje.

En la pericarditis crónica adhesiva de origen traumático o tuberculoso.

Brauer, después de un estudio minucioso del síndrome producido por el pericardio adherente, convenció a sus colegas cirujanos, de reseca el esqueleto torácico que cubre el corazón pa-

ra librarlo de la constricción o sea. — La operación de Braeur o cardiolisis es muy usada en Europa con buenos resultados.

En 1898, Deloune, cirujano francés sugirió la extirpación del pericardio adherente, la decor-ticación del corazón, que actualmente se ejecuta con frecuencia. — Esta parece gozar de mayor prestigio que la simple resección costal por las razones que a nadie podrán escapársele.

Recientemente, se presentó — el caso de un negro de 44 años con una pericarditis tuberculosa aparentemente primitiva, al menos sin el menor signo de la existencia de un foco en actividad.

Tomando en cuenta lo saludable de una simple laparotomía en los casos de tuberculosis pe-

ritoneal a forma ascítica y la opinión admitida, de que las adherencias pericárdicas de origen tuberculoso son frecuentes, se practicó una pericardotomía seguida de resección de una buena parte del pericardio anterior y la herida suturada totalmente. — Ocho semanas después de la operación el enfermo se levanta sin temperatura y con un estado bastante satisfactorio.

El corazón es el último órgano donde ha penetrado la cirugía y aunque las dificultades que presenta son serias, la esperanza de curar a nuestros enfermos justifican los grandes esfuerzos realizados y abre un bello porvenir a las nuevas generaciones médicas.

Complicaciones y accidentes del Aborto

Por el Dr. Carlos Alberto Castaño

Con harta frecuencia el aborto es visto en nuestros servicios hospitalarios y en la clientela civil; día a día aumentan los abortos criminales a tal punto que ya la mujer no se avergüenza en confesarlo y al hacerles el interrogatorio dicen con toda tranquilidad, he tenido, tres o más abortos provocados, aun delante del crecido público de alumnos que asisten a los cursos de Clínica Ginecológica.

En parte la miseria, en parte el vicio, las faltas cometidas por mujeres desgraciadas, jóvenes, solteras, pero sobre todo el egoísmo, el no deseo de tener hijos por comodidad, por llevar una vida licenciosa, y más que todo por la falta de fe religiosa que como ola destructora se extiende por el mundo haciendo sus estragos, pues bien sabemos, que la religión católica castiga severamente el aborto; ni aun admite el aborto terapéutico, cualquiera que sean las razones de orden médico; tiene la Iglesia contadas razones para ello y bien lo hace. La mujer católica no puede jamás llevar a cabo tal crimen, porque crimen es el aborto provocado, aun en las primeras semanas de la gestación; hay vida en un ser desde que se efectúa la concepción y no existe ningún derecho para privar de la vida a ese ser, aunque digamos los médicos que en ciertas ocasiones más vale la vida de la madre que la del hijo.

Cuántas veces enfermas con gravísimas lesiones cardíacas o

pulmonares, de las que los parteros tanto temen y que ellos hacen entrar en las afecciones que exigen el aborto terapéutico, cuántas veces, digo, las enfermas llevan a feliz término su gestación sin ningún inconveniente y se ven así con un hijo, que es la felicidad y la alegría de su hogar.

Por ello hoy no consideramos el aborto terapéutico como una necesidad, cual se hacía hasta hace poco, por más que aún hay parteros que opinan 'que debe continuarse efectuando; que son muchas las enfermedades de la madre que lo indican; estas opiniones pueden discutirse y tengo yo el firme convencimiento de que el aborto terapéutico no debe hacerse nunca; la terapéutica se ha enriquecido en estos últimos tiempos de diversos métodos y procedimientos que hacen que podamos curar o mejorar afecciones tenidas como incurables o como graves hasta hoy; así citaré al pasar los vómitos incoercibles; a cuantos de ellos, con una simple inyección de suero hipertónico salino se les pone fin.

Los médicos no preveen ni conocen las consecuencias del aborto provocado, y es por ello que deseo tratar este importante punto, que va dirigido a los jóvenes médicos, a los estudiantes y a los médicos prácticos, que a diario se ven acosados por pacientes que exigen, pues este es el término, la provocación de un aborto, no ya con miras tera-

péuticas, sino puramente criminales, y por desgracia hoy no es ya la partera la que estos abortos provoca; son los médicos que por espíritu de lucro han hecho del aborto un medio de vida, echando por el suelo los más elementales principios de ética profesional, de dignidad médica, de decoro y de moral. Palabras todas estas vanas; nuestra profesión desgraciadamente día a día degenera, sea por la calidad de los hombres que entran a nuestras Escuelas Médicas, sea por el estado actual del ambiente social, la crisis económica que a todos asusta, las dificultades de la vida, pero sobre todo la falta de moral que desde la cuna se debe, es esta falta de moral la que hace que no se discierna entre el bien y el mal, todo es lícito para conseguir el fin, y este fin es el dinero. Ya no se ejerce nuestra profesión como se hacía hace 30 años, cuando el médico era venerado, verdadero sacerdote, que hacía de su profesión un culto, que entraba al seno de las familias, como consejero y amigo, que procedía con dignidad; recuerdo a mis queridos Maestros, la mayor parte desaparecidos, figuras venerables, que infundían respeto y cariño, que enseñaban por la palabra y por el ejemplo, todos ellos, llenos de fe, y que procedían en el ejercicio de su profesión con la dignidad de un caballero y no de un comerciante que va en' pos del dinero de sus clientes, valiéndose de cualquier medio por ilícito que él sea para conseguirlo.

Me he visto obligado a tocar estos puntos que considero de útil importancia antes de entrar de

lleno al tema que voy a tratar.

El aborto en nuestro medio es casi siempre criminal, algunas veces terapéutico y por excepción espontáneo.

Se hace por la enfermera, por la partera, por el estudiante y por el médico, sin ocultaciones de ningún género. Nos estamos acercando a lo que pasa en la Rusia de los Soviets, donde está perfectamente consentido y legislado el aborto provocado, con sus abortorios, con sus médicos especialistas, con sus comisiones de vigilancia, etc... etc. No se ha estudiado lo que el aborto produce en la mujer, las consecuencias inmediatas y las futuras, las complicaciones que él trae, que son la mayor parte de las veces mucho más serias y graves que las mismas enfermedades que se quieren evitar por un aborto terapéutico.

Gracias al inmenso material que ha tenido la Escuela Rusa, se ha podido estudiar detenidamente las consecuencias desastrosas del aborto a repetición no ya de orden infeccioso o inflamatorio, sino trastornos generales y locales que repercuten sobre el sistema endocrino, el ovario especialmente el miometrio y el endometrio.

Para comprender bien las complicaciones del aborto necesitamos conocer su mecanismo; el aborto espontáneo da pocas complicaciones y accidentes porque él se hace de arriba para abajo diré, primero se produce el desprendimiento del huevo, la hemorragia y hematoma retroovular o retroplacentaria que excita al útero provocando la contracción del miometrio, el cual

produce la expulsión de su contenido. Hay, pues, primero el desprendimiento de la placenta y luego la expulsión en block o en dos tiempos.

En cambio, en el aborto provocado y sobre todo en el criminal, el mecanismo es distinto, él se hace de abajo para arriba, primero las roturas de las membranas, la expulsión del huevo, quedando retenida la placenta en la generalidad de los casos totalmente adherida, parcialmente adherida o desprendida íntegramente; tenemos, pues, aquí el aborto de las complicaciones.

Pasaremos en revista los accidentes y complicaciones inmediatas del aborto y luego las consecuencias a distancia de él.

El huevo claro: llamándose así a un accidente de la gestación, en que ésta se interrumpe, muere el embrión y por autólisis se destruye, queda retenido un tiempo más o menos largo; es el resultado de la interrupción precoz del embarazo y con retención intrauterina del huevo. Aparece el huevo sin embrión en su interior, completamente craro, de ahí su nombre, *Perforación uterina:* Otra de las graves complicaciones del aborto provocado facilitada por la disposición del útero en las reTM troflexiones sobre todo, la perforación se hace al nivel del istmo por lo general, en el punto de la flexión, sea en la pared anterior o en la pared posterior, excepcionalmente en el fondo del útero.

Se hace la perforación por los instrumentos abortivos, agujas de tejer, histerómetros, sondas rígidas, etc., y aun por las bujías

de Hegar al hacer la dilatación, en úteros friables o retrovertidos flexionados; la perforación uterina cuando se llega -a reconocer en el acto de producirse y se toman las medidas necesarias no tiene mayor importancia; debe interrumpirse toda otra manobra, suspender el raspado, poner bolsa de hielo y vigilar la enferma.

Puede producirse una hemorragia, sea interna o externa; lá más común es la interna, con todos los síntomas y gravedad de una hemorragia interna según su intensidad; el único tratamiento de estos casos es la laparotomía de inmediato. Estas perforaciones son relativamente frecuentes, pueden ir acompañadas de otras complicaciones, como ser la aparición de una ansa intestinal en la vagina, que sale por la brecha hecha al útero, la herida de un intestino, la perforación de la vejiga, etc.; bien podemos darnos cuenta de la gravedad de estas complicaciones que exigen también la laparotomía de urgencia, la necesidad de tener a mano toda una instalación operatoria, si tal sucede a un médico en la campaña o aun aquí en la ciudad, en la casa del enfermo, si va a hacer un simple raspado para evacuar un útero, sin ayudante, sin tener elementos de ninguna especie para proceder a una intervención tan seria como lo es una laparotomía en estos casos de perforaciones complicadas del útero, podemos darnos cuenta de la gravedad de la situación del médico, que pagará con la vida del enfermo muchas veces, su irresponsabilidad o su ignorancia su falta de proce-

der, su incorrección como verdadero castigo, que pondría en peligro su reputación por cierto, la pérdida de ella y quizá purgará la pena que le corresponde por el código penal si hay acusación en estos casos de la familia ante la justicia.

La perforación puede llevar a la peritonitis generalizada aun en los casos que pudiesen salvarse de la hemorragia.

Las complicaciones inmediatas del aborto más frecuentes, son la infección y la hemorragia por retención-placentería.

La hemorragia post-aborto puede ser a veces muy grave y poner en peligro la vida de la enferma, si no se procede de urgencia; no basta el taponamiento ni los hemostáticos; únicamente es el raspado en estos casos de absoluta indicación y el que concluirá con la hemorragia

La retención placentaria prolongada da lugar a metrorragias que se repiten durante meses el útero queda grande, los restos que permanecen adheridos al útero se organizan, la mucosa uterina se altera, se transforma en la vecindad de los fragmentos adheridos, produciéndose una verdadera alteración distrófica, no inflamatoria, del endometrio, hiperplasia de la mucosa, que ha sido mal llamada Metritis decidual o Endometritis decidual; este estado-hemorrágico del útero post-aborto o post-parto por retención y organización de restos placentarios, ha sido también catalogado con diversas denominaciones: deciduomas, placentomas benignos, pólipos placentarios, y algunos autores, sin

conocer la verdadera anatomía patológica de estos estados, creen en la posibilidad de la transformación en corioepitelioma; nunca puede suceder esto. El corioepitelioma se forma a expensas de las vellosidades coriales; las envolturas fetales retenidas son las que pueden dar lugar al corioepitelioma, pero nunca las retenciones placentarias.

Este estado de hiperplasia del endometrio producido por las retenciones prolongadas placentarias se combate únicamente por el raspado, hecho con técnica perfecta y empleando cureta cortante y no roma como cuando se hace el raspado post-aborto que es sólo evacuador: el raspado en estos estados hiperplásicos debe ser modificador, la mucosa está esclerosada y los fragmentos placentarios organizados se encuentran encajados en la mucosa uterina, debiendo ser arrancados por la cureta que debe limpiar bien el útero extrayéndolos todos I haciendo que una nueva mucosa se regenere.

La infección puede ser grave antes del aborto; existir antes que se produzca éste, o sino posterior, ligada a una retención reciente placentaria; puede también haber infección con retención antigua.

La infección puede quedar en la mucosa, constituyendo la llamada endometritis puerperal i séptica; invadir por la rica red linfática la pared uterina formándose verdaderos abscesos miometriales, sumamente graves, que llevan a la gangrena uterina muchas veces. También se constituyen las flebitis miometriales, trombosis supuradas de

las redes sanguíneas y linfáticas del miometrio, de pronóstico muy grave, con cuadros septicémicos, chuchos repetidos, altas temperaturas, escalofríos; la miometritis puerperal gravísima, que concluye con la vida de la enferma y que ningún tratamiento es capaz de detener.

La infección puede seguir en el aborto la vía linfática y sanguínea y alejarse del útero, produciéndose las infecciones periuterinas, siendo la más frecuente de ellas la celulitis pelviana; los flemones del ligamento ancho, las tromboflebitis prolongadas, con fiebre continua que dura días y meses a veces, con remisiones temporarias, alternando con elevaciones bruscas de temperaturas acompañadas de escalofríos y chuchos.

Puede también la infección llegar al peritoneo directamente por vía linfática, provocando peritonitis localizadas y aun generalizadas, abscesos del Douglas, que se combaten por la colpotomía.

Infecciones anexiales: la vía linfática en estos casos lleva los gérmenes a las trompas o al ovario, se hacen salpingitis unilaterales por lo general, a diferencia de las gonocócicas, que son bilaterales y que terminan por el piosalpinx; rara vez en la infección puerperal se forma el piosalpinx; en cambio, es de regla la supuración en el ovario, que es invadido por los linfáticos en su pleno perénquima, constituyéndose los abscesos ováricos, los pio-ovarios, que destruyen el órgano y que necesitan la laparotomía y ovariectomía como tratamiento único.

Las lesiones inflamatorias post-aborto pueden dejar serias secuelas, que no se conocen bien y por lo general se ignoran por los médicos prácticos; son muy serias muchas veces y voy a insistir en ello por la importancia que su conocimiento tiene.

Las celulitis pelvianas pueden dar lugar a la transformación esclerosa del parametrio, los flemones leñosos crónicos, las retracciones fibrosas del tejido celular de la pelvis, que ahoga los vasos sanguíneos, dificulta la circulación pelviana y produce la hiperinvolución uterina, atrofia del útero, retracción de los fondos de saco vaginales muerte del aparato genital interno de la mujer; es lo que Freund llamó *Parametritis atrófica*, afección que por sus consecuencias deja la mujer estéril, amenorreica para toda su vida, sin que ningún tratamiento pueda devolverle el funcionamiento de sus ovarios y de su útero; esta afección se ve con relativa frecuencia en los casos de abortos provocados por manos criminales, y como no termina con la vida de la enferma pasa más o menos desapercibida para el médico, pero no para la pobre mujer que queda invalida para toda su vida.

Otra de las consecuencias a distancia de las infecciones post-aborto son las *estrecheces inflamatorias perirrectales*, que apriacionan el recto, y ansa sigmoidea, ocasionando lesiones indelebiles que ningún tratamiento, ni la diatermia, es capaz de corregir.

Las lesiones crónicas miometriales post-aborto son bien frecuentes; el otro día, en mis cla-

ses prácticas del viernes, tuve oportunidad de mostrar a mis alumnos una pobre muchacha, joven de 26 años, que a raíz de abortos a repetición provocados, había quedado con un útero escleroso, duro, grande, doloroso, víctima de continuos dolores, que ha andado peregrinando durante años por los hospitales sin conseguir alivio; estos estados de metritis parenquimatosa por lesiones crónicas post-aborto son muchas veces muy difíciles de curar.

Las lesiones crónicas del cuello: cervicitis, desde las erosiones, pseudo-erosiones, ectropion, hipertrofias del cuello, adenomas, etc... se ven a diario resultados de infecciones post-aborto que exigen tratamientos adecuados bien llevados. Las desviaciones uterinas por subinvolución post-aborto con todas sus manifestaciones locales y reflejos a distancia se observan también con gran frecuencia.

Y por último trataremos de las lesiones descritas por la Escuela Rusa con Serdukoff, quien valido del gran material de abortos provocados que suman sólo en Moscú cerca de 100.000 por año y que le han servido para estudiar los trastornos que la interrupción brusca de la gestación produce en la mujer. Él ha observado en los abortos a repetición lesiones funcionales ováricas; el ovario sufre profundamente en su ciclo menstrual, se producen amenorreas temporarias, a veces definitivas, hipermenorreas otras veces; falta de contractilidad uterina; la fibra muscular pierde su poder contráctil, degenra, se esclerosa, quedan úteros gigantes, dolo-

rosos, congestivos y hemorrágicos, sin existir en ellos infecciones, sino sólo trastornos de orden distrófico y hormonal; en el endometrio hiperplasias e hipertrofias; adenomatosis con formaciones poliposas.

En el ovario existen degeneraciones esclerosas y quísticas que repercuten sobre otras glándulas, produciéndose un desequilibrio endócrino-simpático en mujeres jóvenes, en plena vida genital, muy difícil de corregir muchas veces; trastornos de orden psíquico, verdaderas psicosis únicamente producidas por el agotamiento que los abortos a repetición ocasionan en el ovario y en otras glándulas de secreción interna.

En esta rápida revista que hemos pasado a las complicaciones y accidentes del aborto provocado podemos darnos cuenta de la magnitud y de la gran cantidad de lesiones y afecciones que él puede ocasionar, y que por lo general se desconocen o se desprecian; está bien, que las mujeres las ignore, que la partera también las desconozca por ignorancia, pero el médico no tiene el derecho de desconocerlas y debe profundizarlas y tenerlas siempre presente para detener de esa manera su mano, al intentar indicar un aborto de la manera más simple, como si nada fuese, sin temor, pues, de ocasionar a la enferma lesiones que pueden terminar con la vida de ella muchas veces y si no dejarla invalidada, y con lesiones y sufrimientos que la harán una desgraciada para toda su vida.

"Día Médico

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

Por Guillermo E. Duren

—III—

Es éste último artículo nuestro, respecto a las Especialidades farmacéuticas, nos referimos a los servicios verdaderos que pueden prestar dichos preparados a la humanidad.

Un patentado cualquiera, que contenga ácido acetilsalicílico, o quinina, o viburnum prunifolium, o aloes, o bicarbonato de soda, etc., sustancias todas de precio ínfimo al por mayor, y algunos, resultantes secundarios en la obtención de otras sustancias químicas de mayor valor, puede dejar al país donde se consume y venda, una cantidad anual amañada de impuesto, para el sostenimiento de una escuela o de un centro cultural cualquiera: las pingües ganancias obtenidas con su realización dan de sobra para tan importante obra.

En los Estados Unidos, los artículos de patente, extranjeros, son costosísimos por el hecho de cobrarseles altos impuestos: allá se explica, esto porque con sobrada razón, en todo caso y en toda ocasión se lucha por favorecer la industria nacional, y de hacer dificultades a los extranjeros: los impuestos recaudados sirven para aumentar la producción nacional. En Guatemala, un pedazo de la tierra centro americana, a un paso de nosotros, se construyó un edificio moderno para la Escuela de Farmacia con los impuestos sobre el patentado. Es de nostarse el hecho de qué, allá la prensa y el

pueblo en general, ayudaron y aplaudieron la labor de los que tan gigantesca obra emprendieron, y que aquí los que la realizaron, tuvieron el insulto y la crítica más absurda de los mismos.

En nuestra práctica profesional en los Estados Unidos, tuvimos la ocasión de preparar recetas que solicitaban protoxido de hidrogeno para tomar por cucharaditas, tres veces al día, y pildoras "mica pañis" para Indolencias del estómago: los pacientes felices, mejoraron de sus males, sin saber que tomaron agua pura y migas de pan por remedio único: ante el deseo de los habituados a las drogas, de ingerir cualquiera cosa que sea medicina, los médicos encontraron como lo mejor hacerles creer que tomaban medicinas: sin embargo, no intentaron darles drogas que agravaran más las penas de los drogómanos: aquí en Tegucigalpa, como en el resto de la República, priva la idea de que los patentados son indispensables para el infeliz pueblo, y que quitárselos equivaldría a asesinarlos: la mayor parte de las veces el paciente se re ; n solo y mina su existencia con toda clase de venenos y medicamentos, en algunos casos contraindicados para la clase de dolencia de que sufre: claro está que los que más lloran son los negociantes en esos productos, que como los dueños de un fuma-

dero de opio, llegan a enternecerse cuando un "friend", sufre por falta de la droga y corren a servirlo: son éstos, comerciantes, que no quieren comprender, ni la falta o urgencia de los patentados mientras haya médicos y farmacias, ni la ventaja que a su país reportaría que el manufacturero extranjero, dejara parte de sus utilidades en la explotación del pueblo, ignorante, para el mejoramiento colectivo: la especialidad farmacéutica que no merece la prescripción de un facultativo, no es ni puede ser indispensable: y si los preparados científicos dejan ganancias suficientes para ofrecer al país que los compra sin regatear, un pequeño porcentaje, para cualquier fin benéfico, con mayor razón el sinnúmero de charlatanerías que infestan nuestro mercado de drogas.

El distinguido farmacéutico hondureño, doctor José Santos Zepeda, en una carta que nos enviara, se hace solidario con nuestro modo de pensar respecto al patentado, y son sus conclusiones al respecto las mismas que hizo

la Junta Directiva de la Facultad de Medicina y Farmacia actual, antes de dar forma a la obra que nos ha dejado Laboratorios para la Escuela de Medicina y de Farmacia, que le han dado a ambas escuelas un impulso vigoroso y perdurable; lástima es. que los intereses por una parte y la ignorancia por otra, obstruyan el paso de la razón y la justicia.

Ya en Cuba lo mismo que en Guatemala y el resto de América, se nota el gesto enérgico de los profesionales farmacéuticos de liberar al pueblo a pesar de él mismo de las especialidades charlatanescas, de estimular al médico para que prescriba, y de explotar la industria nacional sustituyendo los patentados inútiles o dañinos, por algo mejor, netamente nacional: las revistas de propaganda profesional y de divulgación científica de dichos países lo comprueban.

En San Pedro Sula existe una compañía de profesionales que han abordado el campo de las especialidades farmacéuticas hon-

dureñas: menos malo que un nacional vaya al extranjero a aprender a usar las armas con que nos explotan los de allá, para hacérselas conocer, y ofrecernos en cambio algo mejor que alivie nuestros males y deje todo el dinero, producto de su elaboración y venta en la propia patria. Si la entrada de tanto "fage" aumenta el ingreso a las aduanas, mucho más aumentaría esa renta y producción del país, fundando entre nosotros casas manufactureras de productos farmacéuticos y especialidades de igual índole.

Que no se nos vengan las nobles y poderosas casas extranjeras a decirnos que "van a borrar a Honduras del mapa", y que sin sus bellísimas especialidades farmacéuticas males peores "que t=l de Alauca," vendrán a arruinar la patria: que los millones que tiene guardados como productos de sus negocios, no sólo sir-

van para darles con que dominar al mundo entero, en especial a los débiles; sino que ayuden a hacer prosperar a éstas tierras chicas, con tantos malos hijos, para que funden y sostengan colegios bien equipados de laboratorios, de tal modo que no se busque al país extranjero para obtener una educación completa, pudiéndola obtener en el terruño: que realicen los propietarios de ellas con toda la pena en sus altivos corazones, que sus especialidades farmacéuticas no son indispensables de ninguna manera: y que no se harán pobres, si ajustándose a las leyes nuestras, después de largos años de explotación inicua del medio, dejan unos cuantos pesos para el registro de sus patentados, con el audable fin de donar laboratorios a nuestras escuelas, y de asegurar su sostenimiento.

Tegucigalpa Sept de 1933

"Cólicos Hepáticos" y "Crisis de Hígado"

Por el Dr. Renato A. Gutmann,
Médico de los Hospitales
de París.

{Concluye}

¿Qué ocurre, entonces, al nivel de la vesícula? Una crisis de contracción, acompañada quizás de un bloqueo del esfínter de Oddi (Westphall) ; a lo indicado se añade, sin duda, una conmoción espasmódica- a lo largo de las vías biliares, un predominio del antiperistaltismo duodenal sobre el peristaltismo de dicho órgano, hecho que he observado con Demale. Estas contracciones, exageradas y en oposición entre sí, ponen en juego órganos cuya sensibilidad dolorosa está exaltada, porque su pared, su peritoneo, están inflamados. Tal es el cólico hepático.

Vemos pues, en el determinismo del dolor, que *la causa del cólico hepático es lo de Tréanos, la reacción de la vesícula lo es todo.*

II. —La crisis de hígado

Fenómenos del mismo orden pueden operarse al nivel del hígado.

Debemos, en efecto, considerar este órgano no como un grueso y compacto bloque de tejidos.

sino como una especie de esponja surcada por numerosos vasos sanguíneos y biliares. Los filetes espláncnicos, vasoconstrictores, y los filetes del vago, vasodilatadores, mantienen el equilibrio vascular o producen expansiones y retracciones del conjunto. Estos nervios rigen también las vías biliares, que pueden, por ejemplo, espasmodizarse. Doyon, excitando el espláncnico ha provocado de este modo experimentalmente una contractura completa del colédoco. Por otra parte, el simpático desempeña un papel importante en la producción de dolores, cuyo punto de partida puede radicar a todo lo largo del árbol biliar (Sochanski).

Alrededor del hígado, el peritoneo, sobre todo cuando está inflamado, reacciona dolorosamente a ligeras modificaciones del volumen hepático.

Estas nociones nos explican el que pueda observarse en el curso de enfermedades bien determinadas del hígado, crisis puramente hepáticas en forma de cólicos. Es así que se han observado brotesseudolitiásicos sin par-

ticipación vesicular en el curso de las cirrosis (Naunyn. Eppinger, Haberland), atrofia aguda o subaguda del hígado (Umber, Schrader), hígado cardíaco. Estudiando hechos parecidos, Lowy deduce que se trata de una acción tóxica que se ejerce sobre las ramas vagosimpáticas de los espacios portales.

Sin que las lesiones sean tan acentuadas, obsérvanse brotes de congestión hepática dolorosos, que son clásicos, y sobre los cuales han insistido Chiray, Paviot. Pero pequeñas lesiones del hígado pueden también desempeñar, al igual que las lesiones vesiculares para la vesícula, un papel de incentivo local a las reacciones neurohumorales diversas; es por lo que todos los choques que hemos visto obraban sobre la vesícula, pueden también obrar sobre el hígado y *así como entonces provocaban una crisis de vesícula, provocan ahora una crisis de hígado.*

Crisis de hígado, tan parecidas, conforme hemos visto, a los cólicos hepáticos, se observan en un gran número de circunstancias que sería ocioso describir de nuevo, con "reactógenos" diversos, proteínas animales, vegetales, inyecciones de suero, frío, calor, emoción, cólera.

Por la influencia de uno cualquiera de estos factores, a los que son electivamente sensibles, y que, por ejemplo, en enfermos

con espina pulmonar, provocarían la crisis de asma, vemos en algunos individuos con hígado lesionado, aparecer crisis electivamente hepáticas; el órgano se pone doloroso, y a veces, de un modo bastante intenso para que venga a la mente el diagnóstico de cólico hepático. Conjuntamente; los excrementos se decoloran pasajeramente, la orina puede subir de color, aparece una ligera subictericia, pero estos diversos fenómenos sólo figuran en segundo término y como para atestiguar el origen hepático del síndrome doloroso que acaba de desarrollarse.

Crisis de hígado y choque menstrual. — Entre estas causas figura aquí, como provocadora de las crisis vesiculares, el choque menstrual. Afecta el hígado con tanta mayor predilección, cuanto que existe entre el período catamenial y el funcionalismo hepatovesicular una simpatía morbosa bien estudiada por numerosos hechos. Ya en las mujeres con hígado normal, la menstruación provoca muchas veces, veintisiete entre treinta (Chvostek), ochenta y ocho entre cien (Dibailoff) un aumento del volumen del hígado que puede llegar a ser de 3 a 5 cm. La presión es, muchas veces, dolorosa; a veces obsérvanse (Léonardi) algunos trastornos funcionales (indicanuria, urobilinuria, hipoazouria).

Cuando el hígado está enfermo y sirve, conforme hemos visto, de "incentivo", los fenómenos pueden ser más típicos, dolores, fatiga, sensación exagerada de frío, escalofríos, cefalea, náuseas, acompañados, aquí también, de una decoloración pasajera de los excrementos y una ligera urobilinuria.

A veces pueden haber verdaderos dolores. Acerca de ellos, Paviot ha referido observaciones muy interesantes de "crisis de hígado" siendo el primero, y con un epígrafe que de él he tomado para este artículo, ha opuesto precisamente a los "cólicos hepáticos". Estas crisis aparecen, por ejemplo, después de la ingestión de algunas sustancias, como la leche, en un caso; otras veces, la única causa provocadora es la menstruación. Con motivo de ella aparecen dolores en el hipocondrio derecho, que se irradian por la cintura, acompañados de congoja, vómitos, subicte-

ría. En ocasiones puede haber fiebre. En algunos casos tan sólo la morfina calma el dolor. Si examinamos estas enfermas durante sus accesos, encontramos el hígado aumentado de volumen, doloroso; son verdaderamente "crisis de hígado".

///.—Asociación hepatovesicular

Hasta aquí hemos considerado aisladamente las crisis dolorosas que se presentan en el curso, ya de las enfermedades de la vesícula, ya de las enfermedades del hígado. Pero en la práctica es sumamente frecuente que el hígado y la vesícula estén enfermos simultáneamente. Todos los trabajos publicados durante estos últimos años, tanto extranjeros como franceses (citemos, tan sólo entre estos últimos, los de Carnot, Harvier, Fiessinger, G. Albot, Caroly) han demostrado que cuando se opera una colesistitis y mediante una biopsia se extrae

un fragmento del hígado, es excepcional que el microscopio acusase la presencia de lesiones. También, muchas veces, esta hepatitis es clínicamente típica y se traduce por toda una serie de síntomas y de signos biológicos. Finalmente, a veces, la hepatitis predomina y puede hasta ser grave.

Relacionemos ahora esta frecuente existencia de lesiones, vesiculares y hepáticas a la vez, con aquella ley expuesta anteriormente: "La lesión sirve de incentivo a los choques y los localiza en el órgano que afecta". *Concíbese que una crisis clínicamente parecida al cólico hepático pueda ser vesicular o he pato - vesicular o también hepática.*

Si los accidentes van repitiendo acabamos por operar a los enfermos; si encontramos una lesión vesicular típica, el diagnóstico parece ser cierto y dejamos pasar sin pensar en ella la lesión hepática concomitante.

Pero cuando el elemento lesional predomina sobre el hígado o nos encontramos con él solo, nos llama -la a tención, como en diversos casos de Paviot, y en otros idénticos de Steden, el "contraste sorprendente" entre la intensidad del síndrome clínico y la ausencia de lesiones operatorias.

IV. —Importancia de estos hechos en las secuelas operatorias Estos hechos tienen algo más

que un interés médico, son importantes de conocer para explicar algunas secuelas dolorosas de la colecistectomía.

He aquí, por ejemplo, una enferma cuya historia presenté a la Sociedad Médica de los Hospitales, junto con el doctor Larget. Tratábase de una mujer que tenía precisamente este terreno especial que Widal denominaba coloidoclásico. Padeció jaqueca desde su infancia; desde que empezó a ser púber sus jaquecas eran sobre todo durante la época menstrual. Después de casada y madre de varios hijos comenzó a presentar trastornos que indicaban un defectuoso funcionalismo del hígado, indigestión por las grasas, por los manjares con grasas; poco a poco la descarga anafiláctica menstrual, que hasta entonces sólo revestía la forma de jaquecas, fue "solicitada" también por el hígado y aparecieron cólicos hepáticos típicos, siempre durante el período menstrual. Fue operada, extirpándosele la vesícula biliar (vesícula fresa). Pero estas crisis, que antes eran hepatovesiculares, continuaron teniendo por asiento exclusivo el hígado, que es el que deriva hacia él los choques; esta enferma sin vesícula continúa teniendo las mismas crisis de cólicos hepáticos; poco a poco, tratamientos desensibilizantes (autohemoterapia, inyección de ex-

tracto esplénico) **atenuaron** lentamente las crisis.

Hechos parecidos no son raros. Paviot ha observado que sus enfermos con "crisis de hígado", después de haber sido operados continuaban teniendo iguales crisis que antes; **Steden** ha observado que en la mitad de los casos en los que había observado este "contraste" entre la ausencia de lesiones y la intensidad de las crisis, éstas continuaban igual que antes de la operación. Fodor y Kunos han observado hechos análogos, pretendiendo explicarlos por una "alergia local", y, en efecto, todo ocurre como en estas **anafilaxias tisulares** que empiezan a ser conocidas.

Jahiel ha referido recientemente varias observaciones muy interesantes y comparables a las indicadas, en las que los fenómenos de sensibilización asociados (asma), **la** provocación por

la menstruación, la persistencia postoperatoria son muy notables.

Los fenómenos diversos provocados por el choque menstrual pueden desaparecer cuando este choque desaparece. Es así que no es raro ver las jaquecas desaparecer durante la menopausia, habiéndose propuesto para curar asma, jaquecas rebeldes y hasta crisis **comiciales**, practicar la castración. Puede también verse crisis de vesícula desaparecer después de la menopausia natural o provocada.

La irritación refleja provocada por el aparato genital sobre el hígado, puede ser motivo de observaciones de igual naturaleza, habiéndose publicado casos en los que crisis de cólicos hepáticos, que persistían después de la **colecistectomía**, desaparecieron tan sólo después de la extirpación de ovarios escleroquísticos.

Los trastornos puramente hepáticos que continúan después de la colecistectomía pueden reaccionar de la misma manera y, en una de las observaciones de Jahiel, a las que me he referido hace poco, la esterilización con el radium consiguió hacer desaparecer crisis de cólico hepático que habían persistido después de extirpada una vesícula enferma.

Los diversos hechos que sirven de objeto a este estudio no solamente tienen un valor desde el punto de vista de la patología general, sino también un gran interés práctico.

Desde el punto de vista clínico, echan alguna luz sobre ciertos puntos oscuros acerca de las crisis vesiculares sin cálculos. Explican algunas consecuencias dolorosas de la colecistectomía.

Desde el punto de vista diag-

nóstico, obligan a buscar, mediante un estudio detenido, clínico y radiológico- si un enfermo afecto de "cólicos hepáticos" tiene una vesícula que debe ser extirpada o una hepatosensibilización que debe ser tratada.

Desde el punto de vista pronóstico, obligan a preguntarnos, en un enfermo al que debe extirparse la vesícula, pero que presenta, además, trastornos hepáticos y fenómenos anafilácticos (Jaquecas, urticaria. etc.), si el complejo patológico persistirá después de la intervención en forma de "crisis de hígado".

Finalmente, *desde el punto de vista terapéutico,* dejando de lado la indicación muy rara de la esterilización, nos llevan a ensayar, con mayor frecuencia de lo que acostumbra hacerse en los hepáticos y en los vesiculares, los métodos de desensibilización.

Úlcera Doudenaly Obstrucción Coledociana

Por los Doctores Luis M. Rabuffetti, Bisa Moia y Amoldo Yodice

A pesar de **que** muchos de los tratados clásicos **ni** lo mencionan, el *ulcus duodenal* de forma icterica, gracias a los nuevos elementos de diagnóstico y a una apreciación más exacta de los hechos, ha adquirido derecho de ciudadanía en la patología digestiva.

Gallar! Monés, en una de sus últimas comunicaciones, admite que un *ulceroso duodenal* puede hacerse icterico por los siguientes mecanismos:

- 1º Tumefacción permanente o transitoria de la ampolla de Vater.
- 2º Compresión coledociana por bridas o adherencias.
- 3º Perforación del *ulcus* en páncreas.
- 4º Pancreatitis por **vía** linfática.
- 5º Ictericia catarral por infección a punto de partida en **la** úlcera.

A pesar de que la última eventualidad es quizás la más frecuente, como lo certifican los casos **publicados** y nuestra propia observación, abordaremos en esta comunicación sólo el estudio de los síndromos verdaderos de obstrucción coledociana.

Desde antiguo se sabe que la "retracción cicatricial de una úlcera duodenal puede ser causa rara de oclusión del colédoco" (Casas).

La cicatrización de una úlcera de la porción descendente del duodeno, especialmente en la **ve-****ciudad** de la región ampular, dice Castex, recordando a Noth-nagel, puede traer **la** oclusión ampular del colédoco, reproduciendo el clásico cuadro del síndrome coledociano, máxime si, como en el caso de Segura, el proceso sufre una degeneración cancerosa.

Los pocos tratados clásicos que señalan esta complicación, como el de Osler's, se refieren asimismo a estas estrecheces duodenales y de la ampolla de Vater.

De los casos citados por Gallart Monés, el único con síndrome coledociano verdadero presenta una úlcera de la segunda porción del duodeno, como sucedía con el de Bengolea y Velasen Suárez.

Es que, lógicamente, la localización de la úlcera en la porción descendente del duodeno debe favorecer la aparición del accidente obstructivo. Que una lesión del bulbo duodenal, extendida o no a la segunda porción, llegue a originar un síndrome coledociano verdadero, es sin duda un hecho más raro, a juzgar por ■ la escasez de las observaciones comentadas. Por esta infrecuencia, como ya Lejars lo indicara, no niega su existencia.

La observación que a continuación relatamos es un ejemplo típico de esta asociación.

Miguel S., de 58 años de edad, español, jornalero.

Antecedentes hereditarios.—Carecen de importancia.

Antecedentes personales.—Viruela. Uretritis a los 20 años. Niega chancro. A los 23 años perforación traumática de intestino I por proyectiles) que demora 13 meses en curar. A los 44 años, neumonía. Desde hace 5 años, dolores erráticos reumatoi-

des, en distintas articulaciones, sin fiebre, que desaparecen espontáneamente. Gran bebedor de café. Desde hace 40 años debe diariamente un litro de vino. Accidentalmente bebidas blancas. Gran fumador)3 atados diarios). Mueve su vientre diariamente.

Antecedentes conyugales.—Casóse a los 26 años. Padre de 5 hijos, de los cuales 3 murieron de infecciosas. La esposa no tuvo abortos.

Enfermedad actual. — Comienza hace dos meses y medio, notando el enfermo que sus tegumentos y mucosas se colorean progresivamente de amarillo, mientras que las orinas oscurecen y las materias fecales se decoloran notablemente. Sometido a dieta láctefarinácea y tratamiento medicamentoso, mejora notablemente, hasta conseguir la desaparición casi total de su ictericia.

En estas condiciones, comete una trasgresión en su régimen, y bruscamente vuelve a ponerse icterico, aparece prurito, sus orinas se hacen caoba y las materias fecales se decoloran totalmente. tomando el clásico aspecto de masilla y adquieren carácter pútrido y seco, teniendo 5 a 6 deposiciones en el día.

En esta ocasión el cuadro sintomatológico se acompaña de otras molestias que en realidad el paciente venía sintiendo periódicamente desde años y que se

caracterizan por dolores leves que, apareciendo una hora antes del almuerzo, que realiza con buen apetito, calman con la ingestión alimenticia variada, para reaparecer, esta vez acompañados por ardores y pirosis, de tres a tres horas y media después, no atenuándose sino con la nueva ingestión alimenticia o en contadas ocasiones con el vómito bilioso ácido, sin restos alimenticios.

Como decíamos, estas molestias **han** sido cíclicas, **alternando** los períodos de enfermedad que **habitualmente** duraban de un mes a dos, con intervalos de acalmia que podían prolongarse desde meses a **un** año.

Nuevamente se somete al régimen anterior, pero no consigue mejoría, por lo que decide consultarnos.

Durante el transcurso de este último episodio pierde 3 kgrs. de peso.

Al examen, nos encontramos con un sujeto bien desarrollado, en regular estado de nutrición, con piel y mucosa intensamente coloreadas de amarillo subido.

En boca, lengua ligeramente saburral; paladar intensamente hoja seca, dientes en mal estado de conservación.

En el cuello no se palpan ganglios.

Aparato respiratorio, sin particularidad digna de mención.

Corazón de forma, tamaño y posición normal. Tonos limpios. Pulso igual, regular, late a 80 veces por minuto. Presión arterial 10 Mx., 6 Mn. (V-L).

Abdomen en alforja. Se aprecia discreta red venosa colateral tipo cava inferior y extensa cicatriz en hipogastrio consecutiva a la operación por perforación del intestino.

El hígado se palpa notablemente aumentado de tamaño, a tres traveses de dedo por debajo del reborde, de consistencia dura y de superficie regular. Su Borde presenta una escotadura a dos traveses de dedo a la derecha del ombligo. Las maniobras palpatorias son dolorosas.

El borde superior se percute en el 4" espacio.

El bazo no se palpa y se percute en sus límites normales.

La zona pancreáticocoledociana de Chauffard es intensamente dolorosa.

No hay ascitis. El resto normal.

Datos de información complementaria. — Radiografía seriada de duodeno: muestra la existencia de una úlcera del bulbo. Colecistografía: negativa.

Sondeo duodenal: reiteradamente negativo. En dos ocasiones el líquido sale teñido con sangre.

Análisis de orina: contiene bilis y sales biliares.

Reacción de Hymans V. den Berg: positiva.

Prueba de las hemoconias: negativa.

Prueba de Roche: positiva en las cuatro muestras. zPrueba de la sulfafenoltaleína: a la hora y 10 elimina el 65% y a las 2 horas 15% más.

Tiempo de coagulación: 10 minutos.

Tiempo de sangría: 1 minuto y medio.

Urea en suero: 0.45 0|00.

Glucemia: 0.87 0|00.

Colesterol: 1.36 0|00.

Fórmula leucocitaria y recuento globular: glóbulos rojos, 4.260.000; glóbulos blancos, 10.600; hemoglobina, 71%; valor globular, 0.84; linfocitos, 31%; Monocitos, 2%, granul. neuróf., 67%; gramil, eosinóf., 0%; granul. basóf. 0%.

Reacción de Wassermann y Kahn: negativa.

Análisis de jugo gástrico:

	<i>Después de la</i>	
	<i>En ayunas</i>	<i>comida de</i>
	<i>Ewald Boas</i>	
Acidez clarhídrica	0876	2.920
orgánica . .	0.292	0.438
nica	0.438	0.292
„ total" . .	1.606	3.650
investigación de fermentos pancreáticos:	positiva.	

Durante su estancia en el servicio, a pesar de la medicación colagoga antiinfecciosa, opoterapia y régimen dietético adecuado, el enfermo permaneció sub-

febril y no consiguió atenuar su ictericia ni modificar la decoloración de las materias fecales.

En estas condiciones, previa su adecuada preparación, se decide intervenirlo.

Bajo anestesia raquídea se abre el abdomen y se visualiza el hígado sumamente aumentado de tamaño y cirrótico. La exploración gastroduodenal muestra un úlcus calloso en duodeno con plastrón fibroso que incluye el páncreas. Se efectúa una colecistodeudonostomía previa movilización del duodeno.

Se extirpan dos cuñas hepáticas para biopsia. En la incisión del lóbulo izquierdo aparece un canalículo biliar muy dilatado que da salida al líquido blanco y filante. Se deja drenaje tipo Rubber Dam en los sitios de sección hepática y drenaje tubular en gran cavidad.

Al día siguiente, drena abundante líquido biliar y las deposiciones se hacen oscuras. Se sigue haciendo suero glucosado, insulina, opoterapia hepática, etc.

Posteriormente la ictericia se va atenuando progresivamente,

pero el estado general permanece precario.

A los 45 días de operado fallece por una hematemesis fulminante.

En la autopsia, el estómago y el duodeno se encuentran ocupados por abundantes coágulos. La cistoduodenostomía en perfectas condiciones.

En la cara posterior de la primera porción duodenal y parte de la segunda, se observa una úlcera del tamaño de una moneda de 20 centavos, que forma un proceso tumoral de naturaleza histológica inflamatoria, que envuelve al páncreas y engloba al colédoco, cuya luz se halla totalmente estrechada en la extensión de 3 o 4 cms., mientras que por arriba se presenta notablemente distendido. En el fondo del cráter se observa un orificio pequeño que corresponde a la perforación de la arteria, causante de la hemorragia mortal.

Biopsia de Hígado (Informe del Prof. Brachetto Brian): Hepatitis productiva pericanalicular (cirrosis biliar). Colangiectasia generalizada, incluyendo

los capilares biliares. Hiperplasia del tejido conjuntivo de la cápsula de Glisson.

Que la obstrucción coledociana descrita fue la responsable de gran parte del cuadro clínico presentado por el enfermo, no cabe duda, habida cuenta de la persistencia y progresividad de la ictericia, de la decoloración absoluta y permanente de las materias fecales, de la reiterada negatividad del sondeo duodenal, de la colangiectasia generalizada. La mejoría obtenida con el tratamiento médico la primera vez, y la recrudescencia del síndrome con motivo de la transgresión de régimen, pueden muy

bien explicarse por las variaciones del proceso flogístico a punto de partida ulceroso.

Un hecho no puede sin embargo ser aclarado categóricamente. Es el que se refiere a la relación existente entre la cirrosis y la obstrucción.

Las cirrosis biliares están sufriendo hoy día una revisión. Rosenthal, que dice que su nombre debería desaparecer, cree, como Eppinger, que no basta la acción química y mecánica de la bilis estancada para traer la cirrosis. Páez, entre nosotros, afirma que la obstrucción coledociana aséptica en el perro no trae cirrosis, sino atrofia biliar.

Albot, en su reciente libro, contrariamente a lo sostenido por Roessle, cree que la necrosis icterica de la colostasis, deja sus trazas bajo la forma de la cicatrización esclerosa de la cirrosis. Pero lo cierto es que en estas ictericias por retención, el factor infeccioso sobreagregado, responsable de la hepatitis difusa, juega sin duda un importante papel — como favorecedor de la neoformación esclerosa.

En nuestro caso sólo deponen en contra de la dependencia de ambos procesos la rápida evolución de la enfermedad, pues de ser exactos los datos suministrados por el paciente, la afección sólo data de dos meses y medio, mientras que, como dice Albot, la cirrosis humana no se instala sino lentamente (10 meses en una

de sus observaciones). Quizás el terreno preparado por las zonas tóxicas reiteradas, pudiera explicar esta precocidad.

Frente al dato inseguro, frutal vez de una deficiente observación, hablan en su favor la falta de esplenomegalia y la notable atenuación de la ictericia después de la intervención. Pues es bien sabido, que al revés de lo *que* sucede en la cirrosis tipo Hanot, la desaparición del factor éxtasis(primordial para Albot). si la intervención no acentúa la hepatitis, va seguida de la atenuación de la ictericia y la fiebre, así como de la extinción lenta del proceso infeccioso e interrupción de la hepatitis crónica, quedando en realidad como consecuencia una hepatomegalia cicatricial.

*Trabajo original**Sexología*

Frigidez femenina y Esterilidad

Por los Dres. Arturo Guitarte y Rución Melgar.

La creencia popular establece un vínculo directo entre el embarazo y el orgasmo femenino, la ocurrencia de aquel estaría supeditada a la eclosión del goce sexual de la mujer. La práctica médica puede corroborar esta arraigada idea por la frecuencia con que asiste casos de esterilidad en que la paciente demanda sólo un remedio para su frigidez, causa en que finca el origen de su dolencia, o al asombro con que otras contemplan el espectáculo de sus embarazos, o hablan de sus hijos concebidos sin haber experimentado sensaciones voluptuosas.

La ignorancia supina de los problemas del sexo, resultante de nuestra educación menoscabada de prejuicios, motiva estas leyendas, cuya gravitación perni-matrimonial. Las tentativas de elusión del embarazo fundamentadas en este concepto, llevan a muchas esposas a entregarse indiferentes y frías al contacto carnal, divorciadas psíquicamente del acto, en una pasividad de una voluntad tensa y una atención alerta en evitar el orgasmo. La susceptibilidad masculina, apercebida pronto, fragua sospechas de pérdida de afectos, o aleccionada de conceptos similares, si el embarazo sobreviene como es lógico, afianza una certeza de infidelidad.

HISTORIA

Los orígenes de esta divulgada causalidad entre orgasmo y con-

cepción arrancan desde muy antiguo y se la encuentra tanto en los pueblos civilizados como en los primitivos. Cuando el conocimiento humano deslindó en la mujer durante el acoplamiento fenómenos equivalentes a los del hombre, o sea voluptuosidad y secreción viscosa, se les asignó una finalidad coadyuvante de la fecundación. Ya Hipócrates juzgaba esa presunta polución femenina factor indispensable; en su concepto poseía, como la masculina, la semilla macho y hembra indistintamente, y de acuerdo a la coincidencia en ambas secreciones de uno u otro germen, se definía el sexo de los hijos. Esta teoría seminista fue adoptada posteriormente en los siglos XVII y XVIII. Aristóteles no concebía el embarazo sin la aspiración del esperma del hombre por el útero, aspiración que no se originaba sino durante el espasmo femenino.

Maimonides, llamado el Ramban, sabio judío del siglo XII, comenta en el Talmud el problema de la esterilidad femenina, y define como mujer estéril aquella que no posee senos, de voz masculina, para quien las relaciones sexuales *no presentan goce sino un sacrificio*, y en quien el vello del pulvis no tiene la altura de una cuchara. En el libro Nide, del Talmud, se clasifica a las estériles en Aores, las que tienen orgasmo, muy raras, y en Ilunes, que no lo experimentan, la mayoría.

Refiere la historia que Gerardo van Swieten, famoso médico holandés, al ser llamado para tratar la esterilidad de María Teresa de Austria, emperatriz de Alemania aconsejó: "Ego vero que censeo vulvan Sacratissima Majestatis diutius ese titillandam", y que habiendo seguido este consejo experimentó voluptuosidades, dando a luz posteriormente a José II y a la famosa María Antonieta.

Es digno de mención también, el procedimiento usado por las chinas para eludir el embarazo, denominado *gong-fu*, que consiste en una especie de hipnosis que desvía sus pensamientos evitando concentrar su atención durante el coito y obstaculizando el orgasmo. El resultado es eficiente según ellas.

Riedel expone que las indígenas de la isla de Burn, cuando cohabitan con los extranjeros, permanecen indiferentes para evitar el embarazo.

ORGASMO Y CONCEPCIÓN

En el siglo pasado, y en hipótesis demasiado aventurada, atribuía muchos casos de esterilidad a la falta de goce por ausencia del clítoris.

Mathew Ducan. sobre cien mu-

jes que le consultan por esterilidad, encuentra que el 27% acusaba deseos normales, y sólo el 38% orgasmo. En otra estadística de 400 casos las 3 [4 partes eran libido normal, pero el orgasmo se encontraba sólo en la mitad.

Hunher coincide con ese promedio de mujeres estériles que no experimentan orgasmo.

Kisch en 68 estériles deslinda 38% de frígidas, y agrega que para acuitar la concepción es necesario que la mujer participe activamente en el acoplamiento; sólo así se fraga por vía refleja una hipersecreción de las glándulas cervicales que facilita el paso de los espermatozoides, y acaecen descensos del útero que coadyuven en la siembra seminal. Auvart estima que el placer favorece el embarazo; la adaptación de los órganos es más completa y aduce que no está probado que la excitación uterina no facilite la penetración del espermatozoides, fenómeno que sólo se logra por la coparticipación de la mujer en el coito. Lafora comparte la ocurrencia de contracciones uterinas derivadas del acoplamiento y agrega que en muchas ocasiones la no coincidencia entre el glande y el ori-

ficio del cuello del útero malogra los movimientos aspiratorios uterinos durante el orgasmo.

La pretendida aspiración uterina se fundamenta en la teoría que supone durante el coito un estado de contracción del órgano, que disminuiría su volumen, estrechando su luz; en el momento del orgasmo se distendería recuperando su vitalidad normal, haciendo ascender el esperma como el agua en la cavidad de una pera de goma comprimida en las manos.

Morhardt juzga que el rol de la voluptuosidad es impedir el derrame del esperma fuera de la cavidad vaginal, por determinar el orgasmo tumefacción del periné y labios de la vulva, que se ciñen con firmeza a la base del pene.

Seitz escribe: "Bajo la influencia del orgasmo, el útero se acoda hacia adelante, el cuello descendiendo hacia la pared vaginal posterior, lo que favorece el paso de los espermatozoides".

Amersbach profundiza en el tema, con acopio de interesantes sugerencias; define el orgasmo como una descarga tan poderosa que no tiene equivalentes en la economía humana, y recuerda que según Engelmann, determina una notable excitación del simpático, lo que obliga lógicamente suponerle cierta acción fisiológica. Afirma así que la tensión nerviosa, como la hiperemia, que la acompaña, posible de originar hemorragias en ocasiones, puede estimular los folículos, precipitando su ruptura. Sellheim hace a este respecto una comparación afortunada cuando expresa que la fruta ma-

dura cae espontáneamente, pero más rápido cuando el árbol se agita. Fuera esa tal vez una de las resultantes del orgasmo en la mujer, similar a lo que puede observarse en ciertos animales, particularmente en el conejo, lo que asumiría notable interés si se recuerda que el óvulo expulsado del ovario sólo es posible de fecundación durante las 24 horas que perdura su vitalidad, aunque no implica suponer necesaria para el embarazo esa ruptura del folículo durante el coito. El impulso del orgasmo, a juicio de Amesbach, excitaría aún la contractibilidad de las trompas, acelerando el encuentro de los gérmenes sexuales, fraguando un verdadero camino líquido por el incremento de la secreción uterina y la dilatación de sus zonas estrechas; se apoya en Sellheim para atribuir mayor velocidad a los espermatozoides en ese medio ambiente, y comparte con Kehrer la creencia de que el sentido inverso del derrame secretorio del útero, obliga a los espermatozoides la ascensión en líneas recta. El relajamiento y el sopor en que cae la mujer después del orgasmo, rodearía el encuentro de los gérmenes de las garantías óptimas. Corroborando sus afirmaciones, el autor transcribe la historia clínica de una mujer de libido normal pero estéril y afecta de frigidez psíquica, motivada por anomalías de conformación sexual en un primer marido, que trasladara a un segundo matrimonio con un hombre normal. La frigidez cedió a la hipnosis, obteniéndose orgasmos y en embarazo luego, sin haber puesto en práctica otras medidas terapéuticas.

Este consejo de opiniones trasluce una modificación paulatina del concepto inicial; los autores antiguos atribuían a la frigidez un rol preponderante en el determinismo de la esterilidad; actualmente, aún los mantenedores entusiastas conviven en un papel secundario. El orgasmo contribuiría a la fecundación sólo por el complejo de acciones que desencadena la excitación sexual femenina: congestión de los genitales que favorece la adaptación durante el coito, aspiración uterina, descenso del cuello, caída del tapón mucoso cervical o de Kristeller, contracción de los músculos vulvares ciñendo la base del pene y obstaculizando el derrame del semen al exterior, etc. En suma, facilitando la ensambladura de los órganos sexuales y haciendo posible la eficacia de la siembra seminal.

Coadyuvaría a la fecundación, y salvo los casos paradosales de mujeres en quienes el orgasmo determinaría movimientos expulsivos, debidos a una contracción muscular exagerada (Stekel, Lafora), su acción secundaria no es imprescindible.

Ocurre que se ha confundido

el efecto con la causa; el comprobar que una mujer estéril sea frígida concomitantemente no implica sino que ambos síntomas, frigidez y esterilidad, derivan de una causa común, de un factor de otra naturaleza, como falta de desarrollo genital, insuficiencia ovárica, procesos inflamatorios, etc., en quienes reside la esterilidad y que se exteriorizan por la frigidez.

En la estadística levantada por uno de nosotros en el Instituto de Maternidad que dirige el Prof. Peralta Ramos, sobre un total de 237 mujeres estériles, el examen ha deslindado siempre una "causa orgánica imputable: obliteración de las trompas, precario desarrollo de los genitales, insuficiencia ovárica, trastornos endocrinos (tiroides, hipófisis}, obesidad, inflamaciones varias, lesiones extensas del cuello uterino, anomalías de posición del órgano, enfermedades generales; sífilis, tuberculosis, anemia, esterilidad del marido, etc.

MECANISMO DE LA FECUNDACIÓN

Esclarece aún el rol secundario del organismo, el estudio de

la mecánica de la fecundación. Ya en el siglo XVII y en el tratado de "Les Maladies des Femmes Grosses et Accouchées", Mauriceau la concibe como fruto de la contractilidad del cuello del útero que se entreabre durante el coito "para 'dar paso al semen del hombre, el cual, por este medio, es proyectado hasta el fondo de la matriz". Más adelante agrega: "La acción por medio de la cual el orificio interno se abre o se cierra, según las diferentes necesidades, es enteramente natural y de ninguna manera voluntaria; lo que ha sido hecho expresamente, pues si los movimientos de este orificio dependieran de la voluntad de las mujeres, habrían muchas que por este medio impedirían la concepción y usarían del coito, y muchas serían lo suficientemente malas para expulsar y rechazar la simiente que hubieren recibido".

La polución ' masculina deposita el esperma en la parte superior posterior de la vagina, que obra como su receptáculo, si se supone la mujer en la posición decúbito dorsal corriente. Salvo anomalías de ubicación, el cuello uterino baña en el líquido espermático. Las comprobaciones realizadas han demostrado que el contenido normal de la vagina posee reacción ácida, con un pH de 4.5 aproximadamente, siendo en cambio alcalina la del tapón mucosa del cuello (pH 7.2). Se sabe asimismo que el espermatozoide encuentra en el medio alcalino su clima favorable, siendo inapto para el medio ácido, donde, si bien al principio sus movimientos oscilatorios acrecen, su vitalidad amengua

pronto, se inmoviliza y muere. Por ello, de su transitorio receptáculo vaginal, en obra de una quimiotaxia positiva, tiende hacia el medio que le es apto, o sea la alcalinidad del cuello, penetra en él, llevando por su destino, sigue su trayectoria ascendente hacia las trompas, al encuentro del óvulo, mentalmente el influjo que ejerce el tapón mucoso sobre el espermatozoide, colocando en un porta-objeto una gota de esperma recogido de la vagina adyacente a otra de mucus cervical. La observación microscópica visualiza a los espermatozoides tendiendo hacia la gota de mucus por sus movimientos oscilatorios activos. Agreguemos que si transcurrida una hora del coito, se recoge mucus del cuello uterino y se le observa al microscopio, se ve nadar en él numerosos espermatozoides en plena vitalidad, mientras que los residuales en la vagina se han ya inmovilizado.

Seguy y Vimeux, que subscriben un interesante estudio sobre el derrotero de los espermatozoides en las vías genitales externas de la mujer, interpretan que las condiciones óptimas de penetración se realizan cuando el cuello contiene mucus traslúcido fluido y en cantidad suficiente. Por el contrario, si el mucus es restringido y denso, la penetración se efectúa precariamente o es nula. La acción quimiotáxica persiste cuando el cuello contiene mucus purulento, pero aquí la densidad obra de obstáculos infranqueable a la ascensión de los espermatozoides.

Deslinda la experiencia de aquellos autores, periodos en los

que se percibe el cuello más o menos carente de mucus, que alternan con otros, en época intermenstrual, en que el derrame acrece, fluido y abundante, coincidiendo con el momento de la puesta ovular, y representando el instante más propicio al paso de los espermatozoides, y para la fecundación, por consiguiente.

Por su movilidad activa, los espermatozoides se desplazan a una velocidad que oscila entre 2 y 3,6 mm. por minuto, pudiendo hallárseles en la cavidad uterina, dos horas después del coito. Los movimientos peristálticos y ciliares de las trompas favorecen su traslación ulterior.

Mientras tanto el óvulo, liberado por el ovario aproximadamente 12-14 días después de iniciado el ciclo, y recogido por las trompas su rol de espectación pasiva, y muere al poco tiempo si la conjunción no se realiza. Representa la frenada energía para *Hirch*, que asigna la principal tarea cinemática en el embrión futuro, al espermatozoide activo y ágil.

CONCEPCIÓN ANORGASMICA

La frecuencia de los embarazos al margen de la voluptuosidad en la mujer, arroja la contraprueba convincente. Refiriéndonos solo a nuestras observaciones' sobre 400 mujeres de 25-35 años de edad, con uno a cuatro hijos, el 49% nunca la había experimentado.

Pueden sumarse aún los casos conocidos de violación, coito bajo anestesia y fecundación artificial seguidos de embarazo, sin olvidar las numerosas recién casadas que fecundan en el primer mes del matrimonio, sin haber conocido en sus relaciones sexuales más que el dolor de los primeros contactos, ya que sabemos que el orgasmo sobreviene, por regla general, más adelante.

Ocurre algo similar con los coitos vulvares, donde el pene frota los labios de la vulva, eyaculando in situ sin introducción, tan frecuentes durante el noviazgo y que rinden un porcentaje crecido de embarazos. Se citan, sin embargo, casos de mujeres estériles en aparariencia y frígi-

das. durante años, en quienes concomitantemente con los primeros orgasmos, acaece el embarazo, pero son si duda ejemplos de hipofunción genital normalizada luego por atenuación de las causas que la motivaron, salvo que la suspicacia sospeche otra intercurencia masculina, ya que no debe olvidarse que en ocasiones la frigidez y esterilidad en la mujer pueden imputarse al marido, que no despierta en ella el orgasmo por ignorancia o inepititud, y no puede fecundarla por estéril. Recordemos como dato ilustrativo que a la frialdad femenina en las contiendas amorosas, motivada por aversión al marido, acusan algunos autores la concepción de hijos enfermos y de escaso desarrollo intelectual, y el anecdotario histórico destaca, entre numerosos ejemplos, el conocido caso de Luis XV y María Luisa, mujer absolutamente sana, que se profesaban odio recíproco, y cuyos hijos nacieron enfremos. Los hijos naturales del monarca, fueron, por el contrario, vigorosos.

Franck, que simpatiza con esas presunciones, escribe: "El amor

es la salsa del matrimonio, y la naturaleza que no quiere que la gente se entregue con indiferencia al acto de la generación, ha querido servirse de la manera más provechosa de esta salsa, para que no nazcan frutos de mal gusto. Cada vez que observo un temperamento decaído, tedioso y asténico, estoy tentado de pensar que la madre ha tenido relaciones mal terminadas, y que estando medio dormida es que el marido la poseyó".

Foley y Westermack nos informan que en ciertas tribus salvajes, cuyas mujeres son reacias al orgasmo, la esterilidad es muy poco frecuente.

CONCLUSIONES

En lo que afecta al tema, el rol del orgasmo femenino es problemático e insignificante. Puede concluirse en suma, como Marañón sintetiza, contemplando el problema escueto de la fecundación, que es un acto inútil, por la expectante cualidad del óvulo; su ocurrencia puede facilitarla, pero en tan corta medida que en nada se resiente de su ausencia.

*Notas de semiología**Trabajo original*

El Dolor Torácico

Por el Dr. Herbert Hofmann

El dolor constituye un valioso elemento diagnóstico, y su valor estriba en que nos hace pensar en los distintos cuadros nosológicos. En esta nota me ocuparé del "dolor torácico".

El dolor torácico, puede dividirse en dolor que se refiere a la envoltura externa, llegando a comprender hasta los elementos osteomusculares y dolor que corresponde al referido por los órganos colocados por dentro del límite anterior, sin incluir aquí a las afecciones culpables de dolores situados en o entre ambos límites.

En este artículo se excluirán los dolores provenientes del corazón, que por su índole y características, son patrimonio de un capítulo enteramente especial.

—o—

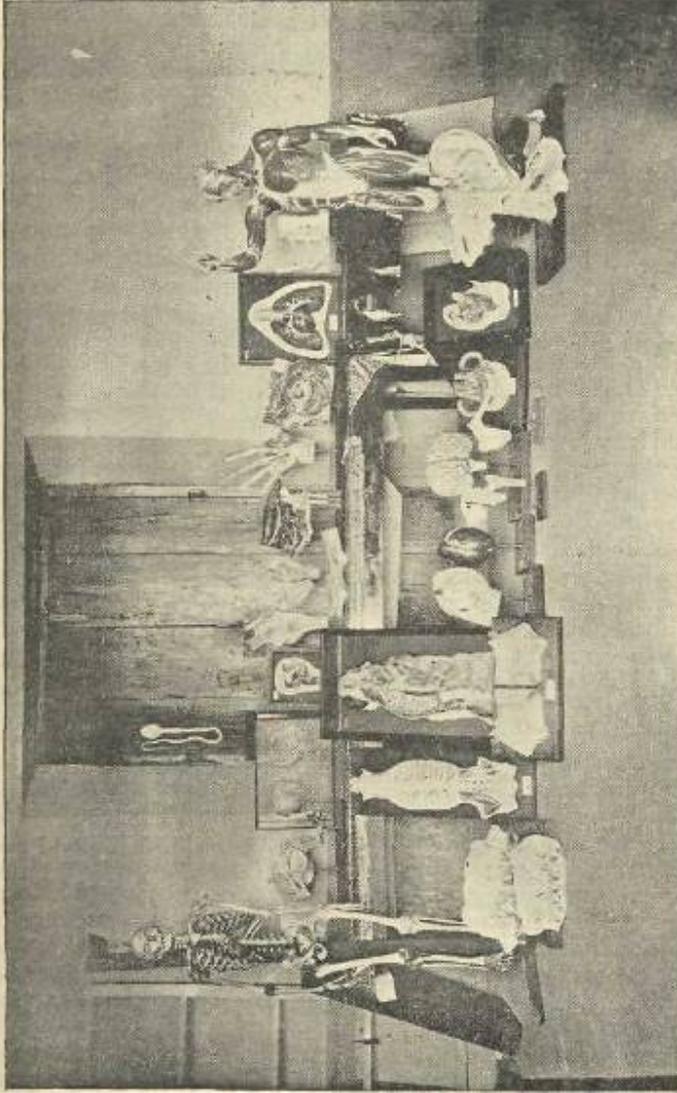
El dolor comprendido en el primero de los grupos, puede tener como fuente: a la piel, la musculatura, los nervios intercostales, las fascias, el tejido conjuntivo subpleural, las costillas y la glándula mamaria.

Las afecciones dolorosas de la piel del pecho, carecen de interés especial para el médico práctico, mientras no se refieran a las zonas de Head, cuya referencia si no se acompaña de la descripción de la afección orgánica, resulta inoportuna en este lugar. No obstante, debe citarse de acuerdo a observaciones hechas por muchos autores, que

los dolores en estas zonas pueden ser tan intensos, como para que los enfermos eviten instintivamente todo contacto con la piel.

Algunos enfermos de coleditiasis y con hiperestesia refleja de la piel del abdomen superior y del tórax inferior derecho, llegan a mantener el brazo derecho constantemente separado de la parrilla costal, porque el contacto de este originaba grandes dolores. Dejando aparte semejantes casos, relativamente muy poco frecuentes, los dolores de la piel no desempeñan un papel muy interesante para el práctico, ya que las afecciones localizadas puramente sobre el cutis, pertenecen al dominio del dermatólogo. No obstante no deberá olvidarse a la *erisipela* aislada del tórax, la que muy a menudo puede deberse a eczemas crónicas (o no) frecuentemente del pliegue submamario. El rubor, el edema, el dolor a la presión, el rodete periférico y la delimitación geográfica de la piel sana, así como la inflamación consensual de los ganglios linfáticos, y la fiebre facilitan rápidamente el diagnóstico. El dolor cutáneo bien puede ser nada más que un síntoma accesorio de una afección general, tal como sucede con la enfermedad de Dermum o adiposidad dolorosa, o de los lipomas simétricos o de la neurofibromatosis. Finalmente, los dolores cutáneos pueden constituir una manifestación

Los Progresos de Nuestra Escuela de Medicina



Salón de Anatomía

se fácilmente por la constatación de una afección primaria pulmonar, y la preexistencia clara de síntomas pulmonares. No podrá bagarse únicamente en la idealización estricta del dolor y de la hinchazón, en el caso de la supuración perípleurítica, ya que los mismos síntomas puede dar el empiema perforante, y el primero también en el empiema enquistado sin perforación. Mucho más importante es la falta de todo síntoma pulmonar, especialmente de tos; pero la disnea precoz e intensa, ocurre en ambas afecciones por igual, debido al dolor motivado por el acto respiratorio; además falta toda desviación de los órganos mediastínicos a pesar de la gran disminución de los ruidos, y del abombamiento extenso de la pared: mientras que en el empiema de necesidad por lo general siempre tiene un pequeño sitio de perforación y fluctuación marcada. Hoy en día, el cuadro radiológico facilita y asegura el diagnóstico y mucho más aun del empiema no perforante suspendido.

Las manifestaciones flogósicas locales faltan sólo en la *perforación de una caverna tuberculosa* a través de las partes blandas. La perforación de la piel, se produce en una forma indolora. La piel se abomba sin reacción, coloreada lividamente, se acompaña de crepitación franca y pueden percibirse frecuentemente rales, y sonidos timpánicos cuando el tumor se reduce a la presión. Por lo indoloro de la afección, no está lejos la confusión con una hernia pulmonar. ■ La crepitación es fina en la hernia pulmonar; la localización fa-

vorita de la perforación es en el 1° a 3° espacio intercostal anterior en la tuberculosis pulmonar, mientras que la hernia pulmonar se manifiesta de ordinario en el espacio supraclavicular o en el 6° a 9° espacio intercostal anterior, facilitando este dato el diagnóstico aun cuando se trate de una hernia espontánea no traumática, debido a aumentos de presión intratorácica, en paredes anormalmente complacientes.

Y precisamente las hernias pulmonares son de interés para el internista.

Tampoco es difícil el diagnóstico de la *actinomycosis* migratoria de origen bronquial, pulmonar o pleural, y que llega a las partes blandas de la envoltura torácica. En este caso se trata de un proceso infiltrativo, crónico progresivo que va de la profundidad a la superficie. La formación de focos flegmonosos múltiples subpleurales, explican la multiplicidad de las puertitas de salida a partir de la profundidad, y que se dirigen hacia la superficie, para irrumpir a través de la piel, bajo la forma de numerosos orificios fistulosos, y en el pus que drena (como quizá antes ya en el esputo), se pueden hallar los granos amarillos y el hongo actinomicos.

El dolor brusco en el pecho, con dificultad respiratoria puede deberse a otra afección cutánea o mejor dicho subcutánea, el extenso *hematoma subcutáneo*. Sólo tiene importancia para el clínico cuando aparece espontáneamente (hemopatías, especialmente la leucemia mieloide). También el *aneurisma aórtico*, puede dar lugar a dolores

en la *piel*, quejándose algunos enfermos de una sensación de frío doloroso en la zona precordial entre el borde esternal izquierdo y la línea mamilar del mismo lado. No necesita insistirse que el dolor común pueda deberse a la erosión del esternón por el neurisma o la erosión de las costillas, así como dolores reflejos materializados en las zonas cutáneas de Head, y dolores del seno. Sin embargo, los aneurismas del arco aórtico especialmente, rara vez ocasionan dolores muy intensos, sino más comúnmente moderados, cuando después de la perforación local lenta de la cubierta torácica por el saco alcanzan a la piel, y distienden a esta última. El abombamiento anormalmente marcado, la pulsación intensa, y la **imagen** radiográfica (límites difusos) llamarán nuestra atención.

Donde el enfermo, o mejor dicho, la enferma suele quejarse de dolor es en la *glándula mamaria*, que durante el examen demuestra ser el sitio doloroso. De las enfermedades orgánicas de esta (exceptuando al carcinoma y a la mastitis), existe una, la que interesa especialmente al clínico, la *hipertrofia mamaria*, sea cual fuere su origen, que da lugar a la sensación de un tironeamiento doloroso. Igual efecto produce toda hipertrofia transitoria (embarazo, lactancia) o duradera (infiltración leucémica

o aleucenica, adiposidad). En la infiltración de los senos también desempeña un determinado rol, el dolor por exceso de fatiga de los planos musculares. Una adecuada suspensión de la mama, suprime o atenúa el dolor. En lo referente al carcinoma mamario, el dolor no es necesario para hacernos pensar en él, pues al contrario constituye un síntoma aberrante, cuando no aparece como acceso, originado dolores lancinantes que se irradian hacia el brazo y que aparecen especialmente cuando está localizado en el cuadrante superior externo, del seno. La constatación de un nódulo duro, sensible, relativamente inmóvil (adherido al tejido glandular circundante), y de configuración irregular, eventualmente con el pezón mamario retraído y humedecido por una serosidad pegajosa o hemorrágica, apoyarán valiosamente el diagnóstico. En casos raros se observa el carcinoma de la mama del hombre; igualmente pueden originar sensaciones dolorosas en la mama, las metástasis lenticulares, originadas por vía linfática que desde el tamaño de una cabeza de alfiler, hasta el de una lenteja palpable producen al parecer una presión sobre los nervios cutáneos.

La *involution mamaria senil* y presenil, también puede ocasionar dolores. Exceptuando a todas las afecciones dolorosas de las mamas, que caen dentro del

dominio de la cirugía, el clínico deberá precaverse de los dolores mamarios que son parte de una *neurosis*, de estados neurasténicos e histéricos. En esta última es conocida la hiperestesia cutánea exquisita, ya sea del mame-lón o de la mama, ya sea bilateral o unilateral y que a la compresión o al tacto, aun el sólo contacto de la camisa, origina extraordinarios dolores. Otros estigmas y síntomas psíquicos asegurarán el diagnóstico de hiperestesia e hiperalgesia mamaria histérica.

En la neurastenia, y especialmente en el histerismo, puede existir una forma diferente de dolor mamario, la *mastodinia*, que no es más que la expresión de una neuralgia intramamaria, a menudo tenaz intercostalgia, acompañada de hinchazón de la mama. Dolores urentes, lancinantes, punzantes, terebrantes o tensivos pueden presentarse en accesos: la hiperestesia cutánea marcada, la constatación de los puntos dolorosos a la presión (esternal vertebral, axilar), la coexistencia de determinada afección mamaria anatómica, que no rara vez es causante de mastodinias deuteropáticas, facilitan el diagnóstico.

Semejante mastodinia o hiperestesia mamaria se halla con relativa frecuencia en la llamada histeria imitativa. La portadora del dolor, es una persona afecta o cercana a una enferma de un carcinoma mamario y la neurosis latente se manifiesta en este caso bajo la forma de una sensación dolorosa mamaria local.

Dentro de los dolores mamarios, han de mencionarse las sen-

saciones molestas hasta dolorosas de los senos, frecuentemente en uno más intenso que en el otro, que se presentan en algunas mujeres durante, antes y aun después de la *menstruación*, durante o al comienzo del *embarazo* o durante la *menopausia*, acompañados a veces de una real hinchazón de la mama, perfectamente perceptible y que debe atribuirse a las conexiones de la glándula mamaria con el ciclo genital.

Finalmente merecen citarse los dolores a veces urentes de la *arterioesclerosis* de las arterias mamarias. También pueden ser portadores de neuralgia de los nervios *intercostales torácicos*. Aquí también puede aplicarse el principio de que conviene pensar en presencia de dolores bilaterales en su origen orgánico por lesión de las raíces nerviosas. Su origen habrá que buscarse en la vértebra, articulaciones vertebrales y contenido del canal vertebral. La neuralgia intercostal, siempre hará recordarnos y descartar previamente a los tumores extramedulares espinales o tumores vertebrales, o meningitis crónicas, o lesión de la raíz nerviosa por afecciones de los órganos vecinos: costillas (el goma por ejemplo), pleura (neoformación), órganos mediastínicos (aneurisma de la aorta torácica, descendente, por ejemplo), o carcinoma bronquial. Finalmente afecciones del sistema nervioso debidos a causas infecciosas o metabólicas, diabetes, gota, malaria, constipación crónica, anemia, clorosis, etc. En estos casos pueden faltar perfectamente los puntos dolorosos.

Nuralgias intercostales, que

aparecen en forma de acceso, que corresponden al recorrido de la 11ª costilla especialmente de su extremo anterior derecho, deberán siempre hacer pensar en la *colecistitis*.

En algunos casos de *angina de pecho auténtica*, además de los dolores retroesternales típicos, pueden existir dolores en los primeros espacios intercostales, así como *neuralgias de los intercostales* más bajos pueden recordar y ser signos del *aneurisma de aorta torácica*. El origen de estos dolores podría deberse a la oclusión de los orificios correspondientes al origen de las arterias intercostales, dentro de la pared aórtica.

Un dolor intercostal muy intenso, es el acompañante corriente del *herpes zoster*. La distribución del dolor, especialmente sobre un espacio intercostal, su expansión en cinturón sin exclusión selectiva de los espacios intercostales únicamente, la erupción y su disposición especial así como la formación de cicatrices después de las ampollas dan al diagnóstico una dirección definida.

Pero también en el *herpes zoster*, especialmente cuando no se ha desarrollado bilateralmente, no deberá descuidarse el pensamiento de que en casos nada raros, puede constituir, la manifestación parcial de una *neuri-*

tis radicular secundaria. Así, por ejemplo, un carcinoma vertebral (dorsal, secundario), puede expresarse con un herpes. También puede ser consecuencia de afecciones mediastínicas, como por ejemplo el aneurisma aórtico, o intoxicaciones (arsenical o CO₂).

El herpes zoster puede deber su origen a una enfermedad de *los ganglios interoortebrales*, pudiendo aparecer por ende, sin irritación de las raíces nerviosas, raramente en accesos o constantemente, con localización especial latero-posterior, a altura variable concomitante a la distribución del territorio nervioso correspondiente al foco primario.

Todos los procesos que disminuyen el espacio del conducto raquídeo, todas las afecciones compresoras de la columna raquídea ósea, aunque sean raras, deben tenerse en cuenta aquí.

Como síntomas inicial de la *esclerosis múltiple*, puede interpretarse la irritación de las raíces interespinales, en aquellas neuralgias intercostales, acompañadas de cefalea, dolores neurálgicos diversos y dolores articulares. Si el comienzo de la afección reviste un carácter agudo, fácil es imaginarse la difícil situación en que se hallará el médico.

De importancia diagnóstica.

son algunas formas poco frecuentes del *tabes dorsal*, con dolores antes de los nervios intercostales. El carácter fulmíneo de los dolores que aparecen por accesos, y los demás signos que acompañan al *tabes*, quitan todas las dificultades diagnósticas. Generalmente estos dolores suelen preferir a los espacios intercostales inferiores.

Por la vía linfática y por la vía nerviosa, pueden explicarse los dolores *neuralgiformes*, que acompañan a los dolores del cuello, en la fosa infraclavicular y que se presentan en las enfermedades del *maxilar inferior* y de *los cuñetes*.

La sensación dolorosa en *cinturón*, puede deberse al *tabes*. Este dolor en cinturón, puede radicar más alto, a la altura del tórax. Puede ser hemitorácico, como puede abarcar toda la circunferencia. Si este es el único síntoma que refiere el enfermo, el diagnóstico suele ser bastante laborioso. También puede el enfermo referir dolores epigástricos, que el cirujano, merced a la condición anatómica invitante, clasifica de hernia epigástrica, con su correspondiente proposición terapéutica. En caso de este tipo, el enfermo tenía pupilas desiguales, con reacción perezosa a la luz, existía lúes en los antecedentes y tratamientos efectuados a su debido tiempo. El paciente se queja actualmente de sensación de adormecimiento en la zona precordial y especialmente a la altura del mameón izquierdo. Existe una ligera hipoestesia, que junto al comportamiento pupilar y los datos anamnésticos hace pensar en *tabes*. La afección evolucio-

nó progresivamente con dolores moderados en un principio, y con el tiempo el diagnóstico se amplió en el sentido de una taboparálisis, ya que los síntomas psíquicos no podían dar lugar a mayores dudas.

Sensaciones en cinturón, suelen registrar los *neurasténicos*; más siempre antes de asegurar esta variedad, conviene agotar el examen neurológico, a pesar de la presencia de *estigmas* de neurastenia; pues además de la *tabes*, toda una *serie* de afecciones medulares puede acusar parestesias y dolores en cinturón. hemorragias meníngeas, lúes medular, meningitis crónicas en todas sus variedades, tumores de toda índole y evolución, siringomielia, esclerosis múltiple crónica, neuritis luética, y aun la poliomieltis aguda puede acompañarse de dolores dorsales y pectorales junto o independientemente a dolores en las extremidades.

Si estas sensaciones aparecen bruscamente, con sensación intensiva de cinturón, debe recordarse a otra serie de *afecciones agudas* de la medula, como: la esclerosis múltiple aguda, la hematomielia, la mielitis aguda, y embolia o trombosis de las arterias medulares. Como regla se acompañan además de una parálisis o paresia aguda de la vejiga y trastornos del esfínter anal, disipando todo género de dudas, respecto a la patogemia de los dolores.

Sensaciones en cinturón progresivas pueden hallarse en las afecciones de la columna vertebral propiamente dicha, como puede ser, por ejemplo, en la espondiloartritis anquilopoyética.

También en las afecciones puramente óseas, que originan el achatamiento de los cuerpos vertebrales; ejemplo: la osteomalacia. Finalmente debe citarse a la *arterioesclerosis de las arterias de los cordones posteriores*, cuadro que se caracteriza por el cansancio anormal, debilidad y espasticidad de las extremidades al deambular, faltando la *disbasia dolorosa* intermitente. El signo de Babinsky aparece con el movimiento y desaparece con el reposo; el pulso de las arterias pedias existe; además de la exaltación de los reflejos tendinosos, eventualmente debidos a la arterioesclerosis de las arterias periféricas o centrales, acompañado eventualmente de otros síntomas, dolores gastralgiformes, angina de pecho o enterálgicos.

El dolor en cinturón, como es fácil concebirlo, puede constituir un síntoma importante de la expresión clínica de un *proceso retramediastínico*, que comprime las raíces eferentes. Así un *aneurisma* aórtico colocado en el hiatooártico del diafragma, se manifiesta por dolores en cinturón colocados a la altura de la inserción diafragmática, y que suelen presentarse con los movimientos del cuerpo, y especial-

mente por el decúbito dorsal, estando repleto el estómago.

Una causa similar suele existir en aquellas sensaciones "molestas" o toda sensación en cinturón, localizada, a nivel de las falsas costillas, y de la que se quejan los pacientes de *aortitis luética*. Probablemente se debe a una *arteritis de las arterias intercostales*, o bien un angostamiento del origen de éstas, al desprenderse de la aorta torácica, sea a ambos lados, sea unilateralmente; las gradaciones de las sensibilidad van desde las molestias indefinidas hasta el dolor franco e intolerable. Los dolores intercostales, correspondientes al territorio del 6^o intercostal izquierdo anterior, pueden llegar a irradiar por detrás del esternón y al brazo, y simular perfectamente los dolores anginoideos. También aquí, una esclerosis del orificio de origen de la arteria intercostal, debería recordarse como etiopatogenia.

La sensación del cinturón, que se presenta por accesos, con dolores lancinantes, fulmiantes, tebrantes o urentes, alternados con dolores pectorales, con y sin dolor asociado dorsal, y braquial. nos recordará al *tabes cer-*

vical, tan fácil de olvidar. Pero el tabes dorsal puede originar otros dolores torácicos, aparte de la mentada sensación ríe cinturón. Conocidas son las *parestias yuxtacardiales*, especialmente yuxta apicales, sensaciones de frío, "como si soplara un viento helado" sobre la región citada, síntoma frecuentemente inicial o concomitante. También suelen acompañar al tabes dolores cutáneos, como si la piel de la región cardíaca fuera pellizcada Intensamente.

Muy diferentemente se basa la sensación de cinturón originada por el *tétano tónico* o *clónico del diafragma*. Aquí el dolor referido corresponde a las inserciones del diafragma proyectadas sobre la periferia de la envoltura torácica. El tétano clónico se exterioriza por el *singulto* o hipo, el que al prolongarse durante un tiempo largo, varios días sin interrupción, puede originar intensísimos dolores en el cinturón, aparte del dolor epigástrico. Este caso puede observarse en parte, en las afecciones abdominales, que irritan a los reflejos del nervio frénico, por ejemplo: la vejiga anormalmente distendida de los prostáticos, o de los que no lo son, en las metropatías, y también puede presentarse en las irritaciones nerviosas centrales, del nervio frénico, a consecuencia de enfermedades cerebrales o medulares (encefalitis, hipo epidémico), y **también** en ciertas noxas tóxicas, como ser la intoxicación alcohólica crónica, la uremia con su singulto crónico, le septicemia. También puede ocurrir en las lesiones anatómicas del nervio frénico o sus ramas como las que pueden de-

berse a las mediastino pericarditis con cicatrices exuberantes: también los aneurismas de la aorta torácica, en los que los anatomopatólogos no dejan de hallar la concomitante mediasinitis gomosa cicatricial o cicatricial pura. Ha de recordarse aquí también el hipo de los neuropatas (histeria), y el de los estados caquéticos y anémicos (neuritis frénica, neuromielitis).

Igualmente se presenta el singultus tetánico, allí donde existe una inflamación directa de las serosas que recubren al músculo diafragma; así suele ser uno de los signos de peritonitis, cuando ataca primariamente a la serosa diafragmática inferior o secundariamente a consecuencia de una generalización. Más rara vez suele ser signo de una pleuritis diafragmática.

Difícil de reconocer con seguridad, y casi únicamente reconocible a la pantalla es la contracción tónica del diafragma como signo acompañante del tétano, y de la tetania. Suele presentarse también en el reumatismo muscular y articular, secundario a los resfríos, y también en la histeria. En los casos **francos**, el enfermo es presa de dolores en cinturón bruscamente, a la altura de la inserción diafragmática. Aparece disnea y cianosis intensa, se abomba el abdomen, y los órganos torácicos, descienden. Ataques discretos de este tipo, no son raros en la histeria. Recordar a la neumonía lobar de cualquier tipo, que puede originar o acompañar a una neuritis o mejor dicho, peritonitis frénica a cualquier altura. Las epidemias gripales y consiguientemente las diafrag-

mitis agudas o pueden ser consecuencia de esta última. En ambos casos se hallan dolores intensos de duración sumamente variable, a la altura del diafragma, en forma de cinturón, y también pueden ser dolores pectorales, o dorsales "como si reventara el pecho". Estos dolores que aquejan al enfermo impiden la excursión respiratoria normal. Es fácil pasarla por alto. durante una *neumonía* o una *colecistitis*. Pero también puede ser independientemente la causa o la consecuencia de una pleuritis diafragmática aguda, o en forma más o menos aguda ser la consecuencia de una pleuritis diafragmática tuberculosa. Lo diagnóstico más fáciles de hacer, o mejor dicho, los errores más frecuentes, son los rótulos de *colecistitis* y *úlcera del antro pilórico*. Para evitarlos contribuye la investigación de los puntos dolorosos del frénico y el examen roentgenológico.

También la *fatiga acentuada*, y el *ejercicio exagerado*, puede originar dolores torácicos, con sensación dolorosa, en cinturón.

Dolores torácicos, no son nada raros, en las deformaciones de éste, lo más frecuentemente a consecuencia de las *escoliosis* de la columna vertebral, que lesiona a los nervios intercostales.

El *ulcus* de la pequeña curva-

dura puede dar dolores unilaterales (y también bilaterales) de los espacios intercostales, especialmente del lado izquierdo. Igual vale para la *colecistitis* y la *colecistitis*. Las afecciones *pancreáticas* originan dolores.

Los dolores torácicos pueden tener su asiento en la *musculatura*, sea en los grandes músculos superficiales, o en los profundos. No deberá olvidarse nunca, que los dolores pectorales siempre harán recordar a la *angina de pecho*. Otra afección que deberá tenerse presente, es la *supuración subpectoral*.

Se tendrán presente aquellos cuadros de dolores torácicos intensos, con disnea pronunciada, acompañados de escalofríos y alta fiebre. El médico siempre tiende a catalogarlo como a un proceso agudo de las vías respiratorias. La enfermedad puede evolucionar sin que lleguen a constatarse positivos signos por parte del pulmón y pleura, el cuadro general sigue invariable con un tinte discretamente séptico, fiebre alta y disnea. Más adelante se produce un leve abombamiento del hermitórax anterior, especialmente del territorio pectoral, discretísimo edema cutáneo, intensísima sensibilidad ala presión. También se presenta dolor al intentar la adducción o rotación interna del brazo, mo-

vimiento que necesita de la contracción activa del músculo pectoral mayor. El diagnóstico de supuración subpectoral será confirmado por el cirujano. Semejantes estados *flegmonosos* subpectorales pueden ser consecuencia de una desapercibida infección de las glándulas sudoríparas axiliares, o de la infección de un dedo, seguida o no de supuraciones axiliares, acompañada o no de la llamativa e inconfundible linfangitis ascendente. Esta última puede ser tan insidiosa en su presentación, falta de rubor, dolor, etc., y evolucionar tan lenta y desapercibidamente que la puerta de entrada queda totalmente olvidada.

También puede suceder la combinación excepcional de un empiema y del flegmón subpectoral, lo cual será tema de difícil solución para el diagnóstico. Al comenzar estas afecciones, existiendo únicamente los signos generales, y la disnea intensa, nada difícil es dejarse seducir por el diagnóstico de "neumonía central."

Alí donde la musculatura es la única portadora del dolor que aqueja al enfermo, es relativamente fácil caracterizar al cuadro por la sensibilidad local a la presión del músculo o de los grupos musculares y, por otro parte, por la exaltación del dolor a la contracción activa o pasiva del músculo afecto. A veces están atacados únicamente los músculos torácicos, y otras secundariamente sólo y especialmente los de las extremidades; de este solo detalle fluye el diagnóstico con facilidad. Una participación extensa de los músculos torácicos, origina intensa dis-

nea (y donde existe participación diafragmática, hasta muerte por asfixia). Naturalmente que al examen puramente superficial, puede fácilmente concluirse un diagnóstico errado. Semejante participación muscular hará pensar por ejemplo en la *polimiositis* aguda, y en la *triquinosis* aguda y a veces también en la enfermedad de *Weil* y en ciertos estados reumatoides. En otros casos puede estarse en presencia de dolores musculares pectorales exclusivos, como suelen presentarse en los gimnastas; o dolores que ocurren a consecuencia de la *tos*, debida a cualquier otra causa (como después de una prolongada bronquitis, enfisema pulmonar, coqueluche, etc). También en determinados oficios: sastres, costureras, zapateros, dentistas, existe no sólo la participación muscular, sino que también dolores pectorales, esqueléticos y aun nerviosos. Finalmente los dolores pectorales, así como los del dorso, etc., pueden representar únicamente el signo de *cansancio* y *fatiga* general.

Dolores pectorales exquisitos pueden hallarse también en el reumatismo de los músculos pectorales y en la *pleurodinia*. De tratarse de los músculos superficiales, se caracterizan por la sensibilidad a la presión de la musculatura y por los dolores a los movimientos, lo que facilita el diagnóstico. Según algunos autores, también la formación de nudosidades y el factor causal, facilitarían (*cansancio*, frío) igualmente el diagnóstico. Semejante *cansancio* puede deberse igualmente a un aumento

lor notablemente por la compresión nerviosa. En la pleurodinia, no se observará (mialgia) ninguna de estas variantes. Aplicando corriente farádica con electrodo húmedo, observaremos que en la mialgia, cesa el dolor por la faradización. El dolor a la presión, local, no es de mayor utilidad diagnóstica — excepto los puntos dolorosos definidos de la neuralgia. —■ Es frecuente el dolor a la presión en la mialgia intercostal, y no es menos raro en la pleuritis seca.

No obstante, en conjunto podría decirse que el dolor que abarca varios espacios intercostales habla más a favor de pleuritis que de intercostalgia. Lo que es de valor decisivo es indudablemente el frote pleural, pues la fiebre puede ser idéntica en el reumatismo muscular agudo como en la pleuritis fibrinosa, y ambas pueden coincidir aún, en su orientación etiológica, ya que pueden ser la consecuencia de un reumatismo articular agudo. De modo que, mientras los frotos no estén instalados con toda claridad, corresponde muñirse de la mayor circuspección. Púedese estar en presencia de una fina crepitación a nivel de la zona dolorosa; crepitación constante a la inspiración, como expiración y persistente después de los golpes de tos. Bien puede ser ésta

nada más que la expresión de la crepitación atelectásica consiguiente y mantenida **por** la respiración excesivamente superficial, y que a pesar de la mejor voluntad del enfermo no es más profunda al dolor ocasionado. Así, por ejemplo, sería muy fácil diagnosticar una pleuritis fibrinosa, al examinar a un enfermo que presente: crepitación inspiratoria y expiratoria fina (confundida con frotos pleurales), dolor intenso en forma de puntada de costado que abarca el hemitórax lateral inferior. Dolor que persiste durante largo tiempo, que se exagera al respirar profundamente, con temperatura febril y aun con una hemoptisis insignificante en un anciano. Sin grandes esfuerzos para explicar el mecanismo, se supone que un infarto pulmonar puede haber sido, la causa en un sujeto arteroesclerótico y discretamente miofibrósico. No obstante esta serie de síntomas correlativos, no dejará de pensarse en la neuralgia intercostal sin puntos dolorosos a la presión a consecuencia de un *carcinoma* inicial de la columna vertebral. Vemos, pues, que sólo un examen completo de la columna y de las costillas puede evitar semejante error. Especialmente aquí los movimientos del tronco, darán la clave,

alejándonos de la pleuritis, como explicación suficiente del dolor. El dolor de los músculos torácicos puede ser también un signo de *neurastenia*. Los pacientes acuden al médico, con el temor de una afección cardíaca. Un punto importante aquí es el aumento del dolor, al mover al músculo, y su atenuación durante la deambulacion del paciente. En el *tétano*, refieren dolores torácicos los enfermos, los que erróneamente se rotulan de pleuralgias.

Aquí puede también referirse la mialgia correspondiente a la iniciación de las enfermedades infecciosas agudas, como sucede con la *encefalitis epidémica* o en la *gripe*. Tampoco es raro que el *escorbuto* comience con dolores musculares, donde también los derrames sanguíneos a nivel del límite condrocostal origina dolores torácico.

Asimismo las infecciones sépticas crónicas, pueden exteriorizarse con dolores miálgicos torácicos. Un dolor persistente durante meses a nivel del pecho, acompañado de fatiga general, transpiraciones nocturnas, dolores articulares periódicos, con fluxión de alguna articulación y dolor definido de la musculatura pectoral, bien puede ser nada más que consecuencia de piorrea alveolar.

Y no sólo la inflamación fibrinosa, sino que cualquier tipo de inflamación pleural puede dar lugar a dolores torácicos. La pleuritis tuberculosa aguda, se caracteriza por la insignificancia del dolor o la casi falta total de este mismo. En cambio,

la pleuresia purulenta, se manifiesta con constante y persistente dolor intenso. Sólo el empiema para y meta-neumónico constituyen una excepción aquí. La *pleuritis adherente hiperplástica* puede dar dolores torácicos especialmente en la posición horizontal del paciente; (del lado enfermo por el abombamiento del diafragma, y del lado sano por la apertura y dilatación del ángulo pleural y la tensión de las adherencias pleurales), puede llegar el enfermo por esta razón a la *clinofobia*.

Aparte de la peripleuritis ya descrita, el dolor de la envoltura torácica puede partir de otro elemento constitutivo de la pared: los *huesos*. Aquí nos referimos únicamente a las costillas, vértebras y esternón. *

Los huesos mencionados pueden ser presa de periostitis aguda, (ostiomielitis, tuberculosis crónica (caries, osteoperiostitis luética o actinomicótica, de neoplasias primitivas (mielomas) o secundarias (por extensión de vecindad o bien metásticas). Sin entrar a analizar este enorme capítulo, sólo vale insistir en que aquí bien puede iniciarse el dolor muy bruscamente, y que hace casi imposible los movimientos respiratorios. También puede la *insuficiencia vertebral* originar dolores pectorales.

Finalmente dolores vertebrales y esternales y costales, pueden constituir la manifestación parcial de afecciones óseas universales, entre las que deben recalcarse la: osteoporosis, la osteomalacia, el raquitismo, los neoplasmas múltiples primarios o secundarios, el mieloma óseo. Es-

tos dolores, se exageran igualmente como los musculares, por las tos, el estornudo, etc., o bien pueden aparecer por primera vez con motivo de ellos. También la *leucemia mieloide crónica* puede en algunos casos comenzar con fuertes dolores a la presión y percusión, especialmente del esqueleto del tronco. Por ejemplo, el enfermo comienza quejándose del dolor que le ocasiona quitarse el saco; aquí la leucemia puede manifestarse también con insignificantes dolores subjetivos localizados en el esternón y costillas; el dolor a la percusión y a la presión recién los pone de manifiesto posteriormente. Especialmente el esternón suele ser sitio de elección dolorosa especial, como igualmente no lo es menos de origen primario o secundario. Anemia aplástica, trombopenia, anemia perniciosa, anemias secundarias graves. También nunca falta casi en la leucemia aguda, esclerosis, y en

las afecciones piohémicas, y por lo tanto en la endocarditis séptica. Se presenta igualmente en el envenamiento agudo por el fósforo, y en algunas ocasiones en la enfermedad de Basedow. No solamente las modificaciones localizadas en la medula ósea se traducen por dolor, sino que también las de las paredes, y así tenemos en la pared posterior del esternón en primera línea a los gomas, neoplasmas malignos, abscesos fríos, erosión por aneurisma, etc.; modificaciones todas que al examen objetivo señalan una matitez esternal acentuada. La calcificación del cartílago costal puede percibirse como dolorosa y constatarse radiológicamente.

Dolor en la región de apófisis xifoides, constituye en forma especial del dolor torácico. Ha de pensarse en una afección de la sincondrosis del proceso ensiforme con el cuerpo del esternón.

y puede ocurrir esto en la diátesis reumática, como manifestación parcial del reumatismo ordinario o del gonorreico. Recuérdese también a las condritis y las pericondritis de la apófisis xifoides, comúnmente acompañadas de dolor a la presión y discreta fluxión local, de probable origen específico.

Dolor localizado detrás del esternón suele referirse en la aortalgia y en la angina pectoris.

Las afecciones esofágicas y del cardias pueden originar también dolores. Si estos dolores se presentan al ingerir alimentos, no es difícil recordar al carcinoma esofágico; aun cuando éste no se localice al mismo nivel, sino que bastante más arriba. El dolor puede condicionarse por un estado espasmódico reflejo. Y un tumor pilórico puede originar un cardioespasmo reflejo y dar así ese tipo de dolor.

Dolores retroxifoideos son referidos frecuentemente por enfermos con *gastroptosis*, quizá por la distensión del cardias especialmente post-prandial, y al bajar las escaleras. También pueden hallarse dolores en esta región, en las afecciones *diafragmáticas*, a consecuencia de las contracciones reiteradas de éste. Representan el ejemplo de los dolores de los maseteros al comenzar trismus. Epigastralgia, dolores tirantes en las extremidades, sudores profusos e insomnio, suelen ser un signo de valioso de *tétano*.

Dolores localizados objetiva y subjetivamente existen en las afecciones de la articulación *esternoclavicular*, o de la articulación del esternón con la primera costilla; excepcionalmente de los cartílagos condrocostales más inferiores, pueden aparecer tanto en el reumatismo poliarticular agudo como en el gonorreico. La fluxión local, el dolor, la coloración de la piel, los síntomas generales y finalmente el examen radiológico, llevan al diagnóstico, en aquellos casos excepcionales, en los que estas articulaciones sean las primeras o únicas afectas. Dolores de localización análoga existen en la misma región si la articulación *esternoclavicular* es lesionada mecánicamente, como puede serlo por un aneurisma aórtico, del tronco innominada o de la clavícula.

El dolor retroesternal hace recordar ante todo al *músculo cardíaco*, y a la aorta (esclerosis aórtica, aortitis aguda o crónica, y la insuficiencia aórtica o esclerosis de las arterias coronarias; más rara vez una pericarditis aguda o crónica, y en casos excepcionales la arteritis del tronco innominado). La angina del pecho verdadera, por sí sola es un capítulo especial; no obstante, alguna de las afecciones antecitadas, suele confundirse con esta última, especialmente porque muchas originan el dolor en ataques bruscos.

Como causa posible de dolores lateroesternales debería citarse también la *trombosis* especialmente la *tromboflebitis* de la *cava superior*, con su dolor en constricción retropectoral, estasis de las venas superiores, cianosis y edema del territorio afluente, y sobre todo dilatación amplia de las colaterales externas del tórax y de la vena epigástrica.

El dolor en la parte superior del esternón puede coincidir con el *aneurisma aórtico*, sin que exista una erosión del hueso, así como pueden originarlo todas las afecciones mediastinales. *Afecciones de los ganglios antemediastínicos retroesternales* corresponden a este grupo, así como la *tuberculosis de los ganglios mediastinales*, las que dan un dolor (correspondiente al dolor interescapuloespinal a la altura de la 4-6 vértebra cervical), subjetivo a la presión y sobre todo a la percusión, en una zona limitada del esternón. También las afecciones agudas e *inflamatorias o purulentas* de los ganglios citados deberán tenerse en cuenta; así como también a la *antracosis* de los ganglios brónquicos con *perforación* en la tráquea, o bronquio principal. Aquí especialmente desempeña un rol diagnóstico importante, a más de la macidez, sobre el esternón superior, o lateralmente a éste, la individualización de la sombra radiológica, acompañada del dolor espontáneo sobre el manubrio del esternón o su proximidad lateral, con sensibilidad dolorosa a la presión y a la percusión y fundamentalmente el examen microscópico del esputo de estas manifestaciones agudas o subagudas de bronquitis pútri-

das con transición hacia el absceso o gangrena pulmonar; la expectoración negra granulosa tiene el pigmento libre, fácil de ver al microscopio.

Semejante *irrupción* de un ganglio mediastínico puede ocurrir no solamente dentro de un bronquio, sino que especialmente por parte de los ganglios mediastinales posteriores, puede producirse dentro del *esófago*. Es lógico que aquí esto ocurre sin mayores fenómenos, en latencia, por así decirlo, y llega a atraer la atención hacia sí bajo el disfraz de un divertículo esofágico de tracción. Sin embargo, si a esto se asocia una infección, o bien, si los ganglios estaban ya infectados desde un principio, entonces estaremos en presencia de: dolor retroesternal e interescapulovertebral, eventualmente con sensibilidad a la percusión de los apófisis espinosas, vertebrales, tos refleja, disfagia dolorosa localizada detrás del manubrio esternal o del apéndice xifoides y ocasionalmente puede acompañarse de parálisis del nervio recurrente, a más de una anisocoria. Pero sobre todo en presencia en la boca de masas purulentas, fétidas, caseosas sanguinolentas, por las mañanas y sólo en posición horizontal, y para cuya presencia no existen razones por parte de las cavidades bucales ni nasales. Esto son puntos de apoyo en favor de la posibilidad muy precisa de diagnosticar una afección de los ganglios mediastinales, con *comunicación esofágica*.